

# A Regionalização da Saúde em Mato Grosso

Em busca da integralidade da atenção



G. Paulo



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

José Rogério Salles  
Governador

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Júlio Strubing Müller Neto  
Secretário

Sandra Maria Coelho Martins  
Secretária Adjunta

Augusto Frederico Müller Júnior  
Superintendência de Políticas de Saúde

Ubirajara Sampaio Mota  
Superintendência de Gestão

Fátima Aparecida Ticianel Schrader  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde

Euze Márcio de Souza Carvalho  
Superintendência de Saúde Coletiva

Júlio Strubing Müller Neto (org.)

# A Regionalização da Saúde em Mato Grosso

Em busca da integralidade da atenção

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso  
Cuiabá, 2002

Ficha catalográfica

---

M433 MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde.  
Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca  
da integralidade da atenção./ Júlio Strubing Müller Neto  
(org.). Cuiabá: SES, 2002.  
336 p. ilustradas.

ISBN 8588696-21-5

1. Política de Saúde – Mato Grosso; 2. Saúde  
Pública – Mato Grosso; 3. Sistema Único de Saúde;  
4. Secretaria de Estado de Saúde; 5. Legislação;  
I. Título.

CDU 61(817.2)

---

Correspondência  
*SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE*

Coordenadoria de Informação em Saúde  
*Ione Mariza Bortolotto*

Gerência de Análise e Divulgação  
*Zenaide Ferreira Camargo Rocha*

Centro Político-Administrativo Bl 05  
78.050-970 – Cuiabá - MT  
Telefone: (65) 613 5324 – Fax: (65) 613 5321  
e-mail: [gad.sup@saude.mt.gov.br](mailto:gad.sup@saude.mt.gov.br)  
[cis.sup@saude.mt.gov.br](mailto:cis.sup@saude.mt.gov.br)  
Home page: [www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br)

Júlio Strubing Müller Neto (org.)

# A Regionalização da Saúde em Mato Grosso

Em busca da integralidade da atenção

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso  
Cuiabá, 2002



*Produção Editorial*

*Coordenação da Produção Editorial: Ricardo Carrión Carracedo*

*Projeto Gráfico: Maria Teresa Carrión Carracedo*

*Mapas e Gráficos: Candida Bitencourt*

*Revisão Ortográfica: Domingos Vieira de Assunção*

*Editoração: Lilian Gramarin Miranda*

*Capa: Mangas na janela, óleo sobre tela de Gervane de Paula*

# Apresentação

---

O Brasil é o país da Região das Américas que tem uma das mais valiosas experiências de Reforma do Setor Saúde ocorrida na década dos anos 1980 e 1990, orientada no marco dos ideais da denominada Reforma Sanitária e no contexto da Reforma do Estado. Este livro sobre a Regionalização no Estado de Mato Grosso descreve e analisa uma rica realidade de 8 anos de construção coletiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste livro, Júlio Müller e a equipe da Secretaria de Estado da Saúde, nos brindam uma descrição e análise da política estadual de saúde de Mato Grosso e de seus resultados, cuja implantação é motivada pela geração e renovação dos processos de planejamento a partir da lógica de problemas; e compreensão e utilização da epidemiologia e da demografia a partir das prioridades sociais. Com essas perspectivas o gestor estadual e sua equipe estabelecem um plano de ação integral para a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental e para a própria organização dos serviços assistenciais de saúde. Em seguida, para concretizar as propostas de mudanças no sistema estadual de saúde, um novo pacto é realizado com os gestores municipais. Tal articulação no caso do Sistema Único de Saúde, é passo fundamental para a extensão das prioridades de ação para o campo da promoção da saúde, prevenção e detecção de riscos de forma antecipada, o que para seu êxito requer ainda a ação intersetorial e a participação cidadã.

Este livro abre também novas perspectivas para o Sistema Único de Saúde ao indicar uma forma da gestão estadual enfrentar três grandes desafios: a atenção integral da saúde; a saúde coletiva; e a gestão integral de sistemas e serviços de saúde. Para cada um desses desafios novas responsabilidades são demandadas aos gestores e para executá-las novas capacidades e habilidades dos recursos humanos. Tais desafios estão colocados para os próximos anos a todas as esferas de governo e, a experiência em Mato Grosso certamente traz elementos importantes para o debate nacional.

Em minha opinião, o Sistema Único de Saúde no Brasil tem sido construído mediante amplo debate de diferentes setores sociais que privilegiam a gestão pública dos recursos públicos e privados para garantir os princípios de universalidade, equidade, qualidade e eficiência. As três esferas de governo têm a responsabilidade de orientar a utilização desses recursos para o cumprimento dos ideais estabelecidos na Constituição Federal de 1988. O processo de construção do SUS tem vários momentos que caracterizam seu percurso e história. Primeiro, a descentralização municipal que deu ao gestor municipal a possibilidade de dirigir e orientar os recursos públicos para a solução dos problemas de saúde no seu município e garantir a atenção integral dos cidadãos. Segundo, a luta para alcançar a sustentação financeira do Sistema expressa na Emenda Constitucional recém aprovada no ano de 2000. E terceiro, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001) orientada ao processo de planejamento e organização regional dos serviços assistenciais.

A NOAS 2001 vem gerando novas transformações no Sistema Único de Saúde, abrindo o debate ao uso racional dos recursos públicos e privados da sociedade orientados para a saúde e à possibilidade de equilíbrio na distribuição de recursos para favorecer as comunidades mais afastadas das grandes e médias cidades. Também orienta aos gestores sobre a necessidade de contar com planos de investimentos de curto e médio prazo para garantir a capacidade resolutiva, a qualidade dos serviços e o uso adequado das tecnologias disponíveis mediante a elaboração de Planos de Desenvolvimento Regionais, PDR, e dos Planos Diretores de Investimento, PDI.

Adicionalmente, no transcurso do processo de construção do Sistema Único de Saúde outros elementos chaves devem ser destacados. Tais elementos vêm sendo reafirmados nas normas federais mais recentes e para cada um deles o conhecimento e a reflexão sobre a construção da regionalização do sistema estadual de saúde em Mato Grosso traz contribuições significativas.

- a) O crescimento da atenção primária resolutiva com a estratégia de saúde da família observada nos últimos cinco anos. A consolidação dessa estratégia em suas diferentes modalidades considera a diversidade dos estados e dos municípios no Brasil e garante em um futuro próximo uma nova relação entre os recursos destinados à atenção primária e as crescentes exigências dos serviços de média e alta complexidade. Além de apresentar formas inovadoras de incentivos originados no nível estadual, a experiência de Mato Grosso relatada neste livro, chama atenção sobre a necessidade de fortalecer processos permanentes de capacitação das equipes de saúde da família.
- b) A necessidade da articulação e solidariedade intermunicipal orientadas à solução de problemas integra as premissas de construção do SUS. O provimento de serviços de saúde de forma cooperativa visa além de garantir economia de escala, incentivar ações planejadas nos espaços microrregionais. Os consórcios em saúde têm sido uma das modalidades de cooperação intergestores no SUS e em Mato Grosso, conforme ilustrado neste livro, com vivência positiva e sinérgica desses com o processo de descentralização e de regionalização.
- c) A gestão das Secretarias Estaduais de Saúde adquire papel relevante a partir do ano de 2000. Os gestores do SUS identificam a necessidade de redefinir a missão e função dos níveis federal, estadual e municipal e, em decorrência, uma prioridade tem sido o fortalecimento e a modernização da gestão das Secretarias Estaduais de Saúde. Os pressupostos da NOAS 2001, por sua vez, geram novas dinâmicas que favorecem transformações no âmbito dos organismos gestores

dos sistemas estaduais de saúde. Este livro apresenta de forma conceitual e instrumental uma valiosa referência sobre a missão e função do nível estadual desenvolvida no Estado de Mato Grosso com aportes para a reflexão nacional.

- d) O debate sobre a integralidade das ações de saúde está recolocado no momento de aprovação da NOAS 2001. Essa Norma, na avaliação dos gestores do SUS, gera um avanço qualitativo para o planejamento e organização regional dos serviços assistenciais. A ênfase assistencial demonstra, entretanto, ausência com relação ao planejamento e a organização estadual e regional dos serviços de saúde coletiva. A política de saúde em Mato Grosso buscou, conforme relata sua equipe, a articulação entre as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental na lógica de ações de saúde coletiva e a assistência à saúde sobre a referência da atenção integral. Ainda que construída em contexto político específico certamente a experiência mato-grossense traz luzes para outras experiências estaduais.

Finalmente, a experiência brasileira de Reforma do Setor Saúde é edificante já que mostra a factibilidade de construção de modelos renovados de gestão pública de recursos públicos e privados de saúde orientados a melhorar a equidade na distribuição; a fortalecer a atenção primária da saúde; e a por em prática modelos de organização de recursos e serviços integrados em forma regional com uma lógica espacial e com a participação ativa e cooperativa dos municípios. Nesse processo somos testemunhos do trabalho criativo e da liderança de diferentes atores comprometidos com a missão de construção do SUS. A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso é exemplo promissor e este livro sobre o percurso e trajetória de sua história é testemunho de luta e contribuição conceitual e prática para a construção de sistemas de saúde. A experiência do Brasil e a de Mato Grosso são sem dúvida exemplos a serem analisados no contexto das reformas sanitárias da Região das Américas. O relato oferecido neste livro propiciará ao leitor e estudioso elementos essenciais da história, da política e da prática do Sistema Único de Saúde.

*Dr. Eduardo Guerrero*  
Consultor da OPAS



|  |     |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO   |     |
| Política e Regionalização da Saúde em Mato Grosso<br><i>Júlio Strubing Müller Neto e Márcia Lotufo</i> .....   | 13  |
| PARTE I  |     |
| POLÍTICAS DE SAÚDE, REGIONALIZAÇÃO E MODELOS DE GESTÃO .....   | 27  |
| I. Desenvolvimento de Sistemas Regionais e<br>Microrregionais de Saúde no Âmbito do SUS<br><i>Carmem Lavras</i> .....  | 31  |
| II. Política de Saúde em Mato Grosso:<br>Dois Mandatos para a Construção da Regionalização<br><i>Luisa Guimarães</i> .....   | 39  |
| III. O Papel dos Escritórios Regionais de Saúde no Processo de<br>Descentralização e Regionalização do SUS<br>em Mato Grosso – 1995 a 2001<br><i>Amaury Ângelo Gonzaga</i> ..... | 67  |
| IV. A Regionalização e a Comissão Intergestores Bipartite Regional<br><i>Nereide Martinelli</i> .....  | 88  |
| V. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como Cerne da Estratégia<br>para Implantação das Microrregiões de Saúde em Mato Grosso<br><i>Ubirajara Sampaio Mota</i> .....          | 92  |
| VI. Arquitetura da Organização Regionalizada:<br>Consórcios Intermunicipais de Saúde em Mato Grosso<br><i>Luisa Guimarães</i> .....  | 101 |
| VII. O Planejamento e a Regionalização da Saúde<br><i>Júlio S. Müller Neto e Ana C. Calhao</i> .....   | 113 |
| VIII. Política de Recursos Humanos e Microrregionalização<br><i>Elisete Duarte</i> .....   | 120 |
| IX. Regionalização do Sistema de Informações<br>em Saúde em Mato Grosso<br><i>Ione Mariza Bortolotto</i> .....   | 126 |
| PARTE II   |     |
| Unidade Temática 1   |     |
| MICRORREGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO INDIVÍDUO  |     |
| <i>Fátima Aparecida T. Schrader e cols.</i> .....  | 131 |
| I. Introdução .....  | 139 |
| II. O Processo de Construção da Programação Pactuada e<br>Integrada da Assistência à Saúde .....   | 161 |
| III. Organização dos Níveis de Atenção e Estruturação das<br>Redes de Serviços e Sistemas de Referência em Mato Grosso .....   | 180 |
| IV. Implantação das Centrais de Regulação .....  | 204 |
| V. Relato de Experiência: A Microrregionalização de Atenção à Saúde<br>na Região Oeste de Mato Grosso .....  | 214 |

|   |     |
|---|-----|
| Unidade Temática 2  |     |
| MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA .....  | 255 |
| I. A Municipalização e Regionalização da Vigilância Sanitária no Estado de Mato Grosso<br><i>Mara Castrillon Ibáñez</i> .....                                   | 261 |
| II. Plano Microrregional de Saúde Coletiva: Uma Proposta em Busca da Integralidade das Ações<br><i>Euze Márcio de Souza Carvalho, Samia Nadaf e cols.</i> ..... | 265 |
| III. Oficinas Microrregionais de Ações de Saúde Coletiva em Mato Grosso: Rumo à Integralidade da Atenção<br><i>Luisa Guimarães e Eduardo Guerrero</i> .....     | 271 |
| IV. Instrumentos para Diagnóstico e Programação de Saúde Coletiva .....   | 283 |

# Prefácio

---

O objetivo desta obra é discutir a relação entre a política de saúde e a regionalização. Os textos que o compõem estão distribuídos em dois grandes blocos. A introdução, como um capítulo à parte, pretende contextualizar e dar unidade ao conjunto de textos dos dois blocos.

No Primeiro Bloco, incluímos aqueles textos referentes às diversas inserções da “ação regionalizada” na experiência da política de saúde de Mato Grosso que são, em geral, reflexões e análises que procuram recuperar processos ocorridos a partir de 1995 e situá-los no quadro mais amplo da política de saúde no Estado e no país. De modo geral, os autores foram e são atores desses processos, o que dá um colorido especial a cada um dos textos: afinal, estamos falando de nossa vida nos últimos cinco, seis anos.

O foco, o objeto do conjunto de textos aqui apresentados é o da regionalização em um modelo de gestão municipalizado, ou seja, não se está tratando de “ações desconcentradas” para o âmbito regional, mas, ao contrário, da organização das ações e do espaço supramunicipal a partir de dois movimentos: da ação política dos agentes municipais e da ação política do agente estadual. Em decorrência, não tratamos aqui do processo específico da Municipalização da Saúde no Estado, ou do processo de cooperação técnica que a SES desenvolve, apoiando a implantação/implementação das políticas e das ações no interior dos sistemas municipais de saúde. Esses processos foram objeto de outras publicações, a mais recente, de 2001, intitulada “Caderno do Gestor Municipal de Saúde de Mato Grosso”.

Temos relatos e análises que procuram situar o processo de construção da descentralização/regionalização da saúde, o processo de planejamento, dos consórcios, do papel dos escritórios regionais, da política de recursos humanos, entre outros.

Além desses relatos, temos textos mais elaborados e acadêmicos, produzidos por atores “externos”: trata-se da visão mais ampla do cenário nacional, que Carmem Lavras preparou em 2000, e de dois capítulos da dissertação de mestrado de Luisa Guimarães, que analisa a política de saúde em Mato Grosso no período 1995-2000, com um brilhantismo que nenhum de nós, aqui dentro do Estado, conseguiu obter. Carmem e Luisa são companheiras de lutas e sonhos a favor do direito à saúde, que se juntaram à nossa aventura cidadã a partir do trabalho de assessoria/consultoria que executaram, em distintos momentos, na Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, e ambas contribuíram para os debates sobre a regionalização/microrregionalização da saúde em Mato Grosso.

De certa maneira, todos os textos da Primeira Parte estão datados. A maioria deles foi produzida entre os anos de 1995 e 2000. Portanto, eles não se referem ou não enfatizam o atual processo de microrregionalização da saúde em curso, iniciado em 2001.

A Segunda Parte é composta por outro tipo de texto. Refere-se diretamente à construção/operacionalização da proposta da microrregionalização da saúde levada a cabo sobretudo no período 2000/2001. Duas unidades temáticas fazem parte dessa Segunda Parte: 1) o modelo de programação e organização de atenção integral à saúde do indivíduo e 2) a área da saúde coletiva (as vigilâncias). Apresentamos essas unidades tal como estamos tentando construí-las. Como queremos mostrar o processo de construção da regionalização do sistema de atenção à saúde, incluímos ali os textos mais “roteirizados”, “manualizados”, adaptados ao “como fazer”. O fato de incluirmos instrumentos e planilhas, parâmetros e critérios de programação decorre desta pretensão.

A unidade temática 1 aborda o processo de planejamento e organização da atenção à saúde nos termos preconizados pela Norma Assistencial, mas com as adaptações necessárias às nossas condições no Estado, incorporando com ênfase a organização da atenção primária, numa perspectiva de organização de serviços, e não somente de incluir procedimentos. Aborda também as peculiaridades da organização das redes de serviço, das unidades de regulação e outras, no espaço regional e estadual.

A unidade temática 2 procura descrever o esforço de analisar, programar e estabelecer prioridades na área das vigilâncias de modo integrado e construído em conjunto com os gestores municipais de cada microrregião. É um processo ainda incipiente, mas promissor, em busca da Integralidade das Ações, como bem observaram Luisa Guimarães e Eduardo Guerrero no artigo/comentário que encerra a unidade temática 2.

Duas preocupações originaram este livro: a primeira, de não se deixar perder o esforço já realizado e facilitar o caminho para os que nos sucederem na tarefa de construção do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso; a segunda, de contribuir para o debate e a consolidação do processo de regionalização da saúde, mesmo sabendo-se que cada realidade é diversa e específica. A absoluta carência/ausência de textos, estudos, análises, que enfoquem o papel dos Estados, das Secretarias Estaduais de Saúde no processo de construção do Sistema Único pode nos induzir à falsa conclusão de que só existem dois gestores: o federal e o municipal. Aliás, algumas análises equivocadas até preconizam tal modelo organizacional. Desejamos que a reflexão sobre a nossa experiência contribua, também, para a superação desse enfoque restritivo.

*Júlio Strubing Müller Neto*  
Secretário de Estado de Saúde

## POLÍTICA E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MATO GROSSO: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS, METODOLÓGICOS E PERSPECTIVAS.

Júlio S. Müller Neto<sup>1</sup>  
Márcia Lotufo<sup>2</sup>

13

Esta introdução é uma síntese de alguns aspectos do processo de discussão da equipe de condução da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES), no período de outubro de 2000 a abril/2001, quando foi necessário um processo de reflexão mais aprofundado para dar conta das novas condições introduzidas nas políticas de saúde do país, com a aprovação da Norma Assistencial (NOAS).

O esforço feito pela equipe da SES foi no sentido de adequar a Norma nacional à realidade sócio-sanitária de Mato Grosso e às especificidades do processo de construção do SUS no Estado. Foi necessária uma definição prévia dos conceitos para podermos saber do que falávamos e do que e de como fazer.

Este texto foi elaborado em duas etapas: em Abril de 2001, quando a relatora, Márcia Lotufo, fez um primeiro apanhado dos consensos obtidos nas discussões; em Dezembro de 2001, quando se discutiu a proposta do livro e a necessidade de atualizá-lo para publicação.

- 
1. Médico, Sanitarista. Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso.
  2. Nutricionista, Doutoranda/ Instituto Saúde Coletiva (ISC)/ Universidade Federal Bahia (UFBA). Docente/ Instituto Saúde Coletiva (ISC)/ Universidade Federal Mato Grosso (UFMT).

## 1 – ANTECEDENTES

Em Mato Grosso, a partir de 1995, colocou-se como prioridade no plano das políticas e das metas do governo, o desafio de implementar a descentralização da atenção e da gestão, dos recursos e das ações e serviços de saúde, através de um processo articulado de cooperação técnica e parceria com os municípios. Esta política atendia a orientação do Plano Estratégico do Governo, que havia definido 15 (quinze) microrregiões no território estadual, para a implantação de políticas econômicas e sociais. Na diretriz “Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais”<sup>3</sup>, do documento “Políticas de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários”, publicado em 1995, afirmávamos:

“O processo de municipalização da saúde em Mato Grosso necessita da presença ativa do Governo Estadual em diversas áreas: no planejamento e programação das ações supra municipais/regionais; na definição das prioridades e no investimento direto, sobretudo para a expansão da rede pública; na capacitação de recursos humanos; no apoio e na cooperação técnica para a implantação de novos modelos assistenciais. A recuperação da capacidade de intervenção do Governo Estadual no processo de descentralização será priorizada através de duas estratégias complementares: a cooperação técnica e o planejamento e a gestão regionalizados, tendo como referência os atuais Pólos Regionais de Saúde e as 15 microrregiões definidas pelo Plano Estratégico e de Metas do atual Governo. As prioridades são:

- transferência aos municípios da lógica da programação à saúde, através do apoio para a implementação das ações básicas de vigilância à saúde;
- apoio à construção de novos modelos assistenciais e gerenciais, a partir dos problemas priorizados nos próprios municípios;
- apoio à implantação dos processos de planejamento, controle e avaliação permanente, tendo como referência os indicadores de impacto das ações;
- apoio à implantação dos mecanismos de gestão colegiada;
- apoio à implantação dos sistemas municipais de informação em saúde;
- recuperação do papel dos Pólos Regionais de Saúde como espaço privilegiado para a operacionalização da cooperação técnica, do planejamento e da programação regional, das parcerias Estado/municípios, da operacionalização do sistema de referência, etc.;
- interiorização e regionalização da prestação direta de serviços assistenciais de referência, por parte do Governo Estadual;
- descentralização e regionalização do processo de capacitação de recursos humanos”.

O Estado de Mato Grosso possuía espaços microrregionais consolidados pela interação econômica, cultural e social, mas ainda sem a necessária articulação política (associação regional de municípios, etc.). Era necessário que a Secretaria de Estado de

3. Mato Grosso. Secretaria de Estado da Saúde. *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995-1998*. (p. 130-1). Cuiabá: SES, 2000.

Saúde, frente ao seu novo papel de cooperação técnica com os municípios e de responsável pela condução do Sistema Estadual de Saúde no Estado, estruturasse o setor para responder aos desafios colocados ao SUS/MT, ao tempo que procurasse viabilizar o espaço político para a implantação das ações regionais.

Dessa forma, a equipe de condução da SES desenvolveu diversas iniciativas. Em um primeiro momento da gestão, buscou-se uma maior aproximação entre o gestor estadual e os municípios, já que essa relação institucional não existia, visando ao resgate e fortalecimento do papel do gestor municipal. Para tanto, a SES adotou, como estratégia, a realização de trabalho de cooperação técnica, para estruturação dos sistemas municipais do ponto de vista gerencial (como, por exemplo, apoio para estruturar os Conselhos e os Fundos Municipais de Saúde, a realização de dois cursos de capacitação de gestores municipais, entre outras ações). Essas ações permitiram que, em 1998, 100% dos municípios estivessem habilitados em algum tipo de gestão, segundo a NOB/96.

Em um segundo momento, combinado com o anterior, iniciou-se também a organização de estruturas e instrumentos de planejamento e gestão no espaço regional. No período de 1995 a 1999, a Secretaria de Estado de Saúde pautou sua atuação pela recuperação do papel e fortalecimento dos Escritórios Regionais de Saúde<sup>4</sup>, e pela criação e implementação de Comissões Intergestores Bipartites – CIBs, em todas as Regionais de Saúde, como espaço privilegiado de interlocução do Estado com os municípios, e de negociação e pactuação para o enfrentamento das questões regionais. Concomitantemente, iniciou-se o trabalho político de pactuar consórcios, articulando microrregiões.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS, têm sido os facilitadores da regionalização de especialidades médicas e serviços de referência de imagem, de métodos gráficos e outros exames e terapias, até então não disponíveis pelo SUS no interior do Estado, superando em parte a grande dificuldade de acesso da população e a peregrinação para a capital do Estado, em busca dos mesmos. Até então, foram implantados vários modelos de Consórcios, em um esforço conjunto entre Estado e Municípios.

Na atenção primária, priorizaram-se o incentivo financeiro e a cooperação técnica para a implantação, organização e a capacitação das equipes de Saúde da Família. A estratégia de reorganização do modelo de atenção primária, centrada no local de moradia e na vinculação do profissional com o indivíduo e a família, constitui a base do Sistema de Saúde que está permitindo a estruturação de uma rede hierarquizada em níveis de complexidade de ações e serviços, e mecanismos de regulação do acesso.

Mais recentemente, a expansão do processo de descentralização das ações e dos serviços especializados de assistência à saúde ocorreu com base no Plano Estadual de Saúde (2000-2003) e foi motivada pela necessidade de ampliar a cobertura e o acesso da população a alguns serviços considerados estratégicos, tais como a hemorrede, a rede de reabilitação, os centros de apoio psicossocial para álcool, drogas e psicóticos – CAPS, de unidades de prevenção, detecção e tratamento precoce do câncer de colo de útero e de mama, de centros de apoio e tratamento para DST-AIDS, além de laboratórios e hospitais com características regionais. Finalmente, a partir do período 2000/2001, demos início ao debate da organização das ações de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária no espaço regional, de modo integrado, articulado, com os gestores municipais.

---

4. Em 2001 os Pólos Regionais de Saúde passaram a ser chamados de Escritórios Regionais de Saúde.

## 2 – A MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: COMO ORGANIZAR E FINANCIAR EM NOSSA REALIDADE?

A partir de 1998, à luz do processo de regionalização, a SES vem aprofundando, com os parceiros municipais, a viabilização de espaços microrregionais de saúde, numa tentativa de qualificar os instrumentos de gestão, já implantados em nível regional, como as Comissões Bipartites Regionais, as Câmaras de Compensação de AIH's, Câmaras Regionais da Vigilância Sanitária e, sobretudo, os Consórcios.

Em 1998/99, com a experiência da implantação da programação pactuada e integrada da assistência no Estado, definindo claramente as responsabilidades e atribuições sobre as populações residentes e as referenciadas, a SES passou a propor a habilitação em gestão plena do sistema ao conjunto dos municípios consorciados. Infelizmente, tal iniciativa não prosperou, por diferentes razões, que não cabe aqui analisar.

Ainda nesse período, o conhecimento da experiência em curso no Estado do Ceará, influenciou de modo decisivo a posição da equipe de condução da Secretaria Estadual. A organização dos espaços supramunicipais em “Microrregiões de Saúde”, permitia visualizar um modelo que propiciava a integralidade das ações. Também nesse período, a Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde deu início a um processo de cooperação técnica com a SES dentro do Projeto de Apoio à Reforma do SUS – componente Convênio Cooperação Brasil – Reino Unido. Havia a intenção de apoiar o processo de “Microrregionalização em Mato Grosso”. Infelizmente, tal consultoria não teve continuidade e colaborou, apenas, para desenhar o projeto de início no Estado.

16

A partir da aprovação da Emenda Constitucional Nº 29 em 2000, houve a decisão governamental de garantir aos municípios de Mato Grosso a transferência direta de recursos para financiar políticas prioritárias. O modelo de financiamento adotado pela SES, **de transferência fundo-a-fundo dos recursos próprios do Estado**, a partir do Decreto governamental N.º 2312, de 12/02/01, permitiu repasses aos municípios, em 2001, do valor de 4 (quatro) reais *per capita*/ano, nos diversos programas. Nos aspectos referentes ao custeio das ações de saúde, a Secretaria de Estado participa com recursos próprios, de todos os Consórcios, com valores equivalentes aos aportados pelos municípios, através de 02 (dois) mecanismos de repasses: 50%, oriundos de convênio direto com o Consórcio Intermunicipal, e, os outros 50%, com transferência direta para os Fundos dos municípios adimplentes e com cobertura populacional adequada das equipes de Saúde da Família.

A Secretaria Estadual também apóia o custeio através de transferências fundo-a-fundo de outras ações e serviços com características microrregionais, como as unidades de reabilitação física, os centros de atenção psicossocial e as unidades de coleta e transfusão de sangue, dos municípios de referência.

Em relação ao custeio da atenção primária, o governo estadual apóia, através de incentivos transferidos fundo-a-fundo, as ações das equipes de Saúde da Família e dos agentes comunitários rurais. Os municípios recebem R\$ 2.400,00/ano para o agente de saúde que trabalha nos assentamentos rurais com mais de 50 famílias. As equipes de Saúde da Família recebem incentivos variados de R\$ 1.200,00 até R\$ 4.000,00/mês por equipe, nas microrregiões mais pobres e distantes (noroeste do Estado e Baixo Araguaia). A média no Estado é de R\$ 2.000,00/mês por equipe. A previsão orçamentária para 2002 é que a SES transfira aos municípios em torno de R\$ 6,00 reais por conjunto/ano, nos programas relatados.

Finalmente, toda a política de investimentos, inclusive a ampliação da rede de serviços, a aquisição de equipamentos etc., vem sendo executada com os critérios de prioridades regionais/microrregionais, procurando apoiar sobretudo as regiões pactuadas (concorciadas), aquelas cujas necessidades e carência de serviços sejam maiores que as das demais e, ainda, aquelas onde a ausência de unidades públicas (municipais ou estaduais) de média complexidade comprometa a qualidade de referência na região.

Da mesma forma, o grande esforço do Estado, em parceria com o Ministério da Saúde, no desenvolvimento e na execução de projetos de investimentos como o REFORSUS, VIGISUS, Urgência e Emergência e Gestante de Risco, entre outros, estão possibilitando a expansão e a qualificação da rede de serviços assistenciais e de vigilância à saúde.

Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), através da Portaria N.º 95/GM, de 26/01/01, que estabelece normas e diretrizes para a regionalização e a instituição do Plano Diretor da Regionalização da Assistência (PDR) e para o processo de habilitação dos Estados e Municípios, o Estado adotou, como estratégia para sua formulação, a utilização de uma metodologia que combinou o processo já em andamento com a proposta da referida Norma. A NOAS fortalece o papel coordenador e articulador das SES na organização dos sistemas microrregionais, agregando os pequenos municípios, promove a racionalização dos recursos e a cooperação entre gestores municipais e estaduais, além de instituir o planejamento nos espaços supramunicipais. Entretanto, o foco na programação de procedimento e na oferta de serviços termina por impor limites ao potencial de mudança de proposta. Apesar disso, foi possível a condução na maioria dos requisitos definidos no PDR e demais itens da NOAS, à exceção de algumas questões fundamentais que não foram contempladas nesta Norma.

A primeira delas é o abandono da concepção da “integralidade das ações”, um dos princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde. A NOAS passa ao largo da proposta de se organizar território e população em Microrregiões de Saúde, e não apenas em módulos assistenciais, articulando apenas a oferta de serviços assistenciais. É necessário pensar um modelo que procure integrar, no mesmo território/população, as ações das vigilâncias (epidemiológica, sanitária e ambiental), típicas da saúde pública, às ações de atenção ao indivíduo (primárias, secundárias, terciárias).

A segunda diz respeito ao Comando Único, resguardando o direito constitucional do papel do Estado de gerenciar e ser o Gestor de serviços de referência regional e estadual, definidos no Plano de Política Estadual e na própria Lei 8080/90, além do papel de coordenar estruturas de gestão, como centrais de regulação e outras, ou rede de serviços estaduais, como a hemorrede (pública e privada).

A terceira questão diz respeito à qualificação das microrregiões, que, a rigor, também “engessa” a realidade local. No caso de Mato Grosso, a NOAS conflita com o modelo de gestão dos Consórcios já existentes, mais especificamente no caso dos municípios de Colíder, Sorriso e Água Boa, onde as Unidades que garantem as referências dos procedimentos definidos nos módulos assistenciais são de responsabilidade de gestão do Estado e/ou dos próprios Consórcios e não do município-sede. Se de um lado a microrregião pode ser habilitada pela garantia da oferta, pela NOAS ela só poderá ser qualificada se os respectivos municípios assumirem a gestão plena. Ora, por que fazê-lo, se já existe pactuação que viabiliza o funcionamento programado e regulado dos serviços? Fica patente a confusão entre os conceitos de *capacidade instalada* e *capacidade de gestão*. Estas situações devem ser revistas, para permitir a adequação da NOAS a diferentes realidades de organização de serviços. (Müller Neto, J.S., 2000)

Finalmente, a adequação da NOAS à realidade do Estado de Mato Grosso implicou também em algumas redefinições conceituais e metodológicas, vistas a seguir, com o objetivo de superar os limites assinalados anteriormente.

### 3 – ASPECTOS CONCEITUAIS

A proposta da Microrregionalização surge como necessidade de tradução/operacionalização dos princípios organizativos de regionalização e de hierarquização dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, e trabalha com conceitos operacionais de território e população. Um sistema definido em termos de espaço e de população e organização de serviços, construído com base na cooperação, para solucionar problemas comuns, poderá permitir a atuação articulada e integrada de todos os gestores de sistemas, de prestadores de serviços de saúde, dos setores que trabalham com áreas correlacionadas à saúde, enfim, com os diversos parceiros e atores sociais envolvidos com o SUS, combatendo assim a fragmentação e outros entraves do Sistema de Saúde em Mato Grosso.

O grupo de condução da Secretaria de Estado de Mato Grosso define **MICRORREGIONALIZAÇÃO** como “o processo de condução (ação) da política de saúde no espaço supra municipal/regional, através da articulação e da pactuação dos diferentes atores sociais e serviços, que visem ao enfrentamento conjunto dos problemas e encaminhamento das soluções”.

Num processo concebido nesses moldes, torna-se mais fácil a integralidade das ações de saúde, a ação intersetorial, o controle da qualidade, o combate ao desperdício e a otimização de recursos.

Definida a Microrregionalização, surgiu a discussão de como definir uma **Microrregião**. Chegou-se a um consenso com a seguinte definição de Microrregião de Saúde, para fins de Política de Saúde em Mato Grosso:

**Microrregião de Saúde:** é um espaço geográfico, política e administrativamente delimitado, que contém um conjunto de municípios e um Escritório Regional de Saúde e que atenda aos seguintes requisitos:

- I – Contigüidade entre os municípios;
- II – Garantia de acesso (geográfico, sistema viário, transporte, sócio-cultural).
- III – Capacidade instalada:
  - a) de atenção à saúde (todos os municípios devem garantir 100% de cobertura da Atenção Básica) e das ações de saúde coletiva (vigilâncias).
  - b) ter um ou mais módulos assistenciais constituídos para garantir o primeiro nível de referência da atenção integral à saúde da população da região;
  - c) existência de uma rede hierarquizada de serviços e sistemas funcionais do segundo nível de referência, para assistência e para as ações de saúde coletiva (vigilâncias).
- IV – Capacidade de gestão: planejar, programar, controlar, regular e avaliar as ações e serviços de saúde;
- V – Critério político – disposição e capacidade de articulação e pactuação na região (Portaria Nº 063/GAB/SES/2001).

A Microrregião é um espaço estratégico para o desenvolvimento da Política de Saúde no Estado de Mato Grosso. Dessa forma, devem estar presentes nesse espaço dois atores políticos fundamentais, que são o Estado e os municípios (os dois gestores do SUS), além de outros atores sociais de expressão e atuantes na região.

Nesse espaço, estão presentes o Estado e os municípios, que têm atribuições, competências, ações específicas e responsabilidades claras e definidas e bem delimitadas. A representação estadual é dada pela estrutura dos Escritórios Regionais de Saúde, assim definidos: *Unidade administrativa desconcentrada da Secretaria de Estado, responsável pela condução da política estadual de saúde em nível regional e pela coordenação e articulação técnica e política com os municípios, com o objetivo de viabilizar a Microrregionalização da Saúde, com base nas prioridades regionais pactuadas.*

O conceito de módulo é o mesmo proposto pela NOAS, ou seja, **Módulo Assistencial**:

“O espaço de organização da assistência à saúde capaz de garantir, além da atenção básica, o acesso com qualidade aos procedimentos e serviços definidos no primeiro nível de referência a uma determinada população circunscrita a um ou a um conjunto de municípios”.

Finalmente, **Município sede do Módulo** é aquele que esteja habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal e garanta 100% dos procedimentos e serviços no primeiro nível de referência para a população residente e a referenciada, como reza a Norma Assistencial.

## 4 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

19

Considerando a Microrregionalização como um processo permanente de planejamento e gestão, era preciso definir um enfoque teórico metodológico que desse conta dessa missão.

Desse modo, a utilização do planejamento estratégico impôs-se também como a melhor opção metodológica para a condução da Política de Saúde em nível microrregional, já que ele trabalha a partir das seguintes referências: clareza da missão, análise da situação, lógica de problemas, utilização de dados epidemiológicos, definição de área de abrangência das regionais, adscrição de população, definição de prioridades, definição de mecanismos de controle, avaliação e auditoria, conforme nos demonstra Teixeira e Paim (2000: 68-78).

O planejamento no espaço microrregional deverá ser feito de forma articulada e pactuada com os diferentes atores sociais atuantes na região, visando a dar maior legitimidade ao processo de programação, acompanhamento e avaliação das ações de saúde nesse espaço.

Todo o processo de planejamento, tanto no âmbito estadual como no espaço microrregional, a partir do ano de 2001, está estruturado em 03 (três) eixos de organização do Sistema Único de Saúde no Estado: atenção integral à saúde, saúde coletiva e gestão.

**Atenção Integral à Saúde das Pessoas** – refere-se às propostas de organização da atenção à saúde, prioritariamente a Atenção Básica (particularmente, o PSF e PACS), e a atenção de primeiro e segundo níveis de referência, utilizando como instrumento a pro-

gramação microrregional da assistência – PPI, as centrais de regulação, o sistema de referência e contra-referência, melhoria da assistência hospitalar, entre outros;

**Ações de Saúde Coletiva** – inclui todas as ações das vigilâncias, ambiental (controle das grandes endemias transmitidas por vetores, da qualidade da água, ar e solo, controle das zoonoses, vigilância entomológica e controle vetorial), da vigilância epidemiológica (gerenciamento da informação epidemiológica e ações de vigilância e atenção ao paciente, principalmente através da investigação epidemiológica e da imunização contra doenças imunopreveníveis) e da vigilância sanitária (de produtos e serviços de interesse para a saúde).

**Gestão** – O eixo da gestão incorpora os aspectos referentes ao financiamento do sistema, no âmbito da política de saúde estadual, ao sistema de informação, à assistência farmacêutica e à política de recursos humanos, dentre outros.

Com a necessidade de deflagrar o processo de microrregionalização no Estado de Mato Grosso, as equipes do nível central da Secretaria Estadual, num primeiro momento da área de atenção integral, secundados posteriormente pela área da saúde coletiva, iniciaram um trabalho interno, para definir metodologias específicas que apoiassem a construção dos **Planos Microrregionais de Assistência e de Saúde Coletiva**.

O insumo básico para o planejamento é a informação gerencial, obtida através da análise e discussão da situação atualizada dos problemas de saúde, de sistemas e de serviços de saúde, bem como do levantamento das necessidades (diagnóstico) de cada região. Partindo dessa premissa, a equipe de condução da SES elaborou um diagnóstico preliminar, que subsidiou os trabalhos nas regionais de saúde.

Como estratégia de mobilização, procurou-se estimular uma competição positiva entre os gestores municipais, através de mecanismos, como elaboração de um ranking regional dos indicadores de saúde e de produção de serviços, divulgação da política de incentivos da SES (recursos financeiros, oferecimento de programas de capacitação de recursos humanos, dentre outros).

De posse de uma metodologia, de um diagnóstico preliminar e tomando como referência os documentos diretivos e orientadores do SUS em nível nacional e estadual, as equipes central e regionais da Secretaria de Estado participaram dos eventos que tinham um caráter técnico e político e que nesse primeiro momento tinham como meta mobilizar os gestores para a construção e pactuação dos Planos Microrregionais de Saúde.

Considerando-se que a discussão entre os atores no espaço regional jamais pode perder de vista a busca da integralidade, adotou-se, como ponto de partida de discussão do Plano Microrregional, **o eixo da atenção integral à saúde das pessoas**, por ser a área técnica mais descentralizada e habituada ao processo de programação e também como meio de atender a necessidade de implantação da NOAS com os seus prazos e exigências. No entanto, apesar do mote desse processo ter sido inicialmente a assistência à saúde, ele teve como objetivo a elaboração de um documento coletivo de pactuação de projetos prioritários – PLANO MICRORREGIONAL DA SAÚDE (PMS) – para a região, que não se esgota na assistência, mas incorpora os 03 eixos.

A coordenação central deste projeto tem como expectativa que o acompanhamento desse processo de Microrregionalização seja de responsabilidade das Comissões Intergestores Bipartite Regionais e que as Diretorias dos Escritórios Regionais de Saúde estejam presentes nos momentos decisórios. Qualquer que seja a opção feita no espaço regional, as equipes responsáveis pela condução desse processo deverão ser

profissionalizadas, para serem capazes de realizar esse trabalho, que não é só técnico, mas tem um forte componente político. A direção estadual é da equipe de condução, apoiada e “secretariada” pela Coordenadoria de Articulação com os Municípios e Microrregiões da Superintendência de Políticas.

O espaço territorial das microrregiões coincide com o espaço da divisão administrativa da SES; portanto, hoje, o Estado tem 13 microrregiões de saúde (Portaria Nº 063/GAB/SES/2001). Deve-se ressaltar que a “construção” dos territórios microrregionais foi sendo feita desde 1996 e a organização dos Consórcios Intermunicipais teve um papel preponderante nesta definição.

Apesar das dificuldades iniciais vividas pela equipe de condução da SES para definição das microrregiões, os trabalhos conduzidos pela SES ao longo do ano de 2001 confirmaram que as regiões tinham sido configuradas adequadamente. Esse fato foi constatado durante as oficinas para elaboração dos Planos Microrregionais de Saúde, onde se via nitidamente que as microrregiões tinham características muito próprias.

Apesar da existência desses diversos instrumentos para gestão microrregional, atualmente, a coordenação central do projeto de microrregionalização em Mato Grosso não formalizou ou não oficializou as relações entre os diferentes atores sociais e instâncias decisórias presentes nesse espaço. Hoje, as relações ocorrem de modo informal, mas esse é um dos próximos desafios a serem pensados por esse grupo.

## 5 – PRODUTOS E PERSPECTIVAS: “COOPERADORES INTEGRAIS”

21

Como produto parcial desse processo, espera-se que cada microrregião tenha o seu Plano Microrregional de Saúde, pactuado com todos os atores sociais e que contemple minimamente os seguintes elementos, pelos eixos a seguir relacionados:

### a) Eixo de Atenção Integral à Saúde

Trata-se de aprofundar a mudança do modelo de atenção com a universalização da estratégia da saúde da família, garantir as referências com a organização das redes de serviços e gerenciar a programação (PPI) com a Central de Regulação. A PPI é o documento que expressa o Plano Microrregional da Assistência, de forma operacional, definindo responsabilidades e alocação de recursos (diferentes instâncias de governo) específicos para assistência à saúde das pessoas. Dessa forma, é um documento que reflete a organização integrada e pactuada da oferta de serviços e procedimentos de saúde em todos os níveis de complexidade, com vistas a garantir a cobertura da assistência à saúde a toda população do Estado.

### b) Eixo de Saúde Coletiva

Trata-se de construir uma agenda de prioridades. O Plano Microrregional de Saúde Coletiva é um documento de expressão das soluções técnicas e políticas, pactuadas entre os gestores municipais e o gestor estadual, para enfrentamento de problemas de saúde, prioritários do ponto de vista epidemiológico, ambiental e sanitário, no espaço microrregional. Essa experiência de uma programação e pactuação da saúde coletiva entre gestores é muito nova no Estado e está sendo construída.

### c) Eixo de Gestão

Inicialmente, a idéia de constituir esse eixo de forma separada foi decorrente da necessidade de se discutir e definir planos específicos para enfrentamento de alguns problemas estratégicos para o espaço regional. Nesse sentido, esperava-se que a SES pudesse, da mesma forma que fez com as áreas de Atenção Integral e Saúde Coletiva, conduzir um trabalho de programação e pactuação integrada em nível regional, que tivesse como produtos a elaboração dos seguintes Planos: **Plano de Recursos Humanos, Plano de Assistência Farmacêutica, Plano de Sistema de Informação em Saúde e Plano de Investimentos**. Obviamente, esses temas perpassam todos os outros problemas e não devem ser tratados de forma isolada, por si, e, sim, dentro do debate de cada ação finalística. A Secretaria ainda está-se estruturando para dar conta desse eixo, mas, a partir das experiências adquiridas, vislumbra-se que essa temática seja discutida dentro do processo de condução dos planos microrregionais. Para 2002, pretende-se organizar um processo de capacitação das equipes regionais em métodos, técnicas e instrumentos de planejamento e gestão, para que elas sejam capazes, em parceria com os diferentes atores sociais da região, de conduzir nos espaços coletivos de decisão os planos definidos nas oficinas, que foram coordenadas nesse primeiro momento, obviamente, com apoio dos Escritórios, pelas equipes de nível central da Secretaria.

A Equipe de Condução da Secretaria está propondo a instituição de “cooperadores integrais”, ou seja, quadros capacitados política e tecnicamente, para dar conta do conjunto dos problemas e dos encaminhamentos necessários para o seu enfrentamento. Percebe-se que o perfil profissional para dar conta de uma das funções primordiais das Secretarias Estaduais, a cooperação técnica, precisa ser delineada com mais clareza. Este perfil deve incorporar as funções dos 03 (três) eixos citados e, hoje, na instituição, o perfil que mais se aproxima é o dos técnicos dos Escritórios Regionais. Este novo perfil implica em conhecimentos e práticas nos 03 eixos citados e, sobretudo, uma atitude distinta, como atributo da função: antes de tudo deve ser um “cooperador”, um facilitador do diálogo e da interação.

## 6 – OS DESAFIOS DA MICRORREGIONALIZAÇÃO: A ATENÇÃO PRIMÁRIA, OS CONSÓRCIOS E A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES

A porta de entrada do sistema continua sendo um grande desafio.

A denominada Atenção Básica tem-se revelado insuficiente, quantitativa e qualitativamente. O acentuado crescimento das equipes de saúde da família em Mato Grosso, que já ultrapassa a cobertura de 50% da população, não garante a universalidade do atendimento e ainda não se tem informações seguras de que com o aumento da cobertura tenha ocorrido melhoria dos indicadores da Atenção Básica, apesar das tendências favoráveis apontadas pela pesquisa de satisfação do usuário, realizada pela Federação de Associação de Bairros do Estado. Além disso, a organização e a extensão do modelo de atenção, baseado nos princípios de saúde da família, não garantem automaticamente a referência para a atenção secundária e terciária.

Mesmo a proposta da atenção básica ampliada ainda necessita de muitos investimentos e forte determinação política, para ser concretizada de maneira generalizada, pelo menos na maioria dos pequenos municípios que compõem a realidade do nosso Estado. Ainda mais, os municípios mais populosos, com poucas exceções, mantêm-se

presos ao modelo tradicional de rede básica, gerando um problema adicional, que consiste em trabalhar simultaneamente com 02 (dois) modelos de atenção/gestão. Finalmente, não se pode esquecer dos “programas especiais”, que continuam sendo implantados “verticalmente”, seja pelo Ministério seja pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde, e que dificultam sobremaneira a organização “horizontalizada” da rede de atenção básica.

Entretanto, apesar de todos os problemas elencados anteriormente, a nossa experiência com a estratégia de organização da saúde da família, associada ao modelo de gestão dos consórcios, agora respaldados pelo processo de microrregionalização, nos autoriza uma atitude otimista.

Conseguimos visualizar na equipe multiprofissional de saúde da família, que cuida de um território e de uma população determinada, as condições de garantir a atenção integral à saúde das pessoas e da coletividade. Para isto, precisamos reorientar o processo de formação/capacitação dos profissionais e trabalhadores de saúde dessa equipe, de modo a incorporar com força o conceito e a prática de promoção da saúde, dos cuidados preventivos, da prevenção de riscos e agravos epidemiológicos, sanitários e ambientais. Além disso, urge uma melhor definição do conceito de “autoridade sanitária local”, que radicalize o processo de descentralização das atribuições/ações das vigilâncias (epidemiológica, sanitária e ambiental) para o território/população sob responsabilidade da equipe de saúde de família. Desse modo, poderemos concretizar a integralidade das ações de atenção às pessoas, com aquelas voltadas “ao ambiente e à coletividade”.

A incorporação das “ações programáticas” também pode dar-se de modo distinto do modelo verticalizado, ao garantir a autonomia para as equipes de saúde da família definirem as suas prioridades junto à coletividade e, a partir daí, fazerem a sua programação. Seguramente, vão aparecer problemas, como saneamento ambiental, a violência, o álcool e as drogas, as doenças crônicas degenerativas, algumas endemias etc.

Finalmente, o processo de organização microrregional pode garantir a continuidade dos cuidados de atenção secundária e terciária, através das ações programáticas e programação pactuada e integrada, sobretudo da regulação do acesso e do fluxo dos usuários dos serviços de média e alta complexidade. A existência da oferta de serviços, assim como a programação não são suficientes para garantir o acesso: é necessária a ação regulatória permanente.

Neste sentido, a experiência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Mato Grosso é bastante ilustrativa. Os Consórcios não só permitiram o acesso aos serviços de média complexidade, como também, a partir de “feed-back” da regulação, passaram a cobrar dos municípios menos organizados que estruturarem uma rede básica, para não gerar demanda desnecessária aos serviços do Consórcio.

Entretanto, outro grande desafio é a integração dos Consórcios ao novo modelo de organização das Microrregiões. Muito se tem discutido sobre a relação entre os Consórcios e a proposta de Microrregionalização.

Com base na nossa experiência em Mato Grosso, estamos defendendo a proposta (e operando o sistema), partindo do pressuposto de que os Consórcios podem e devem ser um dos modelos de gestão microrregional. Os Consórcios constituem o grau mais forte de pactuação política entre municípios. Afinal, o Conselho Diretor dos Consórcios é constituído pelos Prefeitos e eles são autorizados pelos legislativos municipais. A experiência dos Consórcios em Mato Grosso evidencia que eles têm dado conta dos problemas mais referidos pela assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade no interior do

Estado. A crítica mais comumente feita aos Consórcios é a da exclusão do acesso à população dos municípios não consorciados, o que é verdadeiro em alguns casos, e, do mesmo modo, a da situação de alguns municípios em Gestão Plena do Sistema, quando impedem o acesso aos não-residentes. Tanto em um quanto em outro caso, bastam regras e normas claras que garantam o cumprimento do princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde e, no caso dos Consórcios, é mais fácil ainda de se resolver, através dos mecanismos de compensação.

Outra crítica freqüente refere-se ao “descontrole” e à possível burla às regras/normas da administração pública por parte dos mesmos. Novamente, não acreditamos que um ou outro problema dessa ordem, ocorrido com os Consórcios, os transforme em “entes naturalmente perversos”. Mais uma vez, além dos controles exercidos pelos órgãos com esta atribuição, como o Tribunal de Contas do Estado, em Mato Grosso, a Secretaria de Estado da Saúde faz um acompanhamento mensal das receitas dos Consórcios e as despesas são efetuadas com base em um plano de trabalho, que acompanha cada um dos convênios assinados.

Uma terceira crítica aos Consórcios refere-se ao atraso ou ao descumprimento das obrigações de pagamento por parte de alguns membros. Mesmo quando ocorre com alguns, também não inviabiliza o modelo. Aqui temos enfrentado o problema com o novo modelo de financiamento, que premia financeiramente os Municípios adimplentes.

Também se diz que os Consórcios Intermunicipais preocupam-se apenas com a assistência ambulatorial e hospitalar (compra e oferta de serviços, não assumindo atribuições nem executando ações na área das vigilâncias, por exemplo). Este, realmente, é um problema que existe e que ainda não sabemos como enfrentá-lo. E, para a experiência em curso no Estado, onde se busca uma proposta de integralidade das ações, esta é uma limitação séria que precisamos superar.

Essa questão entra na nossa pauta/agenda de prioridades, com força, a partir de 2002, quando estaremos implementando a proposta dos planos microrregionais de saúde, integrando a atenção às pessoas e as ações das vigilâncias. O fato de ser este um ano mais curto (copa do mundo, eleições) e mais propenso a conflitos pode dificultar e atrasar este encaminhamento.

Finalmente, é importante indicar em algumas linhas os atuais aspectos relacionados à evolução do modelo de gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado. Com a inauguração do Hospital Regional Dr. Antonio Fontes, em Cáceres, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste, sediado em Cáceres, assumiu uma posição pioneira no estabelecimento de novas atribuições do Consórcio e de um novo modelo de gestão da rede ambulatorial e hospitalar, que poderia ser melhor definido como co-gestão (Estado e Consórcio de Municípios). A partir do Decreto Governamental 2862/01 e da Portaria GS/222/01, que regulamentou o referido Decreto, estabeleceu-se uma nova arquitetura dos serviços de saúde na região. Desse modo, o hospital regional, gerenciado pelo Estado, criou um Conselho Diretor, com participação dos representantes da Secretaria Estadual, dos Municípios Consorciados e dos usuários representados nos Conselhos Municipais de Saúde. O Hospital Regional é um hospital de referência para urgência/emergência, trauma e pediatria, além de todos os serviços necessários de apoio diagnóstico e terapêutico.

O Consórcio Intermunicipal assumiu a responsabilidade pelo funcionamento do Ambulatório de Especialidades Microrregional assim como pelo gerenciamento da Central de Regulação Regional. O Consórcio também opera uma Casa de Apoio, com leitos de

retaguarda ambulatorial, para atender os pacientes da região em tratamento fora de domicílio. Os municípios da região assumiram o compromisso de aumentar a cobertura das equipes de saúde da família acima de 70% e o Município-sede, Cáceres, de manter o “Pronto Socorro Municipal” (um serviço de pronto atendimento) em funcionamento.

Esta mesma proposta está sendo feita para a Região Sul, com sede em Rondonópolis, a partir da inauguração do hospital regional. Em Rondonópolis também já existe o compromisso de incorporar a Santa Casa à nova rede de serviços, assumindo a referência para gestante de risco em toda a região sul do Estado.

Desse modo, estamos tentando construir um modelo de gestão regional, solidário e parceiro entre os gestores do SUS, para cumprirmos nossa missão maior, a garantia do direito à saúde.

A partir do processo de Microrregionalização da Saúde em andamento, acreditamos que as condições para a habilitação plena do Estado e dos municípios estão dadas, pois teremos superado muitos dos impasses e dos obstáculos existentes desde a década de 90, para a implantação e a organização do Sistema Único de Saúde.

Cada vez mais, o nosso desafio é humanizar e qualificar o cuidado e a atenção a todos os usuários, promover a saúde, prevenir os agravos e diminuir os fatores de risco, de modo a melhorar a qualidade de vida de todos nós.

Definitivamente, precisamos superar a armadilha que nós mesmos fizemos, qual seja, de estarmos discutindo sempre “para dentro”, o “modelo de gestão”, a “habilitação”, as “novas atribuições” e passarmos a falar a língua do usuário, o idioma da cidadania: saúde com qualidade, humanidade e dignidade.

## 7 – BIBLIOGRAFIA

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários*. Documento Técnico nº 1, Cuiabá/MT, 1995, 22 pp.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Plano Estadual de Saúde: 2000 – 2003*. Cuiabá, 2000, 135 pp.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995 – 1998*. 3ª Edição, Cuiabá, Secretaria de Estado de Saúde, 2000, 188 pp.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Portaria Nº 044/GAB/SES/2001*, de 29 de março de 2001.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Portaria Nº 062/GAB/SES/2001*, de 12 de junho de 2001.

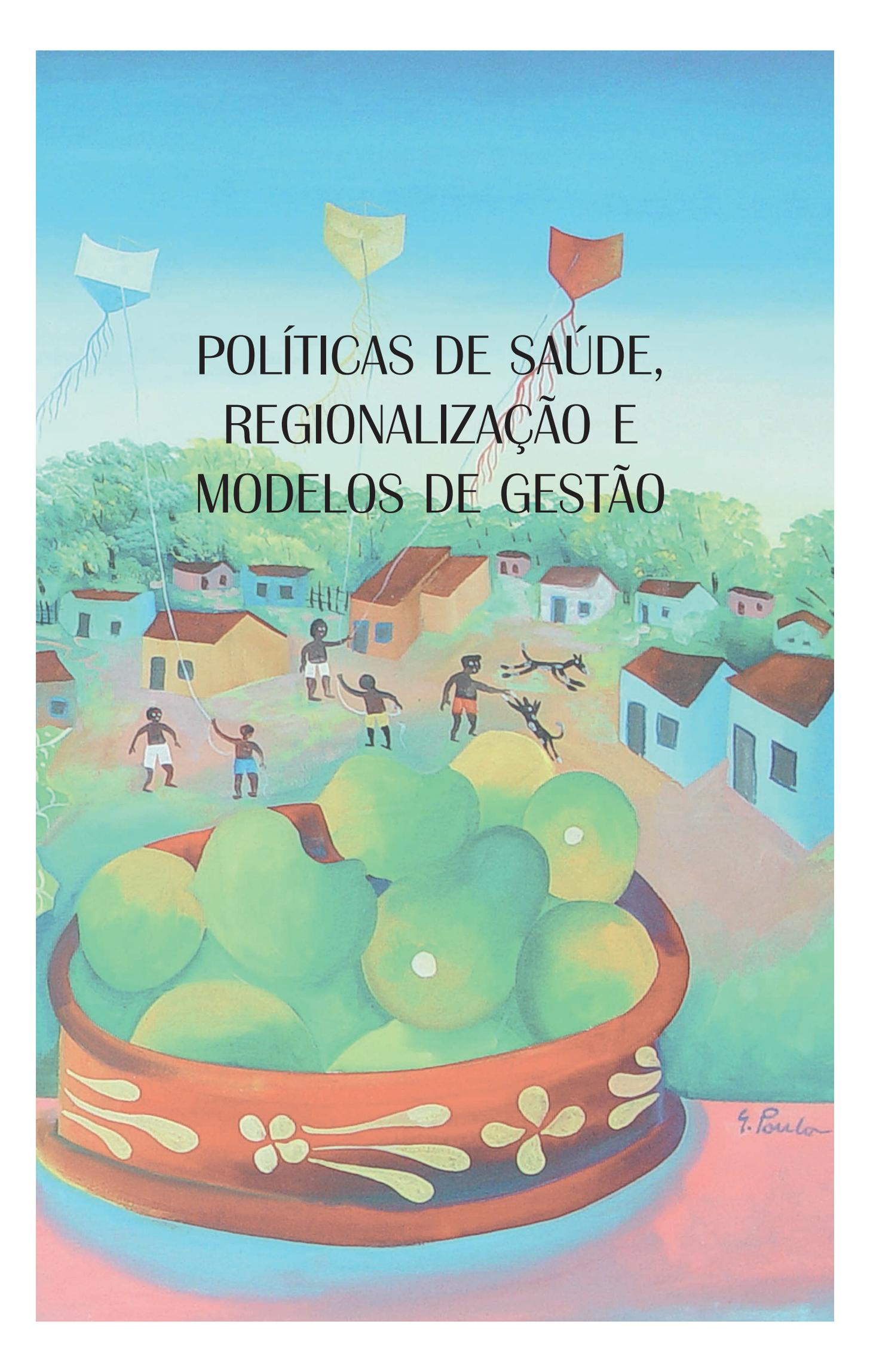
MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Portaria Nº 063/GAB/SES/2001*, de 07 de junho de 2001.

MÜLLER NETO, Júlio S. – *Considerações Sobre o Documento “Regionalização das Ações de Saúde”*, apresentado pela S.A.S. em 18 de outubro de 2000, Chapada dos Guimarães/MT, 2000 (mimeo.).

TEIXEIRA, Carmen Fontes e PAIM, Jairnilson Silva – *Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida*. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, vol. 34, novembro/dezembro 2000, p. 66.

# PARTE I



A vibrant, stylized illustration of a village scene. In the foreground, a large, ornate brown bowl filled with green and yellow fruits sits on a blue surface. The bowl has white decorative patterns. In the background, a village with colorful houses (blue, yellow, orange) and green trees is visible. Several people are flying kites in the sky. The kites are white, yellow, and red. The sky is a clear blue. The overall style is reminiscent of folk art or children's book illustrations.

POLÍTICAS DE SAÚDE,  
REGIONALIZAÇÃO E  
MODELOS DE GESTÃO

G. Paulo



|   |    |
|---|----|
| I   |    |
| DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS REGIONAIS E MICRORREGIONAIS<br>DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS  |    |
| <i>Carmem Lavras</i> .....  | 31 |
| 1. Introdução .....   | 32 |
| 2. A Descentralização do Setor Saúde no Brasil .....  | 33 |
| 3. Sistemas Regionais e Microrregionais de Saúde .....  | 35 |
| 4. Comentários Finais .....   | 37 |
| II  |    |
| POLÍTICA DE SAÚDE EM MATO GROSSO: DOIS MANDATOS PARA<br>A CONSTRUÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO  |    |
| <i>Luisa Guimarães</i> .....  | 39 |
| 1. Mato Grosso: Breve Caracterização do Estado .....  | 41 |
| 1.1. Condições de Saúde e Oferta de Serviços em Mato Grosso:<br>Alguns Indicadores .....  | 44 |
| 2. Política Estadual de Saúde: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários .....  | 46 |
| 3. Desenvolvimento da Política Estadual no Contexto das NOB/93 e<br>NOB/96: Morfologia do Sistema de Saúde em Mato Grosso .....   | 49 |
| 4. Mecanismos Institucionais para a Organização Regional .....  | 54 |
| 4.1. Reestruturação do Órgão Estadual Gestor da Saúde .....   | 54 |
| 4.2. Criação das Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIBR) .....  | 55 |
| 4.3. Realização da Programação Pactuada e Integrada (PPI) .....   | 56 |
| 4.4. Conformação do Sistema de Referência Estadual (SER) .....  | 58 |
| 4.5. Organização de Câmaras de Auditorias Regionais (CAR) .....   | 61 |
| 4.6. Implantação dos Cinco Mecanismos: Morfologia do<br>Espaço Regional. ....   | 61 |
| 5. Reengenharia dos Pólos Regionais: Regionalização da<br>Atenção Especializada .....   | 64 |
| III   |    |
| O PAPEL DOS ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE NO PROCESSO<br>DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SUS EM MATO GROSSO –<br>1995 A 2001   |    |
| <i>Amaury Ângelo Gonzaga</i> .....  | 67 |
| 1. Introdução .....   | 67 |
| 2. Período de Reorganização e Estruturação dos Escritórios Regionais de<br>Saúde: Recuperando a Capacidade de Articulação .....   | 68 |
| 3. A Consolidação do Processo de Cooperação Técnica nos Espaços<br>Regionais: A Intensificação das Estratégias Rumo aos Pactos Municipais<br>para a Organização da Atenção Básica - 1997 a 1999 ..... | 77 |
| 4. A Integralização da Política Microrregional de Saúde: A Construção<br>do Sistema Microrregional de Saúde – 2000 até o Momento Atual .....  | 83 |

|  |     |
|--|-----|
| IV   |     |
| A REGIONALIZAÇÃO E A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE REGIONAL   |     |
| <i>Nereide Martinelli</i> .....  | 88  |
| 1. As Comissões Intergestores Bipartite Regionais .....  | 89  |
| 2. Conclusões .....  | 90  |
| V  |     |
| OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO CERNE DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE EM MATO GROSSO |     |
| <i>Ubirajara Sampaio Mota</i> .....  | 92  |
| VI   |     |
| ARQUITETURA DA ORGANIZAÇÃO REGIONALIZADA: CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE EM MATO GROSSO                                 |     |
| <i>Lúisa Guimarães</i> .....   | 101 |
| 1. Consórcios de Saúde em Mato Grosso: Desenho e Implantação .....   | 102 |
| 2. Panorama dos Consórcios em Mato Grosso: Alcances e Pendências .....   | 106 |
| VII  |     |
| O PLANEJAMENTO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE   |     |
| <i>Júlio Strubing Müller Neto e Ana Conceição Calhao</i> .....   | 113 |
| 1. Plano Estadual de Saúde (2000-2003) .....   | 115 |
| 2. O Planejamento no Contexto da Microrregionalização .....  | 118 |
| VIII   |     |
| POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS E A MICRORREGIONALIZAÇÃO  |     |
| <i>Elisete Duarte</i> .....  | 120 |
| 1. A Situação Encontrada .....   | 120 |
| 2. As Primeiras Ações .....  | 120 |
| 3. A Capacitação e Formação de Recursos Humanos no Período 1995/98 .....   | 121 |
| 4. A Criação da Escola de Saúde Pública .....  | 122 |
| 5. Os Núcleos Regionais de Capacitação e Formação de Recursos Humanos .....  | 123 |
| IX   |     |
| REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE EM MATO GROSSO   |     |
| <i>Ione Mariza Bortolotto</i> .....  | 126 |

# I – Desenvolvimento de Sistemas Regionais e Microrregionais de Saúde no Âmbito do SUS

---

Carmem Lavras<sup>5</sup>

## APRESENTAÇÃO

O presente documento foi elaborado com o intuito de sistematizar conceitos e idéias a respeito da organização e da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, “aprendidos” e “apreendidos” ao longo dos anos de 1999 e 2000, durante os quais tive oportunidade de participar de vários momentos de discussão, como consultora da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde, do DFID (Department For International Development - Inglaterra), do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) e, mais recentemente, da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Reflete também idéias discutidas com a equipe da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Estado no qual estou tendo o privilégio de acompanhar o seu processo de regionalização do setor saúde.

Dentro de uma nova perspectiva de atuação das Secretarias de Estado de Saúde no âmbito do SUS, as propostas de regionalização desenvolvem-se hoje de maneira distinta e com grande vigor em várias unidades da federação, imprimindo um novo rumo ao sistema, dentro de um amplo cenário de reformas.

Embora as afirmações aqui contidas sejam de minha inteira responsabilidade, no geral, traduzem parte desse rico processo de discussão que vem ocorrendo no país, em torno da necessidade de organização de sistemas regionais e microrregionais de saúde.

---

5. Médica, Sanitarista. Especializada em Planejamento em Saúde. Docente da Faculdade de Medicina da PUC/Campinas. Consultora da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Ex-Secretária Municipal de Saúde de Campinas – 1993 a 1996.

# 1 – INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil, nas últimas décadas, particularmente após o início da implantação do SUS, ao definir a descentralização político-administrativa como uma de suas diretrizes, trouxe uma redistribuição de responsabilidades gestoras entre os três níveis de governo - federal, estadual e municipal.

Esse processo de descentralização ocorrido no âmbito do SUS durante a década de 90, no qual as edições das NOB 1/93 e 1/96 constituíram-se em instrumentos bastante efetivos, foi fortemente caracterizado pela municipalização da assistência, através de uma relação quase direta entre o Ministério da Saúde, enquanto financiador, e os municípios, enquanto responsáveis pela gestão dos sistemas de serviços de saúde.

Embora a legislação do SUS defina em linhas gerais os papéis dos níveis estaduais do sistema, para as Secretarias Estaduais de Saúde, enquanto organismos gestores desse nível, as mudanças propostas foram bastante complexas, à medida que continuaram a existir em seu interior a convivência de duas culturas distintas - a “cultura da assistência médica previdenciária”, representada pelos métodos e profissionais do antigo INAMPS, que foram incorporados às Secretarias de Estado de Saúde no início do processo de implantação do SUS, e a “cultura dos sanitaristas” -, ambas inadequadas ao processo de construção do sistema. Por outro lado, foram retiradas dessa instância uma série de atividades relacionadas à prestação direta de serviços de saúde até então existentes.

Além disso, sabe-se que o processo de municipalização gerou uma série de problemas administrativos relacionados, entre outras coisas, à municipalização de profissionais e à cessão de bens, frente aos quais as Secretarias de Estado de Saúde tiveram ou ainda têm dificuldades em identificar mecanismos de resolução.

Outro aspecto a ser observado diz respeito às novas instâncias e mecanismos de gestão e participação social, que acabaram por colocar outros atores no palco decisório da Política Estadual de Saúde, o que passou a exigir desses gestores novas habilidades relacionadas ao seu desempenho.

Sabe-se, no entanto, que processos de mudanças institucionais são, por natureza lentos; que as Secretarias de Estado de Saúde no Brasil guardam grandes diferenças entre si, o que, de certa forma, leva a diferentes ritmos e características assumidas por elas, neste processo de descentralização do SUS; e que as características do federalismo brasileiro, onde Estados e municípios são constitucionalmente reconhecidos como entes federativos, autônomos e sem subordinação hierárquica, exigem uma maior capacidade de articulação para o desenvolvimento de um projeto sistêmico como o de saúde.

As considerações aqui elencadas devem ser vistas como pressupostos ao entendimento das **Secretarias Estaduais de Saúde enquanto organizações altamente complexas**, que, neste momento de desenvolvimento da política de saúde no Brasil, buscam o redirecionamento estratégico de seus projetos institucionais, e a qualificação de seus quadros gestores e operacionais, para o desempenho das novas funções propostas pelo SUS.

## 2 – A DESCENTRALIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

Na verdade, a descentralização do setor de saúde no Brasil começa a se configurar em períodos bem anteriores à institucionalização do SUS, ocorrida no final dos anos 80.

A partir de meados da década de 70, já se observava, em vários municípios brasileiros, a emergência de projetos de intervenção na atenção à saúde sob responsabilidade dos governos municipais, como uma das alternativas voltadas ao enfrentamento da crise crescente, que, naquele momento, atingia tanto a medicina previdenciária quanto a saúde pública.

O desenvolvimento desses projetos distintos, porém articulados em âmbito mais amplo ao movimento brasileiro de reforma sanitária, pode ser apontado como um elemento determinante na constituição de um dado modelo assistencial e de uma dada forma de gestão das questões de saúde no âmbito público, centrados principalmente na constituição e administração de redes básicas de serviços de saúde, pelos municípios brasileiros.

A partir daí, com a configuração das Ações Integradas de Saúde (AIS) e, posteriormente, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), foram sendo delegados aos municípios: a gerência dos serviços estaduais e federais de saúde existentes em seus territórios; a administração dos recursos humanos existentes nesses serviços, embora seus vínculos permanecessem com as instituições de origem; e a transferência ou cessão de uso do patrimônio e dos equipamentos aí existentes. Durante esse período, não se observou a adequada transferência de recursos financeiros aos municípios, correspondente à necessária manutenção desses serviços. Prevalece, sim, a transferência de recursos por “serviços prestados”, baseada em relação convenial.

Cabe ainda ressaltar a atuação desarticulada das três esferas de governo nesse processo, o que inviabilizou a implementação de ações integradas, necessárias ao adequado funcionamento do sistema de saúde em construção.

Os aspectos assinalados podem ser considerados como determinantes na organização dos municípios como uma força política expressiva, no contexto mais amplo da política nacional de saúde, particularmente no que diz respeito à descentralização.

Assumida como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização tem-se constituído em processo com significativo avanço nos últimos anos, particularmente após a edição, pelo Ministério da Saúde, das Normas Operacionais Básicas 1/93 e 1/96, que definiram parâmetros e critérios para nortear esse processo e, sobretudo, enfatizaram a municipalização.

Embora o processo de habilitação dos municípios proposto pela NOB 1/93 não tenha ocorrido de maneira uniforme nos diferentes Estados brasileiros, resultados positivos deste processo podem ser identificados, particularmente os relacionados aos municípios habilitados na gestão semi-plena (4,6% do total dos municípios habilitados), que consolidou o mecanismo de transferência de recursos “fundo a fundo”, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Além disso, o estabelecimento das Comissões Intergestores Bipartites no âmbito dos Estados e Tripartite no âmbito da União, institucionalizou um importante espaço de negociação e pactuação entre os níveis gestores do SUS e estimulou decisivamente a municipalização através do incentivo às três moda-

lidades de gestão propostas: incipiente, parcial e semi-plena, às quais correspondiam graus diferenciados de organização e autonomia de gestão no SUS. Com isso, ao final de 1996, havia no país mais de 3.127 municípios habilitados (62,9% do total de municípios brasileiros), em uma das três modalidades propostas.

Já a NOB 1/96, implementada apenas a partir de jan/98, com a proposição de duas modalidades de gestão – plena da atenção básica e plena do sistema de saúde -, consolidou o papel gestor do município, além de ter incorporado alguns avanços, como o PAB (Piso de Atenção Básica) e o incentivo à saúde da família. Em Junho/2000, encontravam-se habilitados em uma das duas modalidades propostas um total de 5.426 municípios, o que corresponde a 98,55% dos municípios brasileiros.

Hoje, o processo de descentralização do SUS é favorecido pela configuração de um contexto mais amplo de reforma do setor público em curso no Brasil.

Não resta dúvida quanto aos avanços obtidos neste processo, que incorporou milhões de brasileiros ao sistema de saúde, aproximou os serviços de saúde dos usuários e qualificou a assistência nos vários níveis de atenção, particularmente na atenção básica, que foi marcada pela implantação do modelo de saúde da família. No campo da gestão, o saldo também é positivo, onde muitos municípios, particularmente os de médio e grande porte, que optaram pela modalidade de gestão plena do sistema de saúde, acabaram por estabelecer novos mecanismos e instrumentos de negociação, contratação e regulação dos sistemas.

Com isso, um conjunto de novas responsabilidades e desafios foram colocados aos municípios brasileiros.

A gestão do sistema de saúde, a gerência da rede própria de serviços de saúde de cunho individual ou coletivo e o desenvolvimento de programas e projetos voltados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, podem ser definidos como eixos sobre os quais se assentam uma série de atividades hoje desenvolvidas pelos municípios brasileiros, em função dos novos papéis que lhes foram sendo atribuídos.

Contudo, há que se considerar que, à despeito dos avanços conseguidos pela descentralização no âmbito do SUS, alguns limites desse processo, que enfatizou a municipalização de forma isolada, já se evidenciaram. Tais limites dizem respeito, em primeiro lugar, à pequena dimensão dos municípios brasileiros (40%, com menos de 10.000 habitantes) fato este que, associado a outros aspectos de cunho político e financeiro, acaba por determinar uma baixa capacidade de resposta desses municípios, para o enfrentamento de questões essenciais, hoje presentes no setor saúde.

Constituem-se também em questões relevantes para a constituição de nosso sistema público de saúde a expressiva diversidade regional existente no país no tocante às características culturais, de desenvolvimento econômico e social e de desenvolvimento urbano e regional. Os distintos perfis de morbi-mortalidade encontrados em nossa população; a desigualdade quanto à distribuição geográfica dos serviços de saúde; a extensa concentração de serviços de maior densidade tecnológica; e as desigualdades quanto à distribuição dos profissionais de saúde pelo território nacional são fatores que, por sua natureza, extrapolam a capacidade de gestão municipal e que, para serem enfrentados, exigem um processo de articulação regional.

Finalmente, deve-se destacar as características do federalismo brasileiro, onde Estados e municípios são constitucionalmente reconhecidos como entes federativos, autônomos e sem subordinação hierárquica, o que exige uma maior capacidade de articulação para o desenvolvimento de um projeto sistêmico, como o de saúde.

É nesse contexto que se deve buscar a articulação de um projeto regional de intervenção, que, respeitando as especificidades do trabalho em saúde e as características do modelo de desenvolvimento brasileiro, possa promover a descentralização sob novas bases e contribuir para a consolidação do SUS em nível nacional.

Levando-se em conta todas as considerações aqui elencadas, entende-se como de fundamental importância o estímulo à configuração e organização em cada Estado brasileiro, de sistemas regionais e sistemas microrregionais de saúde, que garantam os princípios básicos do SUS, respeitem os avanços conseguidos com o processo de municipalização e levem em conta as características próprias de cada um desses Estados. Há que se ressaltar que esses sistemas devem estar alicerçados em mecanismos institucionalizados de cooperação entre Estado e municípios e entre municípios de uma mesma região ou microrregião.

### 3 – SISTEMAS REGIONAIS E MICRORREGIONAIS DE SAÚDE

O processo de configuração de **sistemas regionais e microrregionais de saúde** deve buscar compatibilizar a necessária aproximação dos serviços aos usuários, com a produção de serviço em escala, necessária ao bom funcionamento do sistema, particularmente no que diz respeito às ações e serviços de maior densidade tecnológica. O desafio está justamente em construir a integração de várias ações de saúde num mesmo território e dirigidas a um mesmo grupo populacional e, ao mesmo tempo, integrá-las sistemicamente com níveis mais diferenciados, do ponto de vista da incorporação tecnológica e da prática especializada.

No entanto, este processo há que ser suficientemente flexível, para responder adequadamente às necessidades e características de cada região que, como se sabe, são bastante distintas entre si. Há que ser abrangente, respeitando uma abordagem integral do processo saúde-doença, desenvolvendo ações voltadas à promoção da saúde, à assistência individual e à saúde pública. Deve também constituir-se em processo ascendente, respeitando as competências e autonomias dos entes federativos e os avanços conseguidos no processo de municipalização do SUS. Se, por um lado, nos poucos municípios de médio e grande porte, que concentram parcela significativa da população brasileira, o sistema de saúde se organiza em todos os seus níveis, nos municípios de pequeno porte, onde se assenta a menor parcela da nossa população, embora numericamente sejam mais expressivos, não se consegue, muitas vezes, sequer oferecer os serviços relativos à uma atenção básica qualificada. Daí a necessidade de configuração de sistemas de saúde suficientemente flexíveis e que respeitem as características loco-regionais no tocante ao perfil geográfico e de desenvolvimento urbano e regional; ao desenvolvimento econômico e social; à identidade cultural local; ao perfil epidemiológico da população e às condições sanitárias existentes; bem como à capacidade instalada de serviços de saúde existentes na região.

Dada a diversidade e as características próprias do Brasil, no que concerne aos aspectos anteriormente assinalados, aponta-se a necessidade concomitante de organização no âmbito dos Estados brasileiros de **Sistemas Regionais e Microrregionais de**

**Saúde**, além dos sistemas municipais já existentes, visando a garantir a atenção integral à saúde aos cidadãos nesse espaço.

Mesmo considerando as várias possibilidades de conformação desses sistemas, em respeito às condições concretas pré-existentes para as suas operacionalizações, deve-se buscar garantir, no âmbito municipal, o desenvolvimento de atividades voltadas à oferta de uma atenção básica de qualidade. Como já citado, muitos municípios, hoje, não conseguem desenvolver essas ações e, por outro lado, é certo que as ações de suporte à atenção básica, como as de apoio diagnóstico e terapêutico e várias das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, extrapolam a possibilidade de execução no âmbito estritamente municipal para a maioria dos municípios brasileiros, na atualidade. Assim sendo, deve-se buscar equacionar o atendimento à essas demandas no âmbito microrregional, ao mesmo tempo que se busca estimular e capacitar esses municípios para o exercício dessas responsabilidades.

Os **sistemas microrregionais de saúde**, guardadas as especificidades de cada microrregião, estariam então, hoje, organizados para ofertar, no âmbito de um dado território, no mínimo ações e serviços de saúde de vigilância epidemiológica, sanitária e de controle de endemias características do campo de atuação da saúde pública, bem como ações e serviços de atenção básica e de atenção especializada de média complexidade.

São aqui consideradas como “atenção especializada de média complexidade”, os atendimentos das especialidades médicas e dos outros profissionais de saúde em nível ambulatorial e hospitalar, bem como os atendimentos de urgência e emergência e as atividades necessárias ao suporte diagnóstico e terapêutico dessas ações.

No entanto, deve-se salientar que qualquer definição do que seja atenção especializada de média complexidade é imprecisa, visto que, no momento de organização de um sistema, se deve diferenciar estas ações em função da disponibilidade de recursos, das demandas populacionais, da densidade tecnológica dos procedimentos envolvidos e da oferta de Recursos Humanos especializados, visando à adequada produção em escala e a garantia do acesso da população aos serviços de saúde.

A operacionalidade desse sistema **microrregional de saúde** seria garantida através da implementação de mecanismos de articulação e pactuação entre o gestor estadual, aqui representado por profissionais das estruturas regionais das SES, e os gestores municipais de uma dada microrregião, que poderiam vir a constituir uma Comissão Intergestores Microrregional (CIM).

Já os **sistemas regionais de saúde**, responsáveis pela oferta de atenção especializada de alta complexidade, estariam organizados de maneira distinta em cada Estado da federação, procurando garantir, nesse espaço, a oferta dos procedimentos altamente especializados e de alta densidade tecnológica, para todos os cidadãos. Dada a grande diversidade de nossos Estados no que diz respeito à capacidade instalada dos serviços de alta densidade tecnológica e à distribuição dos recursos humanos capacitados para operá-los, é de se supor que alguns Estados ainda não tenham adquirido a capacidade necessária para a operação desses serviços. No entanto, a responsabilidade pelo equacionamento de sua oferta deve ser do gestor estadual que, para isso, lançará mão, num primeiro momento, de mecanismos de articulação e pactuação com outros Estados da federação.

## 4 – COMENTÁRIOS FINAIS

A organização regional da atenção à saúde, já experimentada por vários Estados brasileiros em momentos anteriores à implementação do SUS, quando os Estados ainda se responsabilizavam pela oferta direta de serviços de saúde, marcadamente os de saúde pública e os de atenção básica, organizados através de programas altamente verticalizados, ressurge, hoje, como uma necessidade do SUS, com uma outra configuração e dentro de um novo cenário.

Como se pôde observar, o processo de reforma do setor público em curso no país, os avanços conseguidos na última década pelo processo de municipalização do SUS, e também as fragilidades apresentadas por esse mesmo processo, configuram esse novo cenário e apontam a necessidade do estabelecimento de **sistemas regionais e de sistemas microrregionais de saúde**, que possam, de maneira mais adequada e segura, caminhar na perspectiva de construção de maior equidade no sistema público de atenção à saúde no Brasil.

Fica então delineado um desafio às Secretarias de Estado de Saúde, enquanto gestores estaduais do SUS, no sentido de darem operacionalidade a esses sistemas, articulando com os gestores municipais de seu Estado, inovando seu próprio modelo gerencial e se responsabilizando pela adequada preparação dos Recursos Humanos, necessários ao desempenho dessas novas responsabilidades.

Finalmente, cabe salientar o reconhecimento de que, em vários Estados brasileiros, este processo já se iniciou e que, no âmbito do próprio Ministério da Saúde, já se identifica uma série de iniciativas, voltadas ao estímulo desse processo.

37

## 5 – BIBLIOGRAFIA

BURKI, S.J.; PERRY, G.E.; DILINGER, W. *Más allá del centro: La descentralización del estado*. Banco Mundial Washington D.C., 1999.

CANESQUI, A.M. *Ciências Sociais e Saúde*. Ed. Hucitec, 1997.

CONASEMS. *Descentralização e Microrregionalização no âmbito do SUS – Relatório da Oficina Técnica*. In: XVI Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2000.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Crise e Reforma do Estado no Brasil*. In: Cadernos do Fórum S.P. Século XXI, Tomo V, (15):33, Suplemento Vol. 10, nº 111, 2000.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. Ed. Hucitec. São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. *Programa de Reforma do Sistema Estadual de Saúde do Estado da Bahia: sistemas microrregionais de serviços de saúde e de consórcios internacionais de saúde*, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde*. Brasília (mimeo, 1999).

\_\_\_\_\_. *Norma Operacional Básica 1/93 – NOB 1/93*. Brasil.

\_\_\_\_\_. *Norma Operacional Básica 1/96 – NOB 1/96*. Brasil.

\_\_\_\_\_. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com garantia de equidade no acesso*. Brasília, 2000.

PEREIRA, L.C.B.; SPINK, P. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*, 3ª ed., Ed. FVG, Rio de Janeiro, 1999.

VIANA, A.L. *Avaliação das Políticas Públicas na Área de Saúde*. In: Relatório Final - Seminário Promoção da Saúde e Avaliação de Políticas Públicas e Projetos Sociais. PUC-Campinas. Campinas, 2000.

## II – Política de Saúde em Mato Grosso: Dois Mandatos Para a Construção da Regionalização\*

Luisa Guimarães<sup>6</sup>

O estudo de aspectos da política estadual de saúde em Mato Grosso, no período de 1995 a 2000, quando o desenvolvimento da atenção à saúde teve como prioridade a organização das ações e serviços sob a lógica da regionalização, traz elementos relevantes para a discussão da cooperação intergovernamental, necessária ao processo de descentralização.<sup>7</sup> No caso de Mato Grosso, os municípios foram estimulados pela gestão estadual a formar consórcios entre si e a estabelecer parcerias com o Estado e, assim, viabilizar a provisão da atenção especializada – *referência para a atenção básica* – de uma região definida. Buscava-se, nesse sentido, resolver de forma cooperativa problemas comuns, cuja solução extrapolava a capacidade e os recursos de cada município ou do Estado, com benefícios para todos. Os ganhos com a associação ultrapassavam, já em princípio, aspectos administrativos, porque não se tratava de iniciativa isolada, mas integrante do processo de descentralização setorial, que, a longo prazo, contribuiria para o aumento da integralidade da atenção no interior do Estado e redução de iniquidades no sistema.

O incentivo à formação de *consórcios de saúde* foi um componente da política de Governo de Estado, empreendida pela gestão estadual, como integrante da proposta de organização regional do sistema de atenção à saúde (Governo do Estado de Mato Gros-

\* Este texto é parte do capítulo IV da Dissertação de Mestrado “Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: os Consórcios em Saúde de Mato Grosso”, defendida pela autora junto à ENSP/Fiocruz.

6. Psicóloga, Mestre em Ciências e Psicóloga do Ministério da Saúde.

7. A pesquisa está delimitada no período de 1995 a 2000 e foi desenvolvida no contexto do Governo Dante Martins de Oliveira, de 1995 a 1998, reeleito para o período seguinte (1999 a 2002). O Governador, membro do Partido Social Democrata do Brasil (PSDB), foi eleito por coalizão de 10 partidos, com 72,5% dos votos. Dante de Oliveira tem longa trajetória política, desde movimentos estudantis e populares, até deputado estadual (1978, pelo Movimento Democrático Brasileiro – MDB), deputado federal (1982), prefeito de Cuiabá (1985 e em 1992, pelo Partido Democrata Trabalhista – PDT), ministro de Estado (1986) e governador (1995 e 1999). Alcançou popularidade nacional em 1984, com a autoria da emenda constitucional que propôs a eleição direta para Presidente da República e que impulsionou a campanha pelas *Diretas-já*. Os grandes projetos de seu governo no Estado foram empreendimentos energéticos, consórcios intermunicipais de saúde, democratização do ensino e autonomia das escolas (Governo de Mato Grosso, 2001). As metas para o segundo mandato incluem investimentos na área social e estímulo ao desenvolvimento econômico e industrial de forma sustentável, de modo a assegurar o patrimônio ambiental de Mato Grosso (Governo de Mato Grosso, 2001). Nos dois mandatos, o governador manteve à frente da pasta da saúde Júlio Strubing Müller Neto, médico sanitário, ex-Secretário Municipal de Saúde de Cuiabá, quando Dante de Oliveira foi Prefeito da Capital (Governo MT, 2001).

so, 1998), que incluía um conjunto de transformações, entre as quais: a *reestruturação do órgão estadual gestor da saúde*, a criação das *Comissões Intergestores Bipartite Regionais* (CIBR), a realização da *Programação Pactuada e Integrada* (PPI), a implantação do *Sistema Estadual de Referência* (SER) – com as respectivas *Câmaras de Compensação Regionais* (CCR) e *Centrais de Regulação Regionais* (CRR) – e a organização de *Câmaras de Auditorias Regionais* (CAR). A ativação de todos esses mecanismos, simultânea à efetivação do processo de descentralização, objetivava promover mudança do modelo de atenção de *fragmentado* para *regionalizado*.<sup>8</sup> O desenvolvimento da política de saúde de Mato Grosso, no período estudado, indica, finalmente, que, para a efetividade da implementação do processo de descentralização, implantado por meio de normas federais – de caráter universal –, foi necessária a coordenação e a atuação da gestão estadual na assessoria e na capacitação dos municípios, na definição de incentivos e, fundamentalmente, na transferência da decisão referente à gestão de sistemas de saúde para espaços regionais (SES/MT, 2000d).

A situação do Estado e dos municípios de Mato Grosso na construção de acordos e pactos, mediante o consórcio e a regionalização na saúde, ainda que rica em potencialidades e expressiva nos resultados, não pode ser generalizada para todos os demais, porque tem um valor agregado, resultante de especificidades locais – políticas e sociais – que confluem, por conseguinte, para um processo de organização regional próprio, baseado na cooperação entre municípios e Estado.<sup>9</sup> Todavia, para analisar o consórcio como instrumento de cooperação intergovernamental no processo de descentralização, o caso de Mato Grosso foi identificado como significativo, porque nesse Estado seria possível observar o surgimento e o desenvolvimento da cooperação entre os municípios e desses com o Estado, a partir de uma política ativa do governo estadual, adotada em 1995, e mantida no mandato seguinte.<sup>10</sup>

Para alcançar os objetivos de pesquisa do consórcio como instrumento de cooperação intergovernamental, partiu-se de uma panorâmica de características do Estado de Mato Grosso e da gestão da saúde correspondente ao período em estudo (1995—2000), seguida de breve revisão do processo de descentralização nesse Estado, implantado por meio das NOB's, que culmina com o seu direcionamento pela via da regionalização, mediante o estímulo aos consórcios de saúde.

8. *Modelo de atenção* à saúde é aqui entendido como a forma em que ocorre o atendimento das necessidades sentidas e não sentidas da população, que resulta em um tipo de relação e de interação entre os recursos disponíveis e essa população. Há farta literatura sobre o tema e opiniões contrastantes. *Regionalização*, por sua vez, é aqui entendida como articulação e mobilização municipal, que considera características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e vontade política expressa pelos municípios de se consorciar ou estabelecer outra relação de caráter cooperativo (NOB/93).

9. No caso específico do setor saúde, denota-se que o Secretário Estadual reúne características de liderança tradicional, carisma pessoal e competência técnica, com compromisso social.

10. *Políticas ativas e contínuas* são expressas por níveis governamentais interessados na implementação dessas, mediante a indução *eficientemente desenvolvida e implementada*, que pode compensar atributos estruturais dos governos e das próprias políticas, implicando na redução de custos e aumento de benefícios. É traduzida em decisões favoráveis aos programas de descentralização de meios e de recursos financeiros, políticos e administrativos necessários para implementar tais políticas. São coordenadas e coincidentes com outras ações de governo e os incentivos são contínuos, compensando obstáculos administrativos (Arretche, 2000:73—4).

# 1 – MATO GROSSO: BREVE CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O Estado de Mato Grosso está situado na Região Centro-Oeste do Brasil e a estimativa populacional para o ano de 2000 era de 2.498.150 residentes (IBGE, 2001).<sup>11</sup> A distribuição dessa população é predominantemente urbana, seguindo a tendência do País. Contudo, apresenta baixa densidade demográfica, em torno de 2,5 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE *apud* SES/MT, 1998). Mato Grosso possui 126 municípios, representando 2,3% do total de localidades do Brasil, onde residem cerca de 1,6% da população brasileira.<sup>12</sup>

Entre as regiões do Brasil, a Centro-Oeste vem consolidando-se como área de produção agro-industrial, impulsionada por forte ação estatal, fundamental para a ocupação e a transformação produtiva da Região. Os investimentos públicos ocorreram tanto em infra-estrutura de transportes, energia e armazenagem, quanto em políticas de crédito rural e de preços, programas de colonização e incentivo à pecuária.<sup>13</sup> A expansão econômica decorrente foi acompanhada por grandes fluxos migratórios, geradores de taxas de crescimento populacional superiores às médias nacionais. No caso de Mato Grosso, esse processo esteve mais concentrado na região central, de sul a norte do Estado – área de maior produção agropecuária e de valor da produção industrial –, onde os municípios receberam migrantes provenientes do Centro-Sul e do Nordeste do País (Unicamp, 1999).<sup>14</sup>

No Centro-Oeste, ainda que expressivo, o crescimento populacional concentrou-se em cidades-pólo, atrativas de investimentos privados de grande porte e de modernas indústrias com alta produtividade. Tais fatores, ao fim e ao cabo, reforçaram disparidades existentes, consolidando a economia do Centro-Oeste como complementar à do Sudeste, sem alcançar, portanto, transformações nas relações de produção da Região.

Uma heterogeneidade espacial marcou a existência de *cidades pouco estruturadas, com fracos laços de articulação e complementariedade, predominando municípios de pequeno porte e baixo grau de desenvolvimento das atividades e dos serviços urbanos*, com pouca inserção no cenário regional e nacional (Unicamp, 1999:178).

11. Mato Grosso ocupa 10,6% da área territorial do Brasil (Gazeta Mercantil, 2000).

12. Em 2000, foram criados novos municípios, totalizando 139 no Estado. Os municípios novos tiveram o primeiro governo municipal no ano de 2001.

13. O Governo de Estado tem programa de incentivos (ampliação, equipamento, pesquisa) direcionado às indústrias atrelado à redução da carga tributária. Nos últimos anos, a arrecadação tributária do Estado aumentou em nove vezes. No ano de 2000, Mato Grosso foi o maior produtor nacional de soja, líder de produção nacional de algodão, vice-líder na safra de arroz e o quarto em rebanho de rezes. O ecoturismo está recebendo investimentos internacionais. As características geográficas do Estado impõem que o transporte seja intermodal, utilizando de hidrovias, rodovias e ferrovias em um mesmo percurso. Os investimentos em infra-estrutura e serviços refletem diretamente sobre maior circulação de informações e tecnologias. A área de serviços públicos representa mais de 50% dos investimentos entre os anos de 1998 e 2005. Na indústria, no ano de 1997, apenas 21% dos investimentos privados se concentraram na Capital (Gazeta Mercantil, 2000).

14. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires está situado nesse corredor produtivo, na região mais central do Estado.

As correntes migratórias, por sua vez, foram em busca de melhores oportunidades de trabalho e, portanto, apresentam estrutura etária mais envelhecida. No Brasil, os números referentes ao percentual de pessoas residentes em Estado ou município diferente daquele em que nasceram são bastante variados entre as cinco regiões, indicando que os indivíduos, em relação ao local de nascimento, mudam mais de cidade do que de Estado.

Na média, em 1999, cerca de 16% dos residentes eram *não-naturais* do Estado, enquanto os *não-naturais* no município eram 39%, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE). Esses números são bem maiores na Região Centro-Oeste, respectivamente, 35% e 54%, repercutindo significativamente nos perfis populacionais de demanda de serviços e de ocupação territorial (Brasil, 2000).<sup>15</sup> Em decorrência da migração, a taxa de crescimento foi de 2,39% ao ano, na segunda metade da década de 1990 (SES/MT, 2000).

Em Mato Grosso, os municípios são pequenos em termos populacionais e apenas três cidades têm populações grandes, em faixas de mais de 100 mil habitantes (Tabela 1 e Mapas 1 e 2). Dos 126 municípios, 90 localidades (71%) têm população inferior a 15 mil habitantes e, nessas, residem cerca de um terço (27%) da população total do Estado. Na capital, Cuiabá, moram 20% da população do Estado. No interior, por sua vez, há grande dispersão, com dificuldades de acesso, grandes distâncias e barreiras geográficas entre as cidades. A população indígena no Estado representa 1,3% da população estadual, e existem 39 etnias, presentes em 44 municípios. Para essa população étnica, existem programas específicos de atenção à saúde (SES/MT, 1998).

TABELA 1  
Distribuição de Municípios, por População, em Mato Grosso, 1998

| FAIXA POPULACIONAL | Nº DE MUN. | % DE MUN. | % ACUM. | % DA POP. | % ACUM. | TOTAL POP. |
|--------------------|------------|-----------|---------|-----------|---------|------------|
| Até 5.000 hab.     | 31         | 24,7      | 24,7    | 4,3       | 4,3     | 110.381    |
| 5.001 a 15.000     | 59         | 46,8      | 71,5    | 23,2      | 27,5    | 538.922    |
| 15.001 a 30.000    | 24         | 19,0      | 90,5    | 20,1      | 47,6    | 468.288    |
| 30.001 a 100.000   | 9          | 7,1       | 97,6    | 17,8      | 65,4    | 416.653    |
| 100.001 a 300.000  | 2          | 1,6       | 99,2    | 15,4      | 80,8    | 359.005    |
| 300.001 a 500.000  | 1          | 0,8       | 100,00  | 19,2      | 100,00  | 447.393    |
| Total              | 126        | 100,0     | 100,00  | 100,00    | 100,00  | 2.331.642  |

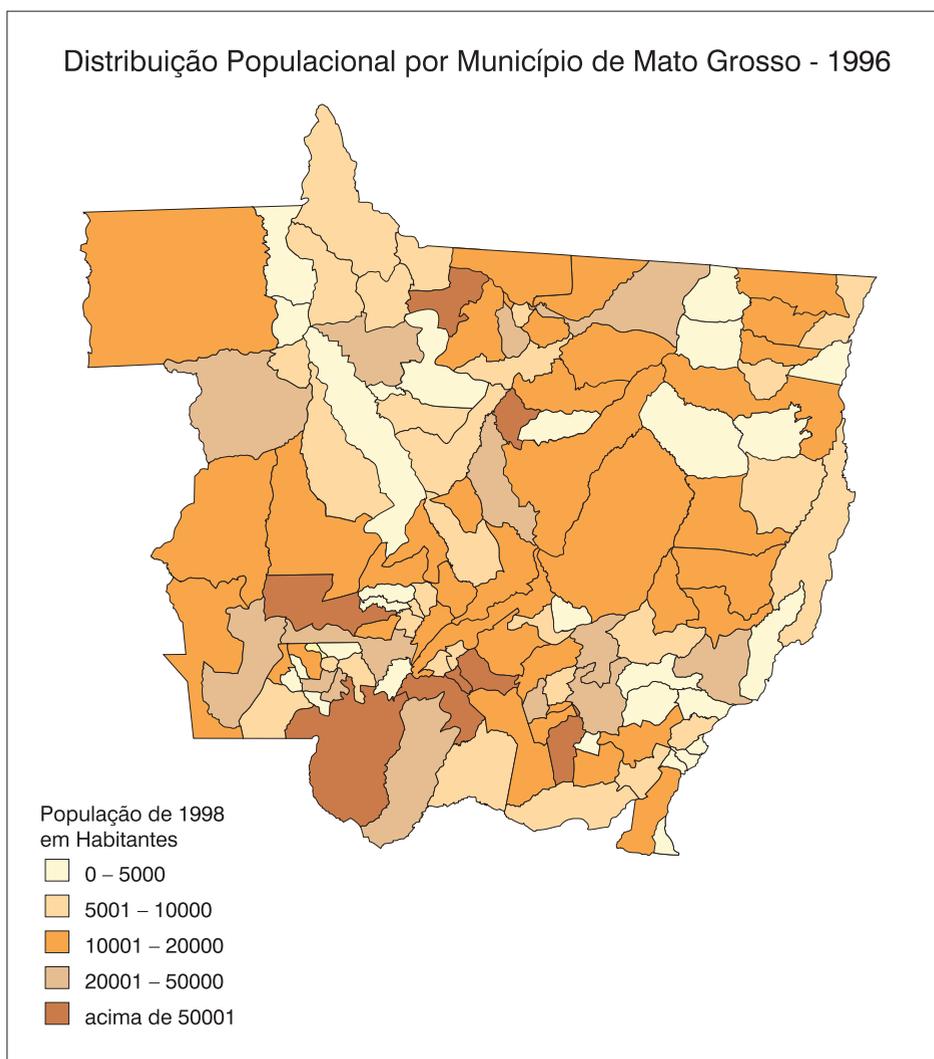
Fonte: Elaborado com Base em Estimativa Populacional do IBGE 1998 apud SES/MT, 1998.

15. O Centro-Oeste ocupa ainda posição estratégica em relação à Região Amazônica, fator relevante, considerando que fluxos migratórios se dirigiram ao interior dos Estados, e novos municípios foram surgindo ao longo de rodovias. Propriedades extensas de terras, carentes de infra-estrutura e em presença de reservas indígenas fazem parte do perfil das novas cidades, modificando profundamente a ocupação territorial regional. De 1970 a 1995, por exemplo, a área de pastagem na Região teve incremento de 150% (Unicamp, 1999).

Os mapas seguintes ilustram a distribuição populacional no território e a densidade demográfica, evidenciando a prevalência de municípios extensos e pouco populosos, resultando em baixas densidades populacionais. A região de maior densidade existente no Estado é a capital, Cuiabá. Ao centro do Estado e no sentido norte-sul, observam-se também áreas de maior densidade populacional, em geral ao longo de rodovias de integração, a exemplo da Cuiabá-Santarém.

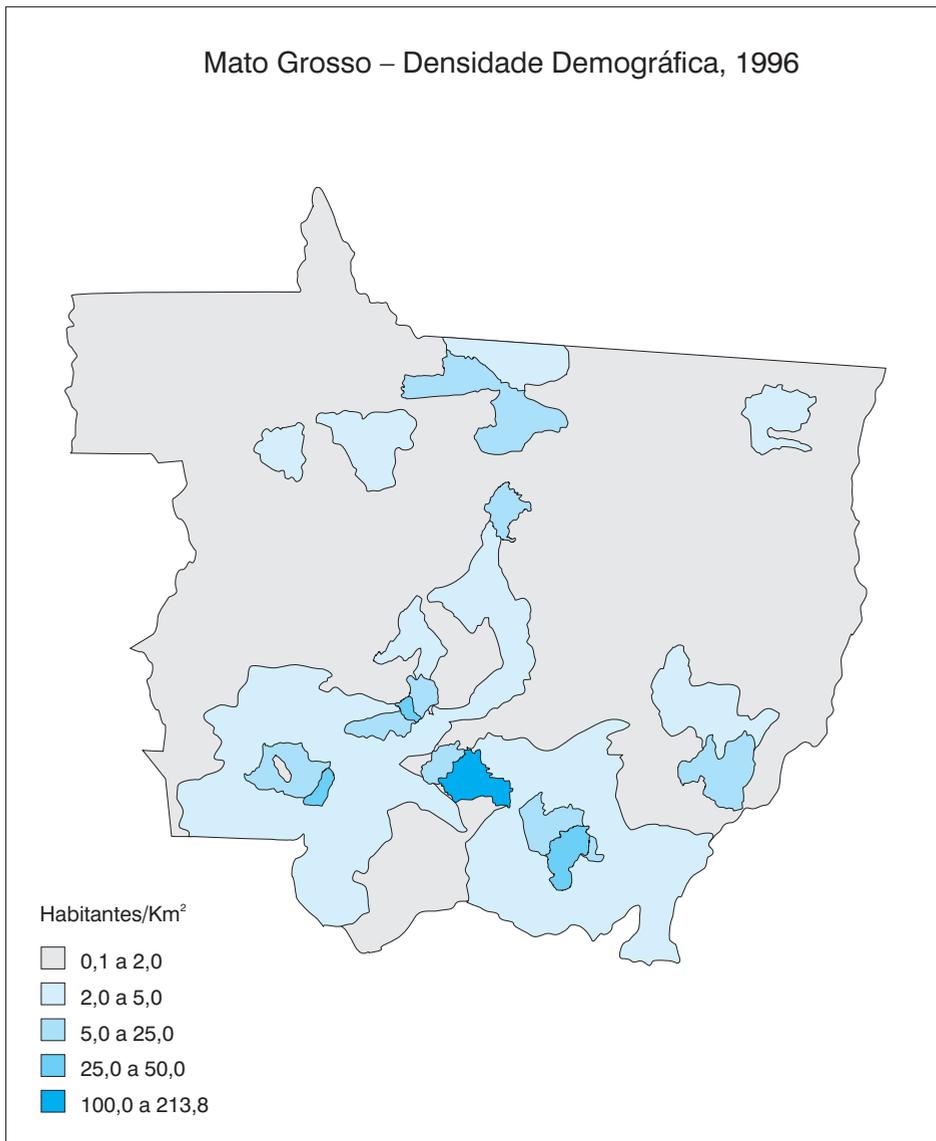
Em Mato Grosso, no ano de 1997, a população economicamente ativa (PEA) representou 46% da população total e o PIB era de R\$ 9,08 bilhões, distribuídos entre atividades de agropecuária (45%), indústria (13%) e serviços (42%). O PIB *per capita* era de R\$ 3.971,00 – o do Brasil, no ano de 1996, foi de R\$ 4.503,00 – (Gazeta Mercantil, 2000).<sup>16</sup>

Mapa 01



Fonte: Extraído de IBGE, 2000, *apud* Lavras, 1999.

16. O PIB de 1997 foi composto de 45% para os setores agrícola e pecuária, 42% para serviços e 13% para indústria (Gazeta Mercantil, 2000).



Fonte: Extraído de IBGE, 2000, *apud* Lavras, 1999.

## 1.1 – Condições de Saúde e Oferta de Serviços em Mato Grosso: Alguns Indicadores

Alguns dados são mostrados em seguida, com objetivo de apresentar a moldura na qual os consórcios surgem e se desenvolvem em Mato Grosso. Quanto aos indicadores básicos de saúde no Estado, a expectativa de vida no ano de 1997 era de 65,01 anos para homens e 71,12 para mulheres. A taxa de mortalidade infantil era de 29,3 por mil nascidos vivos (IDB/1997; IBGE, 2000). Entre a população masculina, a primeira causa de morte foi por *causas externas* (26%) e a segunda, por *doenças do aparelho circulatório* (25%). Na população feminina, esse perfil é distinto: as *doenças do aparelho circulatório* são a principal causa de morte (28%) e as *neoplasias*, a segunda (13%). Nos menores de um ano de idade, a principal causa de morte são as *afecções perinatais* e, na faixa de um a quatro anos de idade, predominam as *causas externas* (SES/MT, 1998).

Com referência à dependência do sistema público de saúde, pesquisa sobre a população que utiliza exclusivamente o SUS mostra que, na Região Centro-Oeste, esse percentual encontrava-se em torno de 39%, na segunda metade da década de 1990 (Ibope *apud* MS/SAS, 2000c:18). Quanto aos beneficiários de saúde suplementar no Estado, no mesmo período, a estimativa era que apenas 13% da população do Estado dispunha de algum plano ou seguro privado de saúde (Pnad, 2000). Com referência aos planos privados de saúde, outra fonte é o cadastro das operadoras de seguros privados, o qual demonstra que o Estado de Mato Grosso apresenta uma das menores porcentagens (3,85%) de beneficiários do país e a menor (0,35%) da Região Centro-Oeste. Nessa Região, os beneficiários de planos privados representam 3,94% do total Brasil (ANS, 2001:14, 29 e 33). O predomínio da dependência do SUS sobre o acesso aos planos privados de saúde reforça a necessidade de melhoria dos atributos de assistência e cobertura do sistema público de atenção no Estado.

Quanto à assistência hospitalar pública, no ano de 1995, Mato Grosso tinha uma taxa de 2,89 leitos do SUS por mil habitantes; em 1999, essa taxa sofreu leve redução, passando para 2,80. Embora Mato Grosso seja o segundo Estado da federação em taxa de ocupação de leitos do SUS, o número de leitos está abaixo da média do país, que é de 2,99 por mil habitantes (MS, 2000). Em Mato Grosso, no ano de 1998, 86% dos hospitais tinham leitos contratados pelo SUS, resultando que 75% do total de leitos existentes no Estado (público e privado) estavam disponíveis para o SUS. Os leitos privados contratados (54%) responderam por cerca de 30% do gasto hospitalar. O número de internações estava em torno de 8,6 por 100 habitantes/ano. Quanto à natureza das unidades ambulatoriais e hospitalares, 104 eram privadas e 44 públicas (SES/MT, 1998).

Quanto à atenção ambulatorial, no ano de 1998, 67% das unidades de saúde do SUS existentes em MT eram postos e centros de saúde, sendo que o gasto *per capita* ambulatorial totalizava R\$ 23,45. Nesses, 55% dos procedimentos realizados eram por profissionais não médicos (Aveianm — Atos de vigilância epidemiológica, imunização e atos não médicos). No período de 1994 a 1998, houve incremento de 150% na produção ambulatorial e de 280% na alta complexidade e no alto custo. Esses números podem indicar que a estruturação da atenção básica nos municípios, mediante a implantação de ações preventivas e de atenção ambulatorial, segundo o modelo adotado no Estado, levou ao crescimento progressivo da demanda por serviços especializados. Os recursos do orçamento geral do Estado destinados à saúde, em 1998, equívalem a 4,92% do total e a execução foi de 56% (SES/MT, 1998)<sup>17</sup>.

No período de 1995 a 1999, observa-se redução de 58% no número de cesáreas, indicando melhora na assistência ao parto, uma vez que a taxa de cesárea era alta no Estado. No mesmo período, ocorreu o aumento de 120% do gasto *per capita* com alta complexidade (MS, 2000), indicativo de ampliação no acesso a esses serviços. Em 1998, 84% da população de MT avaliava positivamente o desempenho da saúde no Estado (SES/MT, s/data c).

---

17. O valor orçado para a saúde, no ano de 1998, em Mato Grosso, corresponde a cerca de 70% do estabelecido para o ano de 2000 pela Emenda Constitucional 29.

Quanto à organização do sistema estadual, na área da saúde, em Mato Grosso, uma divisão administrativa, desde 1992, agregou conjuntos de municípios em nove *Pólos Regionais de Saúde*, transformados em treze no ano de 2000. Para incrementar a descentralização pela via da regionalização, a atuação desses pólos foi transformada. A reconfiguração visou à superação de dificuldades na distribuição do parque assistencial e no fluxo de pacientes (Lavras, 1999).<sup>18</sup> O surgimento da articulação de municípios, sob a forma de consórcios em algumas regiões do Estado, nesse período, modificou o fluxo de paciente entre cidades em Mato Grosso. Com o objetivo de prover meios para a assistência especializada e hospitalar em uma região, os municípios mato-grossenses foram estimulados pelo Estado a constituir consórcios intermunicipais. Assim, dos 126 municípios do Estado, 74 estão organizados nos dez consórcios existentes, no ano de 2000, cobrindo cerca de 30% da população.

Mesmo fortemente estimulados e apoiados pela SES/MT, tais consórcios buscam a autonomia municipal e a cooperação mútua e com o Estado, com finalidade de potencializar a capacidade gestora do SUS como um todo (Lavras, 1999).

## 2 – POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE: DIRETRIZES, ESTRATÉGIAS E PROJETOS PRIORITÁRIOS

A gestão estadual, objeto de análise desta pesquisa, cumpre o segundo mandato consecutivo. O primeiro teve início em 1995 e o segundo, em 1999. O titular da SES/MT foi reconduzido em seu cargo, fator favorável para a continuidade da política estadual assumida no primeiro mandato, que propunha, fundamentalmente, empreender nova configuração ao sistema estadual de saúde.<sup>19</sup>

O governo estadual incentivou os municípios a constituírem consórcios intermunicipais de saúde, em parcerias cooperativas com o Estado, mediante apoio técnico, político e descentralização de recursos necessários. A política que incentivou a constituição dos consórcios no Estado de Mato Grosso teve as bases expressas no documento *Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários*, apresentado pela SES/MT aos municípios, em julho de 1995. Esse documento contém o referencial geral

18. A nova reconfiguração desenvolvida pelo Estado contou, em seu início, com apoio do MS, dentro do *Projeto de Apoio à Reforma do Sistema Único de Saúde – Componente Federal*, parte integrante da cooperação técnica do Brasil – Reino Unido. O objetivo geral, no caso de Mato Grosso, naquele projeto foi *implantar sistemas microrregionais de saúde que contribuam com os municípios no desenvolvimento de suas responsabilidades no âmbito do SUS, favorecendo a articulação intermunicipal, a qualificação da atenção à saúde e a otimização dos recursos existentes e possibilitando o exercício pleno das funções gestoras das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde* (Lavras, 1999:12). Nesse processo, o aprimoramento dos consórcios para a organização da atenção hospitalar e dos serviços de diagnóstico e terapêutico foi um dos objetivos específicos.

19. A descrição da política estadual está fundamentada em documentos de várias naturezas do Governo do Estado, os quais expressam o plano, as estratégias e a decisão política que sustentaram o desenho de regionalização proposto.

para o setor saúde no Estado e tem, como eixo de condução, a “*diminuição das desigualdades social e regional em relação à qualidade de vida*”, mediante a melhoria das condições sócio-sanitárias e ambientais, prioritariamente de grupos sociais, municípios e regiões mais desfavorecidos (SES/MT, 2000c).

No transcurso desta pesquisa, foi assumido que o documento *Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários* continha as diretrizes e as estratégias propostas pela gestão estadual. A observação das diretrizes explicitadas no documento revelou que apontavam, fundamentalmente, para a transformação do modelo de atenção à saúde, com a definição das atividades e o compartilhamento de responsabilidades entre governos municipais e estadual. As estratégias orientavam-se para a organização do sistema de saúde pela via da regionalização e o consórcio apresentou-se como a principal ferramenta para enfrentar problemas comuns, na expansão da integralidade da atenção e da equidade no interior do Estado.

O reconhecimento da função desse documento como orientador básico para a gestão da saúde no Estado parte tanto da equipe técnica quanto do titular da SES, o qual reafirma, ao assumir o segundo mandato, a importância do seu conteúdo para a discussão das ações do governo e a definição das prioridades.

O documento da SES/MT está organizado em três títulos e um anexo (SES/MT, 2000c). Do primeiro título – *Referências Gerais para a Política Estadual de Saúde* –, consta a articulação e a integração de políticas sociais (saneamento, habitação, educação, promoção social, justiça e segurança, cultura, esporte) com as demais áreas do governo (energia, transporte, comunicação), referidas como necessárias para a consolidação do SUS e para a redefinição do papel institucional da SES/MT.<sup>20</sup> A articulação e a integração entre políticas de governo buscariam potencializar a atividade pública, para enfrentar problemas relativos à pobreza, à fome, às questões ambientais, à violência, ao processo produtivo e à urbanização. A consolidação do SUS se expressaria no estabelecimento de novas relações – entre os entes federativos, entre o setor público e o privado e entre o governo e a sociedade – e integraria um processo mais profundo de reforma democrática do Estado. A redefinição do papel institucional da SES/MT, por sua vez, se traduziria na implantação de novos modelos de gestão e na reorganização setorial para a promoção da saúde e o atendimento da demanda assistencial.

No segundo título – *Diretrizes para a Política Estadual de Saúde* –, estão estabelecidas as referências para a implantação da política de saúde no Estado, que são: democratização e participação social, prioridade às ações de vigilância à saúde, melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços assistenciais, regionalização, descentralização e novos modelos assistenciais. Para a consecução dessas transformações, os instrumentos estariam previstos nas políticas de ciência e tecnologia e de recursos humanos, que redefiniriam o papel institucional da SES/MT e os novos modelos de gestão e organização.<sup>21</sup>

20. O SUS compreende um conjunto de ações e serviços realizados nos três níveis de governo para atender às demandas sanitárias coletivas e individuais da população. As atividades assistenciais realizadas nos serviços se dirigem a indivíduos ou coletividades e são prestadas em unidades ambulatoriais, hospitalares ou domiciliares, e realizadas por estabelecimentos públicos e privados. Essas unidades se organizam em redes regionalizadas e hierarquizadas e conformam subsistemas municipais de atenção integral inseridos no sistema estadual correspondente (MS/SAS, 2000).

21. As diretrizes foram revistas em 1998 e aqui figuram as atuais (SES/MT, 2000c).

O terceiro capítulo – *Estratégias* – trata, em última instância, do aumento da capacidade da Secretaria na condução do processo de construção e de consolidação da política estadual de saúde, tais como o estabelecimento e a consolidação de parcerias, a atuação intersetorial, a cooperação técnica e o trabalho orientado por problemas, objetivos, resultados e projetos. Foi privilegiada a atividade de interação intergovernamental para cooperar na solução de problemas comuns, buscar a superação de conflitos e formar consensos. Essa interação ocorre em espaços e fóruns específicos, entre representantes dos níveis governamentais, desses com a sociedade civil organizada, com a representação dos recursos humanos setoriais e com o setor privado.

O anexo do documento contém os *Projetos Prioritários*, resultantes da combinação das diretrizes da política estadual com as linhas estratégicas. São eles: (1) cooperação técnica e capacitação; (2) vigilância à saúde; (3) programação, controle, avaliação e sistema de auditoria; (4) recursos humanos e ciência e tecnologia; (5) organização da atenção descentralizada e de referência regional; (6) modernização institucional e gerencial; e (7) controle social e democratização do setor.

O documento *Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários* é conciso, indicativo de que o governo estadual pretendeu explicitar a intencionalidade política da gestão na saúde, mediante *marcos gerais* para a organização da atenção, de forma descentralizada e pela via da regionalização. Nesse sentido, seu conteúdo não é exaustivo, mas fundamentado nas diretrizes e sistemáticas do SUS. Avança na medida em que a SES/MT posicionou-se com papel de protagonista para mudanças nas relações federativas (entre municípios e desses com o Estado) e para a implantação de novos modelos de gestão e de organização dos serviços, objetivando responder problemas e necessidades de saúde da população.

O conjunto de proposições, por sua vez, expressa que a intenção da gestão estadual seria a de trazer, para o centro das discussões entre os governos, a questão da organização do cuidado sanitário, com um modelo de atenção definido. Esse modelo reforçaria a responsabilidade pela atenção de uma população adscrita, na definição de prioridade para a atenção básica – executada pelo município – e na busca da garantia da integralidade, mediante a parceria intergovernamental.<sup>22</sup> A ação cooperativa entre municípios, assim fomentada pelo Estado, objetivaria configurar as regiões como espaços de decisão e de articulação intergovernamental, nos aspectos de programação financeira, contratação de recursos humanos, administração de unidades de saúde mais especializadas e ampliação da oferta de serviços no interior. A SES/MT, para tanto, passaria a exercer papel protagonista de coordenação do sistema estadual de saúde, mediante política ativa de indução de mudança de modelo de organização da atenção e, ao mesmo tempo, assumiria a liderança setorial, integrando outras áreas do governo, atualizando os processos de negociação entre esferas de gestão e, dessas, com a sociedade e com os prestadores.

A análise do documento sugere, ainda, que a gestão estadual tenha, ao assumir o governo da SES/MT, a disposição de compartilhar com os municípios a definição de mecanismos para contornar dificuldades e ampliar a oferta de ações de saúde no âmbito regional e, assim, alcançar a atenção integral. A avaliação do Estado, naquela época, indica que, se de um lado os municípios isolados tinham capacidade restrita para assumir a gestão da atenção básica, de outro, o Estado não poderia, sozinho, assumir a

22. A integralidade é diretriz do SUS que pressupõe articulação entre promoção, proteção, recuperação e reabilitação (ver Giovanella *et al.*, 2000).

provisão de serviços mais complexos (secundários e terciários). Uma forma conciliadora seria, então, implantar, simultaneamente, processos de transferência de responsabilidades e de recursos referentes à atenção básica, até então centralizados, para o município, bem como gerar espaços regionais institucionalizados de articulação, negociação, pactuação e cooperação quanto à atenção mais complexa. A proposta da SES baseia-se no consórcio em saúde como instrumento a ser estimulado, para contornar as limitações e fortalecer a capacidade de ambos os gestores em assumir o novo modelo. Em decorrência de seu caráter cooperativo, cada um se fortaleceria para cumprir a sua responsabilidade e todos se beneficiariam dos resultados alcançados. A pesquisa e o estudo de caso de Mato Grosso buscam discutir essa proposição.

### 3 – DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA ESTADUAL NO CONTEXTO DAS NOB/93 E NOB/96: MORFOLOGIA DO SISTEMA DE SAÚDE EM MATO GROSSO

As Normas Operacionais Básicas (NOB), são instrumentos editados pelo Ministério da Saúde (MS), que regulamentam, de forma universal, o processo de descentralização da gestão nas três esferas de governo. Para tanto, estabelecem condições de gestão às quais os municípios e os Estados se habilitam, segundo a respectiva capacidade, para cumprir os requisitos previamente definidos e de assumir as responsabilidades estabelecidas. Ainda que regulamentem processos graduais de descentralização de recursos e de responsabilidades referentes à atenção à saúde, desde o nível central até as esferas sub-nacionais, as NOB's, por seu caráter universal, não dão conta de questões específicas da realidade tão diferenciada e complexa de quase seis mil municípios brasileiros. Além disso, estudos demonstram que, na saúde, como em outras áreas sociais, a assunção, por parte dos municípios, de responsabilidades decorrentes da descentralização é fortemente influenciada pela política de incentivos adotada pelo gestor estadual (Arretche, 1999).

A implantação efetiva da descentralização da gestão do SUS, prevista nas NOB's, no caso de Mato Grosso, foi *traduzida* e expressada nas linhas gerais da *Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários*, considerando o plano político da gestão estadual e a realidade institucional setorial dos municípios e do próprio Estado. Nesse sentido, a gestão estadual teve ação pró-ativa em duas direções: na *morfologia do sistemas de saúde* (estrutura) e nos *mecanismos necessários a sua implantação* (organização). No presente estudo, o primeiro aspecto – morfologia do sistema – será discutido a partir da análise da forma de implementação dos conteúdos das NOB's, referente à partilha de responsabilidades entre Estado e municípios, no desenho dos sistemas locais de saúde. Quanto ao segundo aspecto – mecanismos –, foram estudados os instrumentos que a gestão estadual utilizou, para formalizar os processos da organização regional da atenção no Estado.

No novo modelo proposto pela SES/MT, o papel do município seria de: (i) elaborar a programação municipal de serviços de saúde de baixa e média complexidade; (ii) gerenciar unidades de saúde do seu território; (iii) executar ações básicas de saúde; (iv) garantir a prestação de serviços de saúde em seu território; e (v) avaliar os resultados e desempenho do Sistema Municipal de Saúde (SES/MT, s/data).

No caso de Mato Grosso, avaliações prévias realizadas pelo MS para acompanhar a implantação da descentralização, no tocante ao estabelecido nas NOB's, demonstram que, no período anterior ao do governo em estudo – ano de 1994, primeiro de vigência da NOB/93 –, a saúde no Estado caracterizava-se por forte descentralização da gerência e da gestão para os municípios, com frágil participação estadual nas funções de coordenação do Sistema (MS/SAS, 1995 e 1995a), ou seja, por aquela avaliação, embora ocorresse a descentralização em direção aos municípios, a gestão estadual não exercia papel na definição de estratégias, mecanismos e instrumentos, para promover acordos e pactos entre os gestores. Tais acordos eram avaliados como favorecedores da implantação da descentralização e, em conseqüência dessa lacuna, a municipalização decorria de iniciativa isolada do próprio município sem a coordenação do Estado.<sup>23</sup> O governo estadual, que se inicia em 1995, assumiu com a proposta de mudar a condução da descentralização no Estado, ao pretender passar da situação de ausência da gestão estadual para a participação ativa em nível regional, coordenando o processo de programação integrada e o sistema de referência, induzindo e mediando a negociação intergovernamental e avaliando e controlando os sistemas municipais de saúde e, sobretudo, transformando o espaço regional, estabelecendo relações intergovernamentais com os municípios.<sup>24</sup>

A habilitação de municípios em MT, nos termos da NOB/93 – com vigência no período de 1994 a 1997 –, tomada aqui como uma expressão da descentralização, apresenta situação típica de acordos prévios entre os gestores, porque todas as habilitações ocorreram nos dois primeiros anos de vigência da NOB/93 (1994 e 1995) e foram, nas condições de gestão incipiente e parcial, menos avançadas. A exceção foi o Município de Cuiabá, capital do Estado, que foi habilitado na condição de gestão semiplena, modalidade mais avançada, o que ocorreu no ano de 1995. Tal situação indica que (i) a adesão à NOB/93 no Estado de Mato Grosso não foi expressiva; (ii) concentrou-se nas condições de gestão menos avançadas; (iii) não evoluiu ao longo da vigência da Norma; e (iv) esteve condicionada à rede de serviços existente no território, considerando que apenas a capital, onde se concentram os serviços de saúde, habilitou-se na condição mais avançada de gestão (Tabela 2).

O número de municípios habilitados nos termos da NOB/93 em MT, como mostra a Tabela 2, correspondeu a 49% do total de municípios do Estado (19%, na condição incipiente; 29%, na condição parcial e 1%, na semiplena), nos quais residiam 71% da população (9% da população do Estado residiam em municípios habilitados na condição incipiente; 42%, na condição de gestão parcial e 20%, na semiplena). Cuiabá foi habilitada em abril de 1995 e, portanto, no início do primeiro mandato do governo estadual em estudo; a partir daí, passou a receber um teto financeiro correspondente a cerca de 32% do total do teto financeiro estadual. Esse último aspecto sinaliza que a rede de serviços

23. De acordo com a tipologia desenvolvida pelo Ministério da Saúde, o modelo de gestão mato-grossense, até 1994, era *atomizado*, porque cada sistema de saúde municipal desenvolvia-se de forma isolada, não configurando o conjunto dos municípios do Estado um sistema de saúde estadual e, nesse sentido, tal modelo tendia a reforçar as iniquidades históricas dos sistemas locais e regionais de saúde (MS/SAS, 1995).

24. Cabe recordar que esse estudo tem, como recorte de tempo, o período compreendido entre o ano de 1995 e o de 2000. Assim, o primeiro mandato do governo estadual em estudo (1995 a 1998) coincide com o período de vigência da NOB/93, com exceção do último ano, quando entrou em vigência a NOB/96, publicada em fins de 1996 e operacionalizada em 1998.

existente no território de Cuiabá era referência para uma população maior que a residente naquela cidade (20%) e, por conseguinte, que o acesso a esse tipo de serviço permanecia concentrado na Capital do Estado (Tabela 2).<sup>25</sup>

TABELA 2  
Habilitação de Municípios na NOB/93 em Mato Grosso, 1994-1997.

| CONDIÇÃO DE GESTÃO | NÚMERO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS |      |      |      | CORRESPONDÊNCIA EM % EM 1997 |           |
|--------------------|----------------------------------|------|------|------|------------------------------|-----------|
|                    | 1994                             | 1995 | 1996 | 1997 | MUNICÍPIOS                   | POPULAÇÃO |
| Incipiente         | 23                               | 23   | 23   | 23   | 19,5                         | 8,5       |
| Parcial            | 34                               | 34   | 34   | 34   | 28,8                         | 42,1      |
| Semiplena          | —                                | 01   | 01   | 01   | 0,8                          | 20,0      |
| Total              | 57                               | 58   | 58   | 58   | 49,1                         | 70,6      |

Fonte: Elaborado com base em informações do MS/SAS, 1997

Ainda que a habilitação de Estados, nos termos da NOB/93, não tenha significado a efetivação da transferência financeira prevista, alguns habilitaram-se às condições de gestão estabelecidas. Mato Grosso foi um dos poucos que pleiteou e foi habilitado na condição de gestão parcial, em junho de 1994, durante o governo anterior. Embora bastante formal, a habilitação de Estados implicava no cumprimento de uma série de requisitos por parte da gestão estadual: a aprovação do pleito, no âmbito estadual, pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, finalmente, a apresentação do processo ao MS para análise e aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Todo esse trâmite para a habilitação requeria da gestão estadual ações administrativas, as quais, a depender da decisão política, poderiam resultar em mudanças reais, tais como a formulação e a implantação de um Plano Estadual de Saúde (PES), o funcionamento de um Fundo Estadual de Saúde (FES), de um Conselho Estadual de Saúde (CES) e da CIB e, ainda, a implantação de mecanismos e sistemáticas de descentralização.

Em 1996, foi aprovada uma nova NOB, que começou a ser operacionalizada apenas em 1998, porque, no ano de 1997, na CIT, foi discutido o valor financeiro do piso da atenção básica (PAB) – valor *per capita*, distribuído pelo governo federal, para a cobertura de catálogo de ações de atenção básica –, definição essencial para a efetivação da habilitação. Esse adiamento compulsório da habilitação marcou um período em que vários Estados, inclusive Mato Grosso, iniciaram a preparação da habilitação, junto aos municípios, mediante a pactuação de requisitos, ainda que provisórios, para orientar o processo de pleito municipal.<sup>26</sup> Tal preparação resultou que, de modo similar à Norma

25. A procedência das internações realizadas na Capital demonstra variação importante entre os anos de 1995 e 1998. Em 1995, 47,9% das internações eram de residentes em Cuiabá e, no ano de 1998, passa a ser 61,6%. O atendimento de residentes em Cuiabá, no Pronto-Socorro, em 1998, corresponde a 82,1% dos atendimentos. Ambos dados são fortes indicativos de melhoria da capacidade de resolução das redes assistenciais do interior do Estado (SES/MT, s/data).

26. Em 1997, o Estado estava organizado em pólos regionais; em alguns, havia CIB Regionais (CIBR), que recebiam os pleitos municipais e preparavam parecer para apreciação da CIB estadual, conforme estabeleceu a Resolução CIB/MT 005/97, de 9/5/97 (SES/MT, 2000a).

passada, no primeiro ano de vigência da NOB/96, ocorressem todas as habilitações do Estado. Prevaleceu o acordo e somente a Capital foi habilitada na condição de gestão mais avançada (Tabela 3). Assim, se, por um lado, a habilitação foi ampliada para todos os municípios, por outro, manteve a tendência de concentração na condição de gestão menos avançada (plena da atenção básica), ainda que possa implicar em mudanças significativas no modelo de atenção e, no caso da regionalização em Mato Grosso, participação efetiva dos municípios na gestão do sistema estadual de saúde.

TABELA 3  
Habilitação de Municípios na NOB/96 em Mato Grosso, 1998–2000

| CONDIÇÃO DE GESTÃO         | NÚMERO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS |      |      | % EM 2000  |           |
|----------------------------|----------------------------------|------|------|------------|-----------|
|                            | 1998                             | 1999 | 2000 | MUNICÍPIOS | POPULAÇÃO |
| Plena da Atenção Básica    | 125                              | 125  | 125  | 99,2       | 80,0      |
| Plena do Sistema Municipal | 1                                | 1    | 1    | 0,8        | 20,0      |
| Total                      | 126                              | 126  | 126  | 100,00     | 100,00    |

Fonte: Elaborado com base em informações do MS/SAS, 2000.

A avaliação da SES/MT sobre a habilitação, nos termos da NOB/96, é que ela foi distinta da anterior e significou, além de transformações do modelo de atenção, o incremento da oportunidade de participação social efetivada nas recentes Conferências Municipais de Saúde, que, no processo anterior, não foram realizadas pelos municípios, apesar de habilitados (SES/MT, 2000c). Para a SES/MT, foram também fatores indicativos dos avanços com a descentralização na NOB/96 as mudanças na organização da atenção municipal, ilustradas pela implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) nos municípios.

A avaliação da SES/MT é que, nos termos da NOB/96, a habilitação ocorrida no Estado, em que a Capital esteve na condição plena do sistema municipal e os demais municípios, na plena da atenção básica, foi uma estratégia que se complementou com a organização regionalizada pela via dos consórcios. Isso, porque municípios habilitados na gestão plena da atenção básica tiveram, assim, condições de realizar as ações básicas no próprio território municipal e contar com referência organizada regionalmente e garantida mediante a cooperação intergestores (SES/MT, s/data a). Nessa perspectiva, poder-se-ia considerar que, no caso de Mato Grosso, os programas de atenção comunitária foram potencializados pela organização, em âmbito regional, dos serviços especializados (de referência), por intermédio dos consórcios intermunicipais de saúde.<sup>27</sup>

27. A implantação de programas de atenção básica com experiência local virtuosa demanda rede regionalizada, resultante de processos de articulação e negociação entre sistemas locais de saúde, de complexidade crescente para a referência e atenção integral. Outros fatores influem na resolução dos serviços e incluem a composição tecnológica, a qualidade técnica dos profissionais e os recursos disponíveis. A oferta mais próxima e a definição clara de responsabilidades, por nível de atenção e elenco de ações – básico, médio e alta complexidade –, certamente ampliam o alcance dos programas comunitários (Sousa, 2000). Estima-se que o funcionamento adequado de unidades básicas é capaz de resolver 80% das demandas de atenção à saúde. Programas comunitários permitem melhor conhecimento da clientela, acompanhamento de casos, ordenação de encaminhamentos e racionalização do uso de tecnologias. Mesmo com alto grau de resolução, esse nível de atenção requer uma rede de referência para especialidades e leitos.

No ano de 1999, o Ministério da Saúde realizou nova avaliação do processo de descentralização no SUS, a partir de indicadores de gestão (administrativos, financeiros e de utilização), aplicados a um município de cada Estado brasileiro, geralmente a capital. Nesse estudo, os dados de Mato Grosso, em princípio, apresentam resultados correlacionados à implementação dessa política. Essas mudanças apontam para a execução da política de saúde proposta em 1995, a qual deu nova direção ao processo de descentralização e, portanto, de habilitação. O eixo fundamental foi a ordenação da referência de serviços especializados, de forma regionalizada, com simultânea organização municipal da atenção básica.

Em Mato Grosso, o estudo do Ministério da Saúde mostrou que a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, habilitada na condição de *gestão plena do sistema municipal*, teve a composição do teto para a assistência revista, com o objetivo de incorporar a necessidade de serviços de outros municípios, que permaneciam tendo por referência a rede assistencial sediada na Capital.<sup>28</sup> A recomposição do teto de Cuiabá incluiu a programação da referência do interior, definindo melhor a utilização de serviços e de recursos decorrentes da organização regional. Foi constatado que a Capital gerenciava 91% das unidades ambulatoriais existentes no seu território, as quais significam 54,5% da produção ambulatorial total do Estado. As demais unidades ambulatoriais existentes no território da capital estavam sob a gestão estadual, por serem unidades especializadas de referência para o interior do Estado. Quanto à gestão hospitalar, o estudo do MS concluiu que Cuiabá recebia 100% da produção hospitalar das unidades sediadas no município e, do total de internações realizadas na capital, 64% são de residentes do próprio município.<sup>29</sup>

Em síntese, segundo a análise referida acima, a descentralização do SUS em Mato Grosso, estudada a partir da gestão da rede e do aspecto financeiro referentes ao Município de Cuiabá, indicou coerência entre a condição de habilitação e o desenvolvimento da gestão em si mesma, visto que toda a rede hospitalar e 90% da ambulatorial estão sob gestão municipal. No âmbito ambulatorial, a rede é gerida junto com o Estado, porque a SES/MT permaneceu com a gestão de algumas unidades de referência e de outras, nas quais desenvolvia programas de saúde específicos e, ainda, com a gestão da assistência farmacêutica ambulatorial. O setor ambulatorial é demonstrativo também da dinâmica do processo, em construção, de pactuação e negociação entre os governos. No caso de Mato Grosso, o modelo regionalizado, à medida que vai organizando a referência no interior, gera ajustes no teto da capital, para onde fluía a totalidade das demandas de média e alta complexidade até 1996. Os ajustes no teto dos recursos ambulatoriais programados para Cuiabá, ocorridos no período de 1998 a 1999, ilustram o deslocamento de recursos financeiros assistenciais para custear a ampliação dos serviços no interior. Tais ajustes tiveram que ser processados, para que a programação da assistência refletisse as melhorias nos serviços locais e regionais.

---

28. Nem todos os níveis de complexidade de serviços estão disponíveis no interior do Estado, considerando inclusive questões de viabilidade e economia de escala aplicáveis também nesse caso. O estudo do Ministério da Saúde parece indicar que os ajustes na pactuação da referência e na composição do teto da capital resultava de melhor organização da prestação de serviços assistenciais no restante do Estado. No entanto, foram mantidos serviços complexos da Capital como referência para todo o Estado.

29. Em Seminário sobre a *Gestão Estadual do SUS – tendências e perspectivas*, realizado pela Secretaria de Políticas da Saúde do MS, em parceria com a Opas, em 1999, o Secretário Estadual de Saúde de Mato Grosso reafirmou as diretrizes da política estadual de saúde em implementação desde 1995 (MS/SPS, 1999b).

## 4 – MECANISMOS INSTITUCIONAIS PARA A ORGANIZAÇÃO REGIONAL

Em vista do argumento do presente estudo de que a adoção, pela gestão estadual, de políticas ativas de incentivo promove a assunção, por parte dos municípios, das responsabilidades advindas com a descentralização (Arretche, 1999), interessa identificar, no caso de Mato Grosso, o que – além da proposta política que *traduzia* para a realidade estadual as normas universais – a gestão estadual precisou por em prática para as mudanças que propunha e quais foram de fato as mudanças alcançadas. A pesquisa nos documentos da SES/MT, as entrevistas com diversos atores do Sistema e as visitas de campo permitiram observar que a modalidade de descentralização de Mato Grosso implicava na regionalização de mecanismos e instrumentos – de gestão do sistema, de construção de coalizões e consensos, de cooperação, de planejamento e programação, de regulação e de monitoração da assistência – adotados pela SES, em cooperação com os municípios, para promover a organização regional da atenção à saúde.

Tais mecanismos vão sendo adotados em Mato Grosso na lógica regional, e em processo do qual fazem parte os consórcios em saúde: reestruturação do órgão estadual gestor da saúde, a criação de comissões intergestores, a realização da programação integrada, a conformação do sistema de referência e contra-referência e a organização da auditoria. Quanto aos resultados alcançados, podem ser observados: a ativação de espaços regionais de decisão consoante à política de saúde, a cooperação intermunicipal e o financiamento compartilhados.

54

A seguir, são apresentados e discutidos, brevemente, cada um dos mecanismos adotados em Mato Grosso no processo de organização regional e a conformação dos consórcios intermunicipais de saúde. A implantação e a evolução de cada mecanismo tiveram tempo e dinâmica diferentes. No entanto, foi possível estabelecer uma vinculação entre eles, no que diz respeito à confluência dos resultados para a organização regional da atenção e do espaço regional de decisão. Esse aspecto ficou evidente na reorganização dos pólos regionais e, por isto, será visto em tópico separado, depois da abordagem dos mecanismos. Também será abordado, no contexto da constituição dos consórcios, que, por estar relacionada ao núcleo da pesquisa, será apresentada com maior detalhe.

### 4.1 – Reestruturação do órgão estadual gestor da saúde

Para realizar as mudanças pretendidas na condução do processo de descentralização da gestão, o governo do Estado redefiniu as funções e a *estrutura organizacional* da SES/MT. A gestão estadual operou mudanças nas funções, de modo a redirecionar as suas atividades de coordenação, cooperação, redistribuição, oferta especializada. As funções que passou a assumir foram de (i) formulação, coordenação e fomento da política estadual de saúde; (ii) cooperação para a municipalização e organização dos sistemas municipais; (iii) formação e desenvolvimento de recursos humanos; (iv) redistribuição regional de recursos financeiros com critérios equitativos; (v) condução do processo de construção de novos modelos, que dão prioridade às ações de promoção da saúde e de prevenção, com reorientação da assistência ambulatorial e hospitalar; (vi) garantia da oferta de serviços terciários de referência regional e estadual; (vii) controle e avaliação da prestação de serviços públicos e privados; (viii) apoio e realização de pesquisas

operacionais e desenvolvimento de tecnologias para a implantação do SUS/MT (SES/MT, 2000f). Assim, foram estruturadas cinco coordenadorias: (i) técnica, (ii) vigilância sanitária e epidemiológica, (iii) planejamento, (iv) administração hospitalar e ambulatorial e (v) administração financeira (SES/MT, 2000b).

As mudanças no órgão gestor da saúde em MT foram incorporadas ao organograma oficial da SES, a partir da estrutura estabelecida em 1993 (Decreto Nº 2923) e revista em 1997 (Decreto Nº 1476), o qual incluiu novos cargos e funções de assessoria ao gabinete e criou a área de planejamento e auditoria. Em 1998, o Regimento Interno da SES/MT foi aprovado (Decreto Nº 2636), o qual descrevia as funções dos organismos da estrutura, demonstrando a articulação interna para além da estrutura formal de organogramas. Um ano depois, em 1999, a estrutura da SES/MT foi alterada de forma mais profunda (Decreto Nº 7236), organizando as funções por processos e incorporando as transformações instituídas pelo Regimento Interno. Além dessa mudança, a organização regional da assistência em processo espelha-se na estrutura da SES, mediante a ampliação da estrutura de administração dos hospitais regionais, com a inclusão das unidades de Cáceres e Rondonópolis às já existentes (de Sorriso e de Colíder). Finalmente, em 2000, é conferida, formalmente, autonomia financeira à SES (Decreto Nº 1129), com a inclusão do Fundo Estadual de Saúde (FES) no organograma e formaliza também as estruturas dos Pólos Regionais de Saúde de *Cuiabá, Alta Floresta, Juara, Peixoto Azevedo e Água Boa*, totalizando 13 pólos (SES/MT, 2000b).<sup>30</sup>

## 4.2 – Criação das Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIBR)

55

Com a reestruturação do órgão gestor da saúde em processo, era necessário encaminhar acordos com os governos municipais para por em prática as mudanças contidas na política de saúde e, assim, efetivar a descentralização pela via da regionalização.<sup>31</sup>

Em Mato Grosso, a SES ativou a função desse fórum, estabelecendo seu Regimento Interno e correlacionando sua atuação aos temas correspondentes ao desenvolvimento da política estadual (Portaria SES/MT Nº 085/93; SES/MT, 2000d) e, em seguida, começa a estimular a constituição dessas instâncias de negociação no âmbito regional. A opção de organização de CIB regionais, à semelhança de outros Estados, tinha o intuito de

30. No ano de 2000, novo Plano de Carreira da SES/MT – Plano dos Profissionais do SUS – (Lei N.º 7360) sintetiza as dimensões da *Política de Recursos Humanos Estadual*, institucionalizando mudanças implementadas desde 1995. Entre as quais, admissão por concursos públicos; regularização do quadro de pessoal (em 1995, 65% dos servidores da saúde estavam contratados sem concurso público); capacitação de profissionais; a implantação do Projeto Xamã, de formação de auxiliares de enfermagem indígenas; criação da residência em Saúde da Família; e implantação da Escola de Saúde Pública.

31. Desde a NOB/93, Comissões Intergestores foram definidas como espaços privilegiados de *formação de consensos* para a operacionalização dos sistemas. Formalizadas na NOB/93, foram reforçadas na NOB/96, como organismos colegiados de negociação entre gestores, nos âmbitos federal e estadual. No federal, é constituída, de forma paritária, por representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Ministério da Saúde. No âmbito estadual, é integrada por igual número de representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da SES, em cada Estado da federação. A principal característica desse tipo de fórum é a participação de gestores do sistema de saúde dos respectivos níveis e, portanto, a possibilidade de discussão e de pactuação de aspectos operacionais para a implantação da política de saúde.

viabilizar a construção de consensos em espaços mais próximos ao municipal e facilitar a descentralização frente à grande extensão territorial. Discutidas nesse fórum, as propostas são assumidas como pactos entre os governos e transformadas em resoluções, isto é, formalizadas por ato específico (entrevista com assessores da SES/MT).

Esse foi o segundo mecanismo utilizado pela gestão estadual, para proporcionar as condições técnicas e políticas necessárias. A Resolução CIB/MT N° 003/95 deu início ao processo regionalizado de programação, controle e avaliação, no âmbito da atenção ambulatorial e hospitalar, e estabeleceu ainda que a regionalização deveria ser realizada de forma gradual, com a participação da CIB (SES/MT, 2000a). Tal decisão condicionou de forma favorável a pactuação e a participação da CIB/MT na organização regional. Com a aprovação desse modelo, os gestores mato-grossenses decidiam, em última instância, quanto à modalidade de funcionamento dos processos de planejamento, de programação, de avaliação e de controle.

A reorganização da estrutura do órgão gestor estadual em curso e a constituição das CIB regionais consolidam-se no espaço regional, que é incrementado com a realização da programação integrada, a organização do sistema de referência, a execução do controle e avaliação, a reengenharia dos pólos de saúde e os consórcios intermunicipais, conforme descrito à frente. Tais processos tanto impulsionam a organização municipal quanto condicionam a articulação intergovernamental nos consórcios e, por fim, favoreceram o avanço da descentralização.

### 4.3 – Realização da Programação Pactuada e Integrada (PPI)

Mais lenta e complexa, a programação integrada da assistência ambulatorial e hospitalar foi o terceiro mecanismo que a SES/MT ativamente utilizou para estimular o processo de descentralização pela via da regionalização.<sup>32</sup> No caso de Mato Grosso, a programação das ações ambulatoriais e hospitalares ocorreram em momentos distintos, devido tanto às informações disponíveis para dar base à programação em si mesma, quanto à necessidade de definição e de acordo dos parâmetros para programar a atenção hospitalar e ambulatorial. Algumas características de concepção do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), tais como o tipo e a extensão dos dados, a não identificação procedimento-usuário e o nível de agregação, retardaram e tornaram mais complexas, na prática, a eleição de parâmetros para esse nível de assistência.

---

32. A programação prevista desde a NOB/93 e reforçada na NOB/96 funcionou como um *ícone* que, ao ser adotado pelos gestores, daria *racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades* (NOB/96, item 9). Coerente com a lógica universalista das normas, foi elaborado um modelo de programação denominado *Programação Pactuada e Integrada (PPI)*, cujo *formulário* seria aprovado na CIT. Contudo, apesar de esforços de todos, decorridos quatro anos de vigência da NOB/96, não se logrou consenso quanto à forma desse instrumento. Contudo, o processo de programação avançou em vários Estados da federação, os quais desenvolveram instrumentos próprios e os utilizaram para o planejamento da assistência ambulatorial e hospitalar, bem como para a negociação da distribuição dos recursos financeiros federais e estaduais entre os municípios.

Quando os parâmetros para a assistência ambulatorial no Estado foram aprovados, começou a ser realizada a programação das ações ambulatoriais no Município de Cuiabá e nas regionais de saúde (Resolução CIB/MT Nº 007/97).<sup>33</sup> Na CIB, também, os gestores acordaram que tais parâmetros seriam estabelecidos a partir da análise dos dados da produção, no período de setembro de 1995 a setembro de 1996, e com base na antiga Portaria/Inamps Nº 3046/82, considerando a capacidade instalada e os recursos humanos disponíveis. Como alguns consórcios já estavam atuando no interior do Estado, os gestores decidiram, na CIB/MT, que todos os serviços prestados passariam a constar da programação da assistência, com a indicação da população de referência (SES/MT, 2000a).

Quanto à organização da atenção hospitalar, o processo pareceu mais simples, visto que, apesar de envolver mais recursos financeiros, o Sistema de Informações Hospitalar do SUS (SIH/SUS) dispunha de acervo de dados sobre esse nível de assistência, favorecendo a discussão e o estabelecimento de parâmetros físicos (quantitativo de ações). No caso de Mato Grosso, já em 1996, foram definidas rotinas e fluxos de referência, mediante resolução da CIB, que dispunha sobre troca de laudos médicos por AIH. Essa gerência da atenção hospitalar era feita em âmbito regional com um instrumento precursor da *câmara de compensação* – embora existissem câmaras nos Pólos Regionais de Rondonópolis e de Cáceres, criadas pela Resolução CIB/MT Nº 009/95 –, com a participação das CIB e dos municípios que tinham a gerência das AIH, de acordo com a Resolução CIB/MT 002/96 (SES/MT, 2000a).<sup>34</sup> Os parâmetros para esse nível de atendimento foram, assim, ajustes de séries históricas e decorreram das negociações e pactos do processo de regionalização da atenção, organização da referência, constituição dos consórcios e definição de tetos.

A aprovação dos parâmetros da atenção ambulatorial e hospitalar forneceu os insumos para o processo de programação integrada e, no caso de Mato Grosso, a SES optou por realizá-la por meio de *grupo técnico*, integrado por representantes das CIB regionais, do Cosems/MT, da Fundação de Saúde de Cuiabá (Fusc) e da própria SES/MT<sup>35</sup>. Esse grupo foi incumbido, ainda, de apresentar proposta de normalização da referência para a assistência de média e alta complexidade (Resolução CIB/MT Nº 015/97). No ano seguinte, em 1998, o Estado concluiu a programação da assistência.

O conjunto de resoluções relativas aos diversos mecanismos mostra, fundamentalmente, o dinamismo da CIB/MT. A programação é, todavia, um tema de intenso dinamismo.

33. Vale notar que no *caput* dessa Resolução, está referido que os parâmetros estabelecidos eram para a cobertura ambulatorial e, no Anexo I, constam parâmetros para a cobertura ambulatorial e hospitalar (SES/MT, 2000a).

34. A gradualidade da implantação da descentralização no SUS permitiu a existência simultânea de situações variadas de gerência (administração) e gestão (política, administrativa e financeira) das cotas hospitalares por parte dos municípios, em decorrência de decisão acordada entre Estado e municípios na CIB. Em alguns casos, foi estabelecido que o município, independentemente da condição de gestão, teria a gerência da cota de AIH, o que significava o conhecimento, por parte de gestor municipal, do número dessas Autorizações destinado para a população municipal e a distribuição entre os prestadores de serviços do território, bem assim a cota de referência. Com respeito a essa última, ao gestor municipal era delegada a responsabilidade de autorizar a emissão da AIH de referência pelas regionais de saúde, a partir de laudos médicos. O processo era denominado gerência, porque não implicava no manejo dos recursos financeiros correspondentes.

35. Para a gestão da saúde no Município de Cuiabá, foi constituída pelo governo municipal, há alguns anos, a Fundação de Serviços de Saúde (Fusc).

mo e requer ajustes freqüentes. Assim, a Resolução CIB/MT N° 024/98 redefiniu os parâmetros da assistência ambulatorial, por município, com base na população estimada e contemplando a criação de novos municípios. A programação físico-orçamentária da assistência de média e alta complexidade, por sua vez, foi aprovada pela CIB, que ainda incluiu os critérios para a ficha cadastral dos consórcios intermunicipais de saúde (Resolução CIB/MT N° 030/98, de 20 de agosto de 1998). Naquele momento, em vários pólos já estavam em operação as *câmaras de compensação regionais* (SES/MT, 2000a).

#### 4.4 – Conformação do Sistema de Referência Estadual (SER)

A programação ascendente e integrada é, potencialmente, um mecanismo que busca equalizar as necessidades dos usuários e a oferta de serviços, frente aos recursos financeiros transferidos pelo nível federal. No caso de Mato Grosso, a programação incluiu os recursos dos municípios e do Estado, inclusive as ações realizadas pelos consórcios faziam parte da programação integrada. Além de organizar a atenção ambulatorial e hospitalar, a programação reforçou o modelo de organização da atenção, cujos fundamentos foram a atenção básica assegurada pelos municípios e o atendimento de referência, assegurado de forma regional pelos consórcios.<sup>36</sup>

Para muitos municípios, a prestação da atenção básica é o nível máximo de escala possível de ser garantido, sendo que a resolução desse nível de atenção fica comprometida, se não há disponibilidade para a referência aos outros níveis mais complexos. Os consórcios encontram sua razão de ser na solução dessa dificuldade comum dos municípios e ocupam função de prover meios para a prestação de serviços mais complexos e especializados em uma região, de acordo com as necessidades definidas na PPI e acordadas na CIBR.<sup>37</sup> Era urgente, então, definir fluxos entre os serviços e, para tanto, fazer operar um *Sistema Estadual de Referência* (SER).<sup>38</sup> O sistema de referência, no caso de MT, objetiva qualificar a prestação de serviços no SUS, mediante a organização do fluxo de pacientes na rede de serviços, interligando os sistemas municipais, regionais e estadual para realizar as ações de atenção básica e comunitária, de controle de enfermidades transmissíveis, de doenças crônico-degenerativas, de assistência especializada e de alta

36. A referência a partir dos consórcios tem funcionado ainda com algumas imperfeições, mas representa mudança significativa na busca de leitos de especialidades, na hierarquização e na integração da rede (entrevista com Diretora de Pólo Regional).

37. Os consórcios foram formalizados como *instrumento de organização da assistência à saúde no interior do Estado* pela Resolução CIB/MT No 021/98 (SES/MT, 2000a).

38. Sistema de referência é um artifício decorrente do processo de programação em sistemas de saúde organizados de forma hierarquizada. No caso de Mato Grosso, significa a regulação do atendimento executado fora e dentro do território de origem do paciente para assegurar a atenção integral, os recursos e o pagamento dos custos previstos, mediante a identificação da origem, do serviço prestado e encaminhamento a serviço existente na sede de origem do usuário. O fundamento desse sistema é garantir que o conjunto de serviços de saúde funcione como redes, com *porta de entrada* e interconexões previamente definidas. As câmaras de compensação são complementares ao sistema de referência, pois a essas compete transferir recursos financeiros entre municípios, após a realização da assistência a usuários, enquanto o sistema de referência normaliza o fluxo de pacientes ou trajetos de recursos para a assistência.

complexidade. As bases da organização da referência foram a programação pactuada e integrada e a sua implantação gradual (SES/MT, 1998 e 2000c).<sup>39</sup>

As informações da PPI, por sua vez, propiciaram a definição das unidades de referência, por níveis de complexidade, para suporte às prioridades da política estadual, a saber: programas estratégicos, enfermidades transmissíveis, enfermidades crônico-degenerativas, especialidades de média e alta complexidade. O Sistema Estadual de Referência (SER) dividiu o Estado em 15 microrregiões, acompanhando a regionalização dos consórcios, as afinidades geopolíticas e as condições de acesso. Em cada microrregião, existe um hospital de referência de natureza estadual, municipal ou filantrópica, cuja unidade foi priorizada para investimentos, reformas, contratação de pessoal e capacitação, com o objetivo de ampliar a sua resolução e adequar as finalidades, integrando-a ao SER.

As bases institucionais e a criação do SER, com objetivos de reorganizar o fluxo de pacientes na rede de serviços e garantir o atendimento, foram aprovadas na CIB (Resolução CIB/MT N° 021/98). Coordenado, controlado e avaliado pela SES e um grupo técnico interinstitucional (GTI), o SER realiza a conferência entre o que foi *programado* e o *realizado* – atividades programadas na PPI e a assistência efetivamente prestada – e propõe as correções necessárias para a superação de problemas eventualmente identificados. A regulamentação dos fluxos internos está orientada pelo estabelecido na regulamentação da CIB e dos próprios serviços, sendo os municípios orientados a informar qualquer alteração (inclusão, fechamento ou implementação de serviços), com vistas à atualização permanente do sistema estadual de referência. Para agilizar, as comunicações são via *internet* (SES/MT, 2000a).

A expressiva redução de encaminhamentos para Cuiabá tem sido indicador positivo da ação do sistema de referência, embora existam dificuldades ainda não superadas para o seu pleno funcionamento fora da região respectiva.<sup>40</sup> Os consórcios de saúde funcionam como *centrais de marcação de consultas e de regulação de fluxos* em decorrência do sistema de referência, fator que imprime uma lógica hierarquizada na organização regional, com definições claras de *porta de entrada* nos municípios, por intermédio da atenção básica e, na rede estadual, via consórcios (SES/MT, 2000c). Essas definições favorecem a redução de custos, inclusive sociais, porque distribui a demanda de acordo com disponibilidades mais racionais e indica a necessidade de melhorar o grau de resolução de cada região.<sup>41</sup>

39. As referências prioritárias foram: o atendimento de transplantes renais, urgência e emergência, gestante de alto risco e programas específicos da SES/MT (SES/MT, 1998 e SES/MT, 2000c).

40. Um dos fatores de dificuldade apontados foi o limite do número de AIH's programadas, implantado a partir de 1996, por resoluções da CIB/MT, em atendimento às decisões federais. Impostos de forma gradativa, tais limites forçaram tanto os municípios quanto as unidades aos ajustes às necessidades e à ampliação do grau de resolução de unidades que referenciam pacientes. A busca por maior grau de resolução dos níveis básico e intermediário, aliada ao mecanismo de compensações entre sistemas regionais, foi um meio de alcance do atendimento da necessidade estimada regional. Para isso, o pacto entre municípios e Estado foi um dos instrumentos adotados.

41. A central de regulação da referência ambulatorial e hospitalar mais importante é a da rede de serviços próprios, conveniados e contratados de Cuiabá. Criada pela Resolução 31/99, de 16 de agosto de 1999, essa central visa ao acompanhamento e à avaliação permanentes da PPI. Objetiva também controlar a oferta de vagas de leitos, exames e consultas, para integrar as atividades ambulatoriais e hospitalares e atender aos tratamentos fora de domicílio (TFD). Por se tratar de mecanismo para garantir o funcionamento da referência do interior para a capital, a gestão dessa central é compartilhada entre a SES/MT, o Cosems/MT e a Fundação de Saúde de Cuiabá (Fusc) (SES/MT, 2000a).

Centrais de marcação e de regulação são formas de controle do uso e da vaga de leitos de referência, bem como da disponibilidade de agenda de consultas e exames especializados, de acordo com o programado e o pactuado entre os gestores. Nas centrais, existe algum tipo de tecnologia (*internet*, telefone, *intranet*, rádio), que permite agendar previamente os serviços necessários ao usuário (exames, consultas especializadas ou ocupar leitos). Funcionam como regulação, porque estão sediadas em unidade de maior complexidade regional e controlam a indicação e a oportunidade dos encaminhamentos para outras unidades mais complexas fora da região, interligando serviços em rede. No caso de Mato Grosso, as unidades dos consórcios exercem esse papel.<sup>42</sup>

Já a *câmara de compensação* integra o sistema de referência como instrumento de realocação dos recursos financeiros ou para apoiar a organização da atenção regional, porque funciona como mecanismo de controle financeiro do fluxo de pacientes entre municípios.<sup>43</sup> No caso de Mato Grosso, a câmara de compensação estadual foi criada por resolução da CIB e constituída de parte das cotas municipais, programadas para cobrir atendimentos fora do município de origem; à semelhança da central de marcação, era gerenciada pelo consórcio de saúde, de acordo com a Resolução CIB/MT N° 001/98 (SES/MT, 2000a).<sup>44</sup> Segundo o estabelecido nessa Resolução, as cotas de internação correspondentes aos municípios teriam gerenciamento variado, a depender da disponibilidade de unidade hospitalar no município, do seu grau de resolução e da presença de consórcio.<sup>45</sup> A autorização de tratamento fora de domicílio (TFD), para fora do Estado, no entanto, seria sempre via câmara de compensação; o controle de fluxo de internação de indígenas, por seu turno, seria estabelecido pela Funai e, posteriormente, informado à SES/MT, conforme estabeleceu a Resolução CIB/MT N° 003/96 (SES/MT, 2000a).<sup>46</sup>

- 
42. Central de marcação, de regulação, de leitos ou de vagas não é um mecanismo previsto em normas do Ministério da Saúde, mas muitos municípios e Estados organizaram a referência dos atendimentos do interior para os centros e pólos, utilizando esse mecanismo. Na central, existem listas atualizadas da disponibilidade dos serviços estimados como necessários à população de referência, utilizados no momento de encaminhar pacientes, dispensando, assim, a negociação caso a caso. Na prática, a central regula o encaminhamento de paciente, que passa a ser feito serviço-serviço, com base na programação prévia e disponibilidade atual e não mais na busca espontânea ou errática do usuário
43. Ainda que não estabelecida nas Normas de descentralização, a *câmara de compensação* foi criada pelos próprios gestores e está presente em vários Estados, respondendo à demanda de regulação dos atendimentos de referência, gerador de copiosos custos sociais. São compostas de cotas de atendimento, que se originam de parte da programação integrada – geralmente aquela correspondente à atenção de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial – que não é atendida no município de origem. Cada cota é trocada na *câmara* por laudo médico dos municípios de origem e o atendimento prestado é *compensado* com os recursos previstos nos tetos municipais dos municípios de origem, para cobrir esses tipos de atendimento. Acordos prévios podem definir que parte da cota de referência seja incorporada na programação ao montante do município de atendimento. O conjunto de cotas dos municípios da região compõe, finalmente, a *câmara de compensação regional* e objetivava garantir o acesso daquelas populações aos atendimentos mais escassos sem necessitar negociação caso a caso. A agenda era via central de vagas e a compensação, posterior ao serviço prestado.
44. Resolução CIB/MT No 010/00 dispõe sobre a ampliação da competência dessas Câmaras para a Compensação de Consultas Especializadas, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT), órteses, próteses e medicamentos de alto custo, definidos na PPI (SES/MT, 2000a).
45. Outra Resolução, CIB/MT No 006/00, dispõe sobre a definição do teto físico do SIH/SUS por municípios em MT, estabelecendo que o teto municipal anual será composto por 7% da população residente, gerenciado pelo município; 1,5% da população residente, gerenciado pela câmara de compensação regional; 0,5% da população residente, gerenciado pela câmara de compensação estadual (SES/MT, 2000a).
46. A Resolução CIB/MT No 039/99 estabeleceu as unidades de referência para o atendimento aos indígenas (SES/MT, 2000a).

## 4.5 – Organização de Câmaras de Auditorias Regionais (CAR)

O Sistema Estadual de Auditoria (SEA) de Mato Grosso foi criado em 1997 e manteve estrutura organizacional e de funcionamento bastante similar às do Sistema Nacional de Auditoria, com fluxos e documentos já instituídos na regulação anterior.<sup>47</sup> A Resolução CIB/MT N° 006/97 dispõe sobre a implantação das câmaras de auditoria regionais, em municípios ainda sem condições de executar ações de controle, avaliação e auditoria nos serviços de seu território (SES/MT, 2000a). Essas câmaras seriam compostas por dois representantes da SES e dois do Cosems, mais um suplente de cada uma dessas instâncias, que executam as atividades (quando comprovadas irregularidades na aplicação de recursos, encaminhavam à CIBR para apuração). A SEA, quando constatava a malversação dos recursos públicos, aplicava as sanções previstas em lei. A Resolução CIB/MT N° 008/97 define as competências do SEA e da auditoria municipal (SES/MT, 2000a).

## 4.6 – Implantação dos cinco mecanismos: morfologia do espaço regional

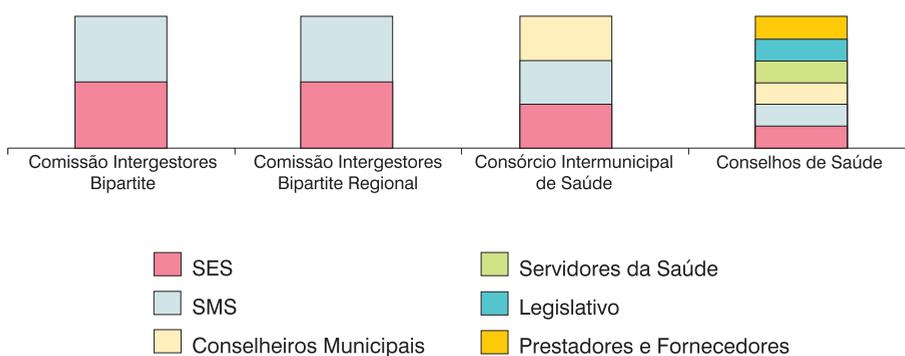
A conjugação dos mecanismos vistos acima – reestruturação do organismo gestor, implantação das Comissões Intergestores Bipartites Regionais, elaboração da programação pactuada e integrada, a definição do sistema estadual de referência, a constituição das câmaras de auditoria regional – foram instrumentos facilitadores da *reengenharia dos pólos regionais de saúde*, no processo de organização regional. Essa reengenharia significou tornar os pólos atuantes nas novas funções de assessoria, planejamento, gerenciamento, controle e avaliação, como estruturas desconcentradas da SES/MT existentes nas regiões. Para tanto, houve investimento por parte da SES/MT no fortalecimento da capacidade das equipes técnicas, de modo que pudessem prestar cooperação aos municípios, o que propiciou ao Estado o exercício de papel coordenador regional de ações desenvolvidas em conjunto com os municípios, bem como a prática dos incentivos para a descentralização.

Nos pólos regionais, foram organizadas pelos municípios, com a assessoria da SES/MT, as Comissões Intergestores Bipartites Regionais. Essas viabilizaram a negociação e a pactuação, que resultaram na discussão e na definição da programação integrada, na implantação das centrais de regulação e das câmaras de compensação, para regular o fluxo regional de pacientes entre os serviços e na organização da câmara regional de auditoria, para a avaliação e o controle dos serviços regionais. Os municípios de um pólo ou microrregião foram ainda estimulados a organizar consórcio em saúde, para, mediante a cooperação, gerar benefícios a todos. Os incentivos foram financeiros, implantação de projetos prioritários, redirecionamento de investimentos e descentralização de recursos. Ademais, a capacitação e o apoio político da SES/MT.

47. Decreto Estadual No. 1473, de 12 de maio de 1997, institui o Sistema Estadual de Auditoria do Sistema Único de Saúde e aprova o regimento de sua atuação junto ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

A implantação dos mecanismos para a consecução da política de saúde resultou, em última instância, na construção de novas relações dos municípios entre si, desses com o Estado, com os prestadores e com a sociedade. A Figura 1 busca ilustrar alguns espaços institucionais de negociação, controle e pacto setoriais existentes em uma região, com os respectivos agentes integrantes. A transferência de decisões para espaços regionais pode ser vislumbrada como a possibilidade de ampliar a participação de atores e ativar estruturas de articulação e negociação previstas no SUS, entre outras. As estruturas formais têm composição e função distintas, embora, em muitos casos, sejam os mesmos atores ou combinações diferentes desses. O conselho de saúde segue configurando-se como a instância com representação mais ampliada de segmentos de governo, sociedade e prestadores. A complexidade da negociação regional parece refletir a necessidade crescente de aprofundamento da discussão e da decisão, que a cooperação entre os governos vai impondo.

Fig. 1 – Atores e Âmbitos de Negociação em Saúde em Mato Grosso, 2000



Elaboração própria

Finalmente, o funcionamento integrado, no pólo regional, dos cinco mecanismos abordados anteriormente, gerou duas transformações políticas fundamentais no Estado de Mato Grosso: consensos regionais prévios às demandas encaminhadas à gestão estadual e a gerência cooperativa de sistemas. Tais transformações decorrem do fato de que a edição dos mecanismos possibilitaram que os municípios tivessem espaços reais de discussão e de construção de consensos, para orientar e articular suas demandas à gestão estadual. Desse modo, afastaram, formalmente, a possibilidade de adoção de soluções atomizadas ou isoladas, as quais fragmentam os investimentos no sistema estadual de saúde (Mendes, 1999a).

A gerência cooperativa da atenção de referência pelo conjunto de municípios consorciados resultou em uma forma de regulação interna ao sistema, que se expressou na formalização de compromisso entre os governos. A partir do modelo pactuado, os municípios passam a comprometer-se a garantir, no mínimo, a atenção básica em seu território e, em contrapartida, teriam a referência de atendimento especializado, definida e garantida pelo consórcio.<sup>48</sup> A demanda de cada município por serviços de referência

48. Todos os municípios de Mato Grosso têm Pacs e 89 deles, equipes de saúde da família (ESF); considerando que, de acordo com a população, a maioria dos municípios de Mato Grosso não possui viabilidade para serviços de maior complexidade (Levcovitz, 1997), é esperado que a questão da referência para esse atendimento seja mobilizadora da cooperação intermunicipal.

regional indicava, em certa medida, o grau de organização da atenção básica. Como a assistência prestada pelo consórcio é previamente programada e custeada pelo conjunto de municípios, o compromisso de cada governo municipal frente ao conjunto de municípios é permanentemente checado, segundo o princípio implícito na cooperação de controle mútuo.<sup>49</sup>

As transformações geradas com a implantação dos mecanismos descritos implicaram, por fim, na recomposição do tipo e da amplitude das decisões entre os atores local, regional e estadual (Quadro 1). Com a reorganização regional, a discussão, a negociação e a decisão quanto a uma série de atividades foram transferidas para o espaço regional, vindo a conferir mais autonomia e efetividade à descentralização. Na representação do Quadro 1, por espaço regional foi entendido o conjunto de municípios junto com o Estado, a SES/MT. Nos cinco aspectos destacados, referentes à organização regional da atenção, observa-se que a maior autonomia de decisão está no âmbito regional.

QUADRO 1  
Autonomia dos Espaços de Decisão, em Mato Grosso, 2000.

| ESPAÇOS DE DECISÃO | AUTONOMIA DE DECISÃO                          |                             |                             |                                  |                              |
|--------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|
|                    | Gerência da Unidade de Referência Consorciada | Pactuar recursos e serviços | Programar e integrar a rede | Definir encaminhamentos e fluxos | Controlar, avaliar e auditar |
| Municipal          | +   | +                           | +                           | +                                | +                            |
| Regional           | ++  | +++                         | +++                         | +++                              | +++                          |
| Estadual           | ++  | +                           | +                           | +                                | +                            |

Fonte: Elaborado com inspiração em Bossert, 1998.

Observações: os graus revelam diferenças na extensão da transferência de atributos de decisão em cada ação.

+ Baixa: decide sobre os interesses individuais e necessidades

++ Média: decide sobre aspectos especiais que impliquem o conjunto de necessidades

+++ Alta: decide todos os aspectos referentes a maioria das necessidades.

49. A cooperação ocorre, quando agentes se empenham em empreendimento conjunto, para o qual são necessárias ações definidas de cada um, estabelecidas previamente em espécie de *contrato*, embora o conjunto de regras e acordos possa desenvolver-se no decorrer da interação cooperativa. Em certo sentido, a cooperação leva à monitoração entre os agentes cooperadores das ações, uns dos outros, porque o resultado da cooperação envolve a execução da parte de cada um no *contrato*. A ação cooperativa inclui, portanto, certo grau de risco e de fragilidade, em que a confiança no cumprimento da regra do jogo pelo outro seria o ingrediente fundamental para contrapor às incertezas. A complexidade sociológica do tema da cooperação, todavia, é ressaltada com a inclusão da questão da confiança. No campo das ciências econômicas, por sua vez, a confiança é equiparada a um recurso, escasso e não reproduzível à vontade. Outras correntes contestam essa posição e demonstram que a confiança não seria como os demais recursos, porque, ao contrário, se esgota se não for usada, e pode ser produzida. Cooperação e confiança interagem permanentemente de variadas formas no cotidiano; contudo, para se obter cooperação, a confiança mútua sempre está implícita. Ainda que a cooperação possa ocorrer sem a confiança, no fim, influencia de modo positivo a confiança. Entre outros motivadores da cooperação está o cálculo, pelos agentes, das perdas, no fracasso da cooperação, nas interações presentes e futuras. (Segundo verbete *confiança e cooperação*, do Dicionário do Pensamento Social do Século XX Editado por W. Outhwaite e T. Bottomore, Jorge Zahar Editores, RJ, 119 e 120).

## 5 – REENGENHARIA DOS PÓLOS REGIONAIS: REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A proposta política do Estado de Mato Grosso para a implantação da descentralização teve, então, como fundamento, a morfologia (organização) do sistema de saúde, de acordo com os marcos contidos na NOB/96, e utilizou mecanismos previstos no SUS, como os consórcios e as instâncias de pactuação, controle e avaliação, para criar alianças em espaços regionais (CIB Regional, PPI, SER e CAR). Ao transferir o planejamento, a regulação e a monitoria do sistema para o âmbito regional, a proposta ativou estruturas promotoras de consensos intergovernamentais e desses, com os prestadores e a sociedade (CIBR, conselhos municipais e consórcio). A arquitetura dos pólos regionais de saúde, por sua vez, teve dois eixos estruturais: a organização da atenção básica, a ser desenvolvida pelo município, e a organização da atenção especializada, a ser compartilhada entre um conjunto de municípios e o Estado, nos consórcios. Cada município, dentro dos marcos do novo modelo, responsabilizar-se-ia pela atenção básica de sua população, valendo-se, para tanto, de programas como o PACS e o PSF. Com a demanda de atenção básica organizada e atendida, restava a organização da referência da atenção especializada - de escala econômica distinta - a qual carecia da cooperação intergovernamental e, na modalidade proposta, o instrumento foi o consórcio. Para promover a adesão dos municípios a esses eixos, o Estado destinou incentivos financeiros às prefeituras e conferiu prioridade aos investimentos em regiões que abrigavam consórcios.

64

Se os eixos deram os traços de conformação dos pólos, os mecanismos utilizados para fomentar a organização da atenção básica e de referência, tratados anteriormente, forneceram o seu conteúdo. Criados em 1992, por Decreto Estadual, os nove pólos existentes até o ano de 2000 atuavam como entes desconcentrados, exercendo funções restritas à distribuição de medicamentos e de vacinas. Até 1995, portanto, os pólos não executavam atividades de cooperação técnica com os municípios ou atuavam na organização da atenção à saúde, ainda que estivessem presentes em todo o interior do Estado.<sup>50</sup>

A transformação desses pólos em espaço de *decisão concertada*, aqui denominada *reengenharia*, foi um processo ocorrido a partir de 1995, decorrente da implantação da política de saúde estadual, de descentralização pela via da regionalização. Na prática, significou que estruturas desconcentradas do governo estadual fossem reatualizadas com finalidades de supervisão, coordenação e assessoria aos serviços de saúde exis-

50. A partir de 1995, portanto, para albergar o desenvolvimento da política de saúde, a estrutura dos pólos regionais foi revista em face às prioridades de descentralização da gestão assumidas pelo governo, buscando caracterizá-los como instâncias de operacionalização da cooperação para a mudança no sistema. Com a transformação, os pólos passavam a assumir, em âmbito regional, atribuições coerentes com a execução e a coordenação de funções da gestão estadual, tais como: (i) a identificação de necessidades de profissionais e realização de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, (ii) a detecção de necessidades de geração de informações para avaliação de desempenho e crítica das ações, (iii) a elaboração de relatórios técnicos e gerenciais, (iv) a assessoria para a implantação de consórcios, (v) a assessoria para a implantação e a implementação de conselhos municipais de saúde, (vi) a participação ativa nas câmaras regionais de compensação de AIH; (viii) e a participação na CIB regional (SES/MT, 1998)

tentes na região de abrangência. Os pólos regionais passaram então a funcionar como *sede da articulação e integração intergovernamental* (SES/MT, 1998).<sup>51</sup>

## 6 – BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR –ANS, 2001. *Distribuição Geográfica dos Beneficiários do Brasil*, Rio de Janeiro, ANS, mimeo.

ARRETCHE, M. T. S., 2000. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Editora Revan.

ARRETCHE, M. T. S., 1999. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(40):111–141.

BRASIL, 2000. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Pnad – 1999 – Síntese de Indicadores 1999*. Rio de Janeiro: IBGE.

GAZETA MERCANTIL, 2000. *Balanço Anual, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul*, Novembro de 2000, ano III, N° 3.

GIOVANELLA, L., LOBATO, L. de V.C., CARVALHO, A. I. de, CONILL, E.M. & CUNHA, E. M. da, 2000. *Integralidade da Atenção em Sistemas Municipais de Saúde: metodologia de avaliação e intervenção*. Relatório de Pesquisa, Programa de Pesquisa Estratégica – Papes – Enp, Fiocruz, Rio de Janeiro.

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO, 2001. *Curriculum do Governador Dante Martins de Oliveira* disponível em [www.mt.gov.br](http://www.mt.gov.br), consultado em março de 2001.

LAVRAS, C. C. C., 1999. *Relatório Referente às Atividades de Consultoria Desenvolvidas junto à Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso–Brasil*. Projeto Apoio à Reforma do Sistema Único de Saúde Componente Federal, mimeo.

LEVCOVITZ, E., 1997. *Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS–um estudo das reformas da política nacional 1974–1996*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MENDES, E. V., 1999a. *Uma Agenda para a Saúde*, São Paulo: Editora Hucitec, 2ª edição.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. *Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: s/ ed.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996. *Portaria MS/GM 2203 – Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela gestão do cidadão*.

---

51. A SES/MT realizou investimentos para capacitação permanente de equipes lotadas nos pólos, para atender, em nível regional, demandas dos municípios, à medida em que assumiam responsabilidades. A partir do pólo, a capacitação foi estendida aos governos municipais, consoante à Resolução CIB/MT N° 002/97 (SES/MT, 2000a). No mesmo período, foram capacitados conselheiros municipais de saúde e realizada a formação, na lógica de território regional, de auxiliares de enfermagem e outros profissionais de saúde. De acordo com a *IV Oficina para Avaliar Prioridades e Repactuar Compromissos Rumo à Gestão Plena da Saúde*, realizada pela SES/MT, em abril de 2000, no *Projeto de Capacitação de Conselhos de Saúde e Sociedade Civil*, foram capacitados 1.642 conselheiros, oriundos de mais de 90% dos municípios de MT (SES/MT, 2000c).

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2000. *Assistência Hospitalar no SUS 1995/1999*, Brasília: s/ ed.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1995. *Segundo Relatório sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde*, mimeo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1995a. *Terceiro Relatório Sobre o Processo de Organização da Gestão da Assistência à Saúde: A Programação Hospitalar Integrada-1995*, mimeo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2000c. *Consulta Pública Nº 1 de 08 de dezembro de 2000*, mimeo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 1997. *Dados da Habilitação NOB/93*, mimeo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 1999. *Gestão Estadual do SUS – Tendências e Perspectivas*, Relatório Final do Seminário realizado em Brasília, outubro, mimeo.
- OUTHWAITE, W. e BOTTOMORE, T., 1996. *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 2000a. *Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite-1995 a 1999*, Série Legislação da Saúde em Mato Grosso, Número 4, Cuiabá: s/ ed.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 2000b. *Leis e Decretos-Organização da SES*, Série Legislação da Saúde em Mato Grosso, Número 2, Cuiabá: s/ ed.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 2000c. *Avaliação da Política de Saúde do Estado de Mato Grosso-1995/1998*, Cuiabá: mimeo.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 2000d. *Plano Estadual de Saúde 2000—2003*, Cuiabá: s/ ed.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 1998. *Saúde em Números 4*, Cuiabá: s/ ed.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, s/data. *Ações da SES*, www.saude.mt.gov.br em junho de 2000.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, s/data a. *Consórcios-Informações*, www.saude.mt.gov.br em junho de 2000.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, s/data c. *O SUS Reconhecido*, Cuiabá: s/ ed.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 2000. *Projeto para a Implementação do Sistema de Microregionalização de Ações e Serviços de Saúde no Estado de Mato Grosso*, mimeo.
- SOUSA, M. F. de, 2000. *Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate*, Número 21:7-14.
- UNIVERSIDADE DE CAMPINAS — UNICAMP, 1999. *Caracterização e Tendências da Rede Urbana do Brasil*. Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Coleção Pesquisas 3, Volume 1 e 2, Campinas: s/ed.

# III – O Papel dos Escritórios Regionais de Saúde no Processo de Descentralização e Regionalização do SUS em Mato Grosso – 1995 a 2001

---

Amaury Ângelo Gonzaga<sup>52</sup>

## 1 – INTRODUÇÃO

Analisar o processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde em Mato Grosso, muito embora estabelecida enquanto meta a ser perseguida a partir de 1995 para o desenvolvimento da Política Estadual de Saúde, implica, entre outros aspectos, em caracterizar o papel desempenhado pelas estruturas desconcentradas da Secretaria de Estado da Saúde (SES), hoje consolidadas nos Escritórios Regionais de Saúde (ERS).

Enquanto unidades desconcentradas da SES, por um lado têm a responsabilidade de atender as demandas diretas dos municípios com todas as suas dificuldades e interesses e, por outro, a correspondente demanda das áreas mais centralizadas da SES, na indução do desenvolvimento da política Estadual. Pensar então sob este prisma significa contextualizar estas estruturas regionais no que diz respeito ao seu papel para o processo de descentralização e reorientação para a política proposta e, ao mesmo tempo, explicitar as dificuldades enfrentadas e os conflitos decorrentes da dupla entrada de demandas.

A abordagem que se pretende apresentar neste documento é a de destaque da evolução da Política Estadual de Saúde, sob a ótica das estruturas administrativas regionalizadas da SES, a partir dos processos ocorridos desde 1995 até 2001 e expressos nos documentos produzidos pelos ERS e pelo nível central da SES, oficinas de trabalho de programação e relatórios anuais de avaliação, na perspectiva de transparecer a ótica desse agente na política estadual de saúde.

---

52. Enfermeiro, Mestre em Enfermagem e Saúde Coletiva. Superintendente Adjunto de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Ao se analisar os documentos produzidos a partir de 1995, pode-se caracterizar o processo de evolução da descentralização e regionalização do SUS em Mato Grosso em três períodos distintos, ou seja, um primeiro período, que compreende os anos de 1995 a 1997, que se caracteriza pela fase de reorganização e estruturação dos ERS; um segundo período, entre 1997 e 1999, caracterizado pela intensificação do processo de cooperação técnica aos municípios para organização da atenção básica e processo de gestão; e um terceiro período, a partir de 2000 até o momento atual, caracterizado pelo processo de integralização da política microrregional de saúde. Assim, procura-se, neste documento, destacar as principais características dos processos da política de saúde, implementados nestes períodos, sob o ponto de vista da evolução dos ERS e sua importância no processo de organização do SUS em Mato Grosso.

Mesmo entendendo que em qualquer análise não transpareça toda a riqueza dos processos ocorridos ao longo deste período, cabem aqui as desculpas pelas omissões e lapsos que porventura possam ocorrer, tendo em vista o caráter de síntese aqui proposto, na perspectiva de caracterizar o papel dos ERS, no processo de desenvolvimento e organização da Política Estadual de Saúde em Mato Grosso.

## 2 - PERÍODO DE REORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE: RECUPERANDO A CAPACIDADE DE ARTICULAÇÃO REGIONAL

68

Como abordado na introdução deste capítulo, o marco referencial para a orientação da Política Estadual de Saúde foi o documento intitulado “Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários”, consolidado em julho de 1995, no qual se propunha, entre outras, as diretrizes para o processo de regionalização, descentralização e organização e novos modelos assistenciais.

Tendo em vista esta diretriz, coube então o estabelecimento das medidas prioritárias para o desenvolvimento desta estratégia, considerando que, neste momento, haviam implantados na estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, nove Pólos Regionais de Saúde<sup>53</sup>, ou seja, Barra do Garças (14 municípios), Cáceres (18 municípios), Diamantino (13 municípios), Juína (5 municípios), Porto Alegre do Norte (10 municípios), Rondonópolis (17 municípios), Sinop (25 municípios), Tangará da Serra (11 municípios) e Cuiabá (13 municípios).

Cabe salientar que foi debatido naquele momento, no grupo de condução da Secretaria de Estado de Saúde, a real necessidade da manutenção destas estruturas desconcentradas, já que não tinham qualquer finalidade estratégica, a não ser a distri-

---

53. Os Escritórios Regionais de Saúde receberam esta denominação a partir de maio de 2001, quando houve a reestruturação administrativa da Secretaria de Estado da Saúde. Até este período, a denominação era de Pólos Regionais de Saúde. Da mesma forma, o cargo de dirigente do Pólo era o de Diretoria e, posteriormente, de Chefia. Utilizarei a nomenclatura de Escritórios Regionais de Saúde, exceto nas citações onde manterei o nome original.

buição de alguns insumos aos municípios e, além do mais, haviam sofrido um processo de sucateamento, de tal forma que a relação custo benefício, na sua reestruturação, passou a ser objeto de questionamentos, enquanto uma estratégia viável.

Estruturas administrativas regionalizadas e regulamentadas pelo Decreto Estadual nº 1.201, de 29 de janeiro de 1992, hierarquicamente vinculadas diretamente ao Gabinete do Secretário e com a finalidade de supervisionar, coordenar e assessorar os serviços de saúde pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde e/ou municipais, na sua área de abrangência, os Pólos Regionais de Saúde, entretanto, tendo em vista a perda de identidade das Secretarias de Estado de Saúde, no advento das Normas Operacionais e a falta de uma política estadual eficaz e orientada ao processo de descentralização, abriu espaço para práticas clientelistas na redistribuição de atribuições, recursos e produtos, bem como a inexistência de programas de apoio e cooperação técnica aos municípios, com vistas à construção de novos modelos assistenciais.

A exemplo disto, destaca-se o primeiro Ofício Circular nº 001/SS/GS/95, de 12/01/95, do gabinete do Secretário de Estado da Saúde, que solicita dos Pólos Regionais de Saúde uma avaliação da situação em que se encontravam e, em resposta, além da descrição dos problemas relacionados à infra-estrutura (situação da sede, material de escritório e veículos), outro aspecto marcante foi a caracterização do nível de descompromisso do nível central para com estas estruturas, como se observa nas frases seguintes:

“... durante este período (91 a 94), o Pólo Regional de Cáceres, pela própria consequência da sistemática de trabalho desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde, ficou praticamente alheio a mudanças e atividades que foram acontecendo, pois se criou uma ligação direta entre os municípios que pertencem à esta Regional e a Secretaria de Estado da Saúde. Com isso, a função essencial do Pólo, que é a de prestar assessoramento aos municípios, ficou muito aquém pela falta de preparação e qualificação de nossos técnicos, principalmente financeiros para desenvolver atividades” (ERS, CÁCERES, 1995).

“... esta instituição (Pólo) passava por uma credibilidade muito grande, resultado de um processo de descentralização de ações de saúde de forma não programada... Simplesmente ocorreu em determinado período o repasse do Estado de toda a capacidade instalada e recursos humanos, sem, no entanto sequer se preocupar em prepará-los (municípios) para assumir o controle das ações... despreparados histórica, técnica e financeiramente e também não contando com a parceria e cooperação dos Pólos Regionais... restando a eles trabalhar de forma improvisada recebendo assessoria diretamente da Secretaria Estadual de Saúde. E o Pólo Regional? Continuou a existir, mantida à parte do processo... sem apoio, incentivos e recursos sua infraestrutura física foi sucateada e seu pessoal técnico desmotivado e acomodado pelo não reconhecimento e descrédito da comunidade em geral” (ERS, BARRA DO GARÇAS, 1995).

“Sentimos que somos excluídos do nível central em algumas informações: cursos, seminários, reuniões, capacitação de pessoal etc. Somos procurados para fornecer informações técnicas a respeito dos Programas, mas encontramos dificuldades em repassar tais informações, pois estamos desatualizados. O Pólo tem

atendido aos municípios simplesmente e unicamente por telefone” (ERS, DIAMANTINO).

Nestes relatos, além da crítica ao processo, a estratégia de desconcentração adotada para o repasse das unidades de saúde e recursos humanos para os municípios, sem qualquer apoio à organização dos municípios, é marcante a ausência da SES na descaracterização dos ERS, enquanto uma estratégia viável, para superar as dificuldades identificadas no processo.

“O Pólo Regional de Saúde de Diamantino está restrito a pouquíssimas atividades. Dentre elas estão os Programas Básicos de Saúde, apenas repassando medicamentos de cada programa e consolidando dados, quando nos são enviados. Ressalvamos que alguns municípios passam informações diretamente ao nível central, deixando assim, os nossos dados incompletos e irrealistas em relação aos da Central” (ERS, DIAMANTINO, 1995).

O que se observa é um completo distanciamento entre o Nível Central da SES e os Escritórios Regionais, situação da qual se infere que o processo de municipalização vinha ocorrendo com a completa ausência do Governo Estadual, o que refletia a ausência de uma articulação supramunicipal e regional.

Descaracterizado o papel do Estado no processo da prestação direta da atenção básica à saúde, o repasse das unidades básicas de saúde e a cessão de profissionais lotados nestas unidades aos municípios, os Pólos Regionais de Saúde sofreram, além da perda de identidade, um grave sucateamento, além da amarga atribuição de entrepostos para distribuição de vacinas e medicamentos, revelando, assim, um completo distanciamento do seu papel gerenciador dos espaços supramunicipais.

Em todos os relatórios apresentados pelos Pólos Regionais, foram marcantes as manifestações da carência na reforma e adequação da estrutura da sede do regional.

Os atrasos salariais e o despreparo dos profissionais disponíveis, quanto aos aspectos técnicos e políticos, influíram em relação à política de saúde proposta pelo SUS. Assim, este aspecto se apresenta como uma das prioridades a serem estabelecidas para o processo de descentralização, preconizado a partir de então.

Em abril de 1995<sup>54</sup>, foram formuladas as bases conceituais e estratégias para a condução do processo de descentralização e os mecanismos de Cooperação Técnica e

54. Relatório da reunião realizada em 25 de abril de 1995, que tratou da elaboração das bases conceituais e encaminhamentos para a formulação do Projeto de Cooperação Técnica como estratégia de implementação do processo de descentralização, mesmo entendendo que, naquele momento, alguns problemas precisariam ser solucionados:

- a) escassez de recursos para investimento em curto prazo;
- b) dificuldade para constituir quantitativa e qualitativamente as equipes dos pólos regionais de saúde;
- c) a dificuldade na coleta, processamento, e utilização e socialização das informações sobre os serviços de saúde;
- d) os problemas na organização e hierarquização da atenção terciária como demanda intermunicipal;
- e) a dificuldade no planejamento das ações e serviços em nível municipal (caracterizada como demanda técnica);
- f) a baixíssima resolutividade dos Conselhos Municipais de Saúde;
- g) a ausência de metodologia pedagógica que constitua a base do planejamento local, regional e Estadual.

diretrizes para o papel dos Escritórios Regionais de Saúde, no apoio ao processo gerencial e organizacional das Secretarias Municipais de Saúde. Compreendia duas premissas básicas para a Cooperação Técnica: ARTICULAÇÃO E INFORMAÇÃO. Orientou-se para atender algumas estratégias:

- a) alteração do modelo de atenção à saúde dos municípios;
- b) condução do processo de definição de referências regionais e da negociação entre os gestores municipais;
- c) desenvolvimento das formas de controle social;
- d) levantamento de problemas, definição de prioridades, definição da política de recursos humanos;
- e) programação da política de ações de saúde, em nível regional;
- f) acompanhamento da programação e avaliação da execução das ações, considerando-se os parâmetros regionais e estaduais;
- g) articulação política, gerencial e técnica, em nível regional;
- h) sistematização de informações em nível regional;
- i) identificar parceiros regionais e locais, para implementação das prioridades programadas.

Para estas estratégias, foram destacadas algumas diretrizes operacionais, para consolidar uma nova identidade da Secretaria de Estado da Saúde, dando ênfase à redefinição de um novo papel dos Escritórios Regionais de Saúde:

- 1) Recuperar o papel dos Pólos Regionais de Saúde, como espaço privilegiado para operacionalização da cooperação técnica, destacando as seguintes ações:
  - a. Planejamento e programação regionais;
  - b. Incentivo às parcerias entre Estado e Municípios;
  - c. Operacionalização do Sistema de Referência de ações e serviços de maior complexidade;
  - d. Descentralização e Regionalização do processo de capacitação de Recursos Humanos;
  - e. Implantação dos Sistemas Municipais de Informação em Saúde;
  - f. Implantação de mecanismos de gestão colegiada;
  - g. Implantação de processos de planejamento, controle e avaliação permanentes, utilizando indicadores de impacto sobre a saúde;
  - h. Assessoria aos municípios na construção de novos modelos assistenciais e gerenciais.

A partir de então se iniciou um processo para a operacionalização destas diretrizes e foram definidas algumas medidas a serem implementadas em curto prazo, tendo como referência a organização dos espaços regionais, ou seja:

- 1) Definir o papel e a competência dos Escritórios Regionais de Saúde;
- 2) Divulgar as propostas da programação e o regimento dos Pólos para os municípios;
- 3) Levantar as informações existentes na Secretaria de Estado da Saúde e nos Municípios;

- 4) Articular e participar das programações regionais, juntamente com a Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite<sup>55</sup>;
- 5) Definir indicadores regionais (epidemiológicos e gerenciais);
- 6) Definir as prioridades a serem trabalhadas nos regionais;
- 7) Identificar outras demandas de relevância regional.

Tendo como referencial as estratégias da gestão, o planejamento regionalizado e a cooperação técnica, o nível central da SES empreendeu um conjunto de medidas, procurando dar aos antigos Escritórios Regionais de Saúde um papel inteiramente novo.

A Comissão Intergestores Bipartite aprova em abril de 1995 a Resolução CIB nº 003/95, que estabelece o processo de programação, controle e avaliação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), de forma regionalizada. Na medida em que se concretiza as programações regionais, são criadas concomitantemente as Câmaras de Compensação de AIH's, em nível regional.

Num primeiro momento, através da descentralização do processo de programação físico-financeira da assistência, os técnicos dos Regionais foram capacitados para transferirem aos municípios a lógica da programação, o que implicou numa mobilização significativa neste nível regional.

A descentralização da programação físico-financeira, iniciada a partir de 1995, estabeleceu uma nova relação entre a SES e os municípios, pois começou a explicitar com maior transparência os critérios de distribuição dos recursos disponíveis, antes extremamente centralizados, e, concomitantemente, desvendar a realidade da rede de serviços existentes e também os mecanismos compensatórios irregulares, adotados pelos municípios na mobilização de recursos financeiros. Assim, os conflitos, anteriormente mediados pelos níveis mais centrais da SES, passaram a ser negociados e pactuados em fóruns regionais, com a presença dos municípios e da SES, através dos ERS.

A incorporação de novos profissionais permitiu uma melhor adequação de alguns ERS, haja vista a possibilidade de convocação pelo concurso anteriormente realizado.

“Somente pudemos contar com o quadro de funcionários mais motivado e com a melhor compreensão da Política Estadual de Saúde, quando aqui esteve a Comissão do Concurso Público para nomeação e posse dos candidatos aprovados. A partir de então os servidores foram encaminhados a diversos setores da SES para receber treinamento específico conforme a função destinada e que passariam a desenvolver. Portanto, a partir desta época (setembro/outubro) foi que pas-

55. Os técnicos da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite comandavam neste período o processo de programação física e financeira das ações ambulatoriais e hospitalares e estavam conduzindo a habilitação dos municípios segundo a Norma Operacional Básica 01/93. Neste momento, havia 44 municípios habilitados: 20 em regime de gestão Incipiente e 23 em regime Parcial e o município de Cuiabá é Pleno do Sistema Municipal. A programação ambulatorial implicava numa agenda de discussão regional, da qual pouco participavam os Pólos Regionais e através da condução da Comissão Bipartite (Resolução CIB 003/95, de 12 de abril de 1995), foi proposta uma maior articulação desta programação através dos E.R.S., iniciando pelo Escritório Regional da Baixada Cuiabana). Neste aspecto, cabe ressaltar que a apropriação do processo de programação físico-financeira pelos E.R.S. constituiria uma das bases dos processos de descentralização, já que implicava numa absorção de conhecimento extremamente centralizado na SES e se iniciava uma interface com os gestores municipais, na medida em que este conhecimento era socializado.

samos a ter contato mais direto e freqüente com as Secretarias Municipais de Saúde da nossa área de abrangência, tornando mais efetiva nossa presença no dia-a-dia dos municípios” (ERS, SINOP, 1995).

Grande ênfase foi dada ao aspecto da formação e capacitação de Recursos Humanos, como estratégia de resgate do papel dos ERS. Neste aspecto, todos os técnicos regionais passaram a receber, periodicamente, através de cursos e oficinas de trabalho, capacitação para enfrentamento da crescente demanda dos municípios, em relação à organização das ações e serviços. Concomitantemente, adotou-se estratégias para a realização de cursos de capacitação e/ou formação descentralizados para os Pólos Regionais de Saúde e destinados aos profissionais de saúde dos municípios de sua jurisdição. Neste aspecto, orientou-se o processo de capacitação, tendo como foco os principais problemas epidemiológicos do Estado, ou seja, a hanseníase, a tuberculose, a dengue, as doenças imunopreveníveis, o saneamento básico, além dos cursos de formação de auxiliares de enfermagem e pós-graduação, em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso, para os Cursos de Especialização em Saúde Pública.

Mensalmente, eram realizadas oficinas de trabalho com os Escritórios Regionais de Saúde, para discutir os problemas relacionados à implementação da política de saúde e à redefinição do papel dos Escritórios em nível regional. Em relação à implementação da Política Estadual de Saúde, eram discutidas as diretrizes e metas propostas para o ano e estratégias para sua operacionalização, inclusive com o redimensionamento das estratégias para cada Escritório Regional, tendo em vista suas dificuldades organizativas e operacionais, no que diz respeito ao quadro de profissionais e à infraestrutura existentes.

Na primeira avaliação anual em 1995, foi proposto um roteiro para a avaliação das medidas implementadas e, dentre as dificuldades apresentadas pelos regionais, sobressaíram:

- a) A comunicação entre os regionais e a SES ainda muito incipiente, primeiro, pela falta de um sistema de informação mais ágil no retorno das informações; segundo, pelo freqüente atropelamento das diversas áreas da SES, gerando as mais diversas demandas, sem entender ou mesmo compreender o nível de respostas dos Regionais, tendo em vista as dificuldades organizativas e, muitas vezes, a sobreposição de papéis; terceiro, a falta de uma área de interlocução de referência para os ERS que permitisse a capilarização das demandas regionais, muito embora houvesse a designação deste acompanhamento pelas Assessorias Técnicas da SES;
- b) Havia ainda uma grande carência de profissionais de saúde para os Escritórios Regionais de Sinop, Porto Alegre do Norte, Diamantino e Tangará da Serra. Para estes, as dificuldades decorrentes da incorporação de profissionais de saúde foram significativas;
- c) Os aspectos políticos e organizativos dos municípios, tendo em vista a baixa complexidade dos serviços disponíveis e, por conseguinte, a baixa resolutividade; as dificuldades de acesso aos serviços de média complexidade; as dificuldades dos municípios, para a organização e gestão dos seus serviços.

“A meta estabelecida para o ano de 1995 foi a reestruturação ampla do papel da Regional, iniciando com atendimento em horário integral, reestruturação física e chamamento aos municípios para discussão da política regionalizada de saúde. Os resultados foram: melhoria do atendimento aos municípios; estudo e definição

da capacidade instalada; resolutividade e fluxo de referência e contra-referência; implantação e funcionamento da CIB regional e Câmara de Compensação de AIH's; proposta de criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde" (ERS, CÁCERES, 1995).

"Atualmente, após o intercâmbio das oficinas de trabalho realizadas com a SES, cursos de capacitação dos profissionais do Pólo nos vários programas de saúde; recadastramento da rede ambulatorial, sentimos que mudanças ocorreram com mais troca de informações por parte dos municípios com esta Regional" (ERS, BARRA DO GARÇAS, 1995).

"Apesar de muitos esforços de trabalho, pouco se fez para que pudéssemos avançar no sentido de reverter alguns problemas. e assim sairmos deste estado crítico no qual nos encontramos atualmente. Após uma visita a todos os municípios que integram a nossa Regional deparamos com problemas municipais, que se constituem em problemas regionais, visto que a atual estrutura gerou muita expectativa com relação à ativação das regionais. insuficiência tanto quantitativa como qualitativa de RH, tanto no nível municipal quanto regional; profissionais desestimulados, com baixos salários, atraso salarial, ausência de uma política que valorize o profissional, com treinamentos, cursos, PCCS; sistema de informação precário na Regional e inexistente na maioria dos municípios; gerentes municipais despreparados e com pouca autonomia; Fundo Municipal inexistente na maioria dos municípios; planejamento precário ou inexistente na maioria dos municípios; população do IBGE incompatível com a realidade da maioria dos municípios – gerando insuficiência de recursos financeiros, insuficiência de AIH's, gerando descontentamento dos Secretários e Prefeitos; modelos assistenciais que não favorecem o acesso, bem como a resolução dos problemas; carência de especialidades médicas na região, conveniadas com o SUS; ações de vigilância à saúde não priorizadas pelos municípios, com reforço das práticas curativas; Conselhos Municipais de Saúde inoperantes e desarticulados com os problemas de saúde do município; saúde não priorizada – alguns municípios mantêm os serviços apenas com recursos oriundos da GAP; cobrança dos Prefeitos e Secretários Municipais quanto à dificuldade de acesso à SES; cota de medicamentos não considera a realidade epidemiológica dos municípios, composta por alguns medicamentos que os mesmos não utilizam; ausência de uma equipe mínima de trabalho no Regional; papéis do nível central e regional conflitantes; desarticulação SES/Regional no planejamento de treinamentos, não considera a proposta e problemas; pouca parceria SES/Regional; difícil acesso a alguns núcleos; equipe regional ainda despreparada para algumas informações a serem repassadas; cobranças da SES de atividades da regional, não considerando a situação atual da regional com relação a RH, meios de comunicação e locomoção; Assessoria Técnica? Como apóia os Regionais? Municipalização comprometida em função do atual situação da Regional, morosidade na liberação das diárias. Soluções e encaminhamentos: resolução dos problemas por etapas, considerando inicialmente a estrutura mínima de funcionamento das Regionais já discutida em oficinas anteriores; realização de oficinas que integrem de fato os serviços da central e regionais; treinamentos para equipe regional e Plano de Trabalho" (ERS, TANGARÁ DA SERRA, 1995).

Estes relatos, muito embora possam expressar uma certa morosidade frente às expectativas propostas pela política estadual, revelam, por outro lado, uma contemplação da realidade existente que pouco se conhecia e que a aproximação ao nível municipal criou a interface possível a este conhecimento. Se, por um lado, o entendimento da real situação dos municípios permitiu este diagnóstico situacional, propiciou também o entendimento das necessidades de reforma, tanto dos níveis municipal, como regional e central.

Revelam também o grau de fragmentação muito evidente das ações do nível central e a baixa capacidade operacional em dar vazão às demandas apresentadas pelo nível regional. Neste período, o peso das áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde, caracterizadas principalmente pelas áreas programáticas, e em decorrência da falta de uma política de saúde, que contemplasse uma proposta mais integrada das ações e serviços pela gestão anterior, exerceram uma forte demanda para os Escritórios Regionais de Saúde, mas ainda de forma bastante fragmentada, na medida em que também eram pressionados pelo Ministério da Saúde em dar respostas às demandas, também fragmentadas, deste nível federal.

As demandas para os problemas administrativos, mesmo havendo alcançado alguma melhoria quanto ao processo de comunicação com o nível central, através da implantação dos malotes semanais, melhoria no fluxo da diárias e adiantamentos, oficinas, e treinamentos para processos relativos à prestação de contas etc., ainda se constituía um problema que necessitava de um maior empenho e resposta da Secretaria de Estado de Saúde.

O Programa de Agentes Comunitários em Saúde (ACS) foi introduzido no Estado, nos critérios propostos pelo Ministério da Saúde<sup>56</sup>, a partir de 1995, para atender prioritariamente 10 municípios de alto risco para mortalidade infantil. Concomitante ao processo de programação ambulatorial e hospitalar, implantou-se, naquele ano, 171 ACS, ampliando-se para 452 ACS em 32 municípios, no ano de 1996, salientando-se que, a partir do final de 96, se inicia a sensibilização dos gestores municipais para a implantação do Programa de Saúde da Família. A ação dos Escritórios Regionais foi de fundamental importância para a cooperação com os municípios na consolidação destas estratégias, a partir de então.

Decorrente do processo de programação física e financeira dos recursos do Ministério da Saúde, repassados aos municípios e prestadores, a implantação das Câmaras de Compensação de AIH's e as Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIBR) se configuram como mecanismos reguladores e mediadores na condução da política em saúde a nível regional. Inicialmente, são implantadas, em 1995, as Comissões Intergestores Bipartites Regionais de Rondonópolis e Cáceres e, em 1996 e 1997, as demais regionais.

---

56. Cabe salientar que uma proposta de Agentes Comunitários de Saúde já havia sido implantada no Estado de Mato Grosso, pelo Município de Rondonópolis. Iniciada em 1979 em zona rural e consolidada a partir de 1983, a estratégia previa a eleição ou seleção de uma pessoa da comunidade, com experiência em trabalhos comunitários, e, posteriormente, era capacitada durante 3 meses. A comunidade, em mutirão, construía um mini-posto de saúde para o atendimento. Os agentes eram acompanhados por uma enfermeira coordenadora, responsável pela capacitação e orientação da atenção. A estratégia se desenvolveu até 1990 e, a partir de então, com as mudanças administrativas no município e a normatização do concurso público para regulamentação de servidores, os novos Agentes Comunitários concursados não têm o mesmo vínculo comunitário que os anteriores e a estratégia perde sua característica inicialmente proposta.

Os avanços decorrentes do processo de implantação das CIB's Regionais e das Câmaras de Compensação foram marcantes na maior parte das regiões, muito embora com diferenças evidentes, haja vista as características da organização dos serviços, o nível de organização técnico-operacional do Escritório Regional, o nível de conflito existente entre os municípios da região etc. Mas, sem dúvida, em todas as regiões houve avanços significativos na interface entre os Pólos Regionais de Saúde e os Municípios, na organização das ações e serviços naquele espaço<sup>57</sup>.

Se, neste primeiro período, o processo de organização dos Escritórios Regionais de Saúde esteve muito caracterizado pelo conhecimento do território de abrangência, nos seus aspectos organizativos, facilitado pelo processo de cadastramento, revisão da programação ambulatorial e hospitalar<sup>58</sup> e iniciado o processo de negociação dos conflitos existentes, principalmente no que diz respeito à distribuição de AIH's, já em 1996, iniciava-se uma maior interação junto aos municípios, objetivando a cooperação técnica. A capacitação dos profissionais, a maior aproximação dos aspectos normativos do SUS, a implantação e descentralização de sistemas de informação para o nível regional e municipal e a indução e participação dos Escritórios Regionais nas Conferências Municipais de Saúde em 1996<sup>59</sup>, caracterizariam, a nosso ver, como a consolidação da estruturação técnica na maioria dos Escritórios Regionais de Saúde. Muito embora este ano tenha sido também um ano caracterizado pela organização dos pleitos eleitorais municipais, a intensificação das ações dos Regionais foi bastante considerável e este fato do processo eleitoral em andamento apontava para a elaboração de estratégias que incorporassem os futuros gestores municipais num processo de cooperação na organização e capacitação para a gestão dos sistemas locais de saúde.

Contudo, neste período de reestruturação dos Escritórios Regionais de Saúde, uma grande parte dos problemas administrativos foram solucionados. Entretanto, a relação entre setores da SES e o nível regional ainda se constituía como problema a ser superado. Destacou-se aí a duplicidade de ações, a falta de uma estrutura que desse maior respostas aos problemas de ordem administrativa e que estabelecesse a interface junto aos demais setores do nível central.

57. "A criação das Comissões Intergestores Bipartites Regionais fortaleceu e recuperou o papel dos Escritórios Regionais de Saúde. A cooperação técnica, o estabelecimento de parcerias, a atuação intersetorial e o trabalho orientado por problemas transformaram o espaço regional, que passou a ser o sujeito de apoio técnico aos municípios e agente fomentador da Política Estadual de Saúde." (MARTINELLI, 2000). Neste sentido, sugerimos a leitura do capítulo sobre as Comissões Intergestores Bipartites Regionais neste livro.

58. Foram realizadas, em 1995, 27 oficinas regionais de programação ambulatorial e hospitalar, com o objetivo de identificar os fluxos da demanda usuária, otimização na utilização das AIH's existentes; estudo e definição do fluxo de pacientes destinados aos tratamentos fora do domicílio; incorporação dos serviços de hemodiálise nas Regiões de Rondonópolis e os já existentes de Cuiabá, Várzea Grande e Cáceres.

59. A III Conferência Estadual de Saúde, realizada em julho de 1996, considerada um marco na história da saúde pública em Mato Grosso, contou com a participação do Conselho Estadual de Saúde; Grupo de Saúde Popular; Instituto Pastoral de Educação em Saúde Popular; Instituto de Saúde Coletiva-UFMT; Movimento Popular de Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Participaram 272 delegados das mais diversas representações. Conferências Municipais prévias foram realizadas em 90 municípios e se destaca que, em 70% destes, foi a primeira conferência realizada (SES/MT, 2000, p. 17).

### 3 – A CONSOLIDAÇÃO DO PROCESSO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA NOS ESPAÇOS REGIONAIS: A INTENSIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS RUMO AOS PACTOS MUNICIPAIS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – 1997 a 1999

Este período corresponde ao processo de implementação da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96) e uma maior intensificação da Política Estadual de Saúde, o que permitiu um maior aprofundamento na relação entre os Escritórios Regionais de Saúde e os municípios, tendo em vista a necessidade de adequação das estruturas da gestão municipal, com a finalidade de atender aos requisitos da NOB 01/96, para a habilitação nos regimes de gestão propostos. Caracterizou-se, portanto, como uma fase de cooperação, para implementação de estratégias que garantissem aos municípios uma maior capacidade de organização das ações e serviços principalmente relacionados à Atenção Primária em saúde.

O ano de 1997, em particular, se caracterizou por ser um ano em que a grande parte das prefeituras municipais sofreram mudanças na gestão, haja visto o pleito eleitoral ocorrido em 1996. Incorporados os novos Secretários Municipais de Saúde, urgia um processo que permitisse uma maior adesão para o desenvolvimento da Política estadual implementada. Além do mais, as deliberações da III Conferência Estadual de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde, serviram como sustentação para o desenvolvimento da política neste período.

Esta fase caracterizou-se também com o processo de aproximação aos municípios, através da cooperação para organização dos pleitos para a NOB 10/96, os Cursos de Capacitação de Gestores Municipais de Saúde e Conselheiros Municipais de saúde, a organização das referências para a assistência ambulatorial e hospitalar, consolidação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – pela constatação da fragilidade das políticas locais de saúde e pela baixa autonomia dos secretários municipais, na condução da política de saúde nos municípios. Ao final de 1998, estando todos os municípios do Estado habilitados nos regimes de gestão da NOB 01/96, intensificam-se as críticas no que diz respeito à responsabilidade sobre o nível de atenção básica nos municípios, visto que a precariedade na organização deste nível de atenção deixava muito a desejar.

A Comissão Intergestores Bipartite, em suas primeiras Resoluções de 1997, aprova os Projetos de Atualização para Gestores Municipais<sup>60</sup> e dá início ao processo de prepa-

60. A Resolução CIB 002/97, de 24 de março de 1997, tendo em vista a necessidade de garantir ao gestor municipal apoio técnico ao seu processo de gestão da saúde municipal, aprova o Projeto de Gestores Municipais de Saúde para Mato Grosso.

ração da habilitação dos Municípios pela NOB 01/96<sup>61</sup>. Foram promovidos dois cursos regionalizados de capacitação para gestores municipais, com a participação maciça dos gestores. Ao final do curso, estruturado para a organização da gestão municipal, o gestor apresentaria, como produto de finalização do curso, o Plano Municipal de Saúde, bem como os encaminhamentos necessários para o atendimento aos requisitos dos pleitos de habilitação para a NOB 01/96.

Os Escritórios Regionais de Saúde tiveram um papel preponderante neste processo, considerando que o atendimento às demandas propostas pela Política Estadual de Saúde e evidenciadas nas oficinas do Curso de Gestores – a criação/ regularização e organização dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Fundos Municipais de Saúde, a preparação e organização dos sistemas locais de vigilância sanitária<sup>62</sup> e epidemiológica, as estratégias de operacionalização dos planos municipais de saúde, etc – exigiu uma aproximação individualizada junto aos municípios, já que as diferenças na organização administrativa e política das Secretarias Municipais de Saúde eram bastante significativas.

Com a implantação dos Conselhos Municipais de Saúde, o Projeto de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde propôs e realizou, entre novembro de 1997 e abril de 1998, a primeira etapa do projeto, atingindo 90% dos municípios (113). Foram capacitados 654 conselheiros de saúde (50% dos existentes), em 36 oficinas de trabalho, realizadas de forma regionalizada. Os Escritórios Regionais de Saúde se caracterizaram como agentes fundamentais neste processo, tanto na construção da metodologia e de instrumentos do processo de capacitação, quanto na operacionalização dos cursos, de forma regionalizada<sup>63</sup>.

A indução do Ministério da Saúde para a focalização da atenção básica, através dos pactos dos indicadores da atenção básica, a partir de 1998, entre municípios, Estados e o Ministério da Saúde, além da crescente intensificação da implantação das estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, serviram de orientação para a focalização dos pactos entre a SES/MT e seus municípios, através de oficinas regionais, na definição dos indicadores da atenção básica a serem pactuados, bem como o estabelecimento de estratégias de intervenção a serem adotadas.

Concomitantemente, o processo de organização da assistência e a Programação Pactuada e Integrada, prevista pela NOB 01/96, eram conduzidos na consolidação dos parâmetros de programação do Estado, a programação do Piso de Atenção Básica (PAB),

61. A Resolução CIB 005/97, de 09 de maio de 1997, considerando algumas dificuldades na operacionalização da NOB 01/96, pela não definição da agenda e recursos financeiros para consolidar o processo de habilitação pela Comissão Intergestores Tripartite, a CIB/MT aprova a resolução, considerando os requisitos provisórios da NOB e, inclusive, os documentos de comprovação destes requisitos, a serem apresentados pelos municípios pleiteantes.

62. Foram capacitados, em 1998, 199 técnicos de 108 municípios (90% da meta proposta), para a implantação das ações de baixa complexidade de Vigilância Sanitária.

63. A metodologia constituiu-se, em linhas gerais, de oficinas com os Escritórios Regionais de Saúde, para elaboração da cartilha de conselheiros municipais de saúde, que, por sua vez, serviu de instrumento pedagógico de orientação ao processo de capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde. O projeto foi implementado e consolidado através de parceria estabelecida entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Grupo de Saúde Popular (GSP), entidade de significativa inserção junto aos movimentos populares e que exerce, entre outras, a *“função pedagógica de subsidiar, informar, sensibilizar, programar ações conjuntas com outras instituições e outras organizações. dando-lhes suporte e sustentação aos movimentos organizados nos bairros periféricos”* (MATSUBARA, 1997, p.139-41).

a criação do Sistema Estadual de Referência (SER-SUS/MT), a atualização da situação cadastral das unidades assistenciais com a supervisão local em 100% das unidades ambulatoriais e hospitalares, o que significou o envolvimento substancial dos Pólos Regionais na execução deste processo.

O processo de descentralização da Vigilância Sanitária foi também marcante neste período. Definidos o rol de ações básicas e/ou de baixa complexidade da vigilância sanitária, estabeleceu-se mecanismos de descentralização para os municípios, com a identificação dos profissionais locais e capacitação para as ações de VISA. Da mesma forma, o papel dos Escritórios Regionais no processo foi de relevante importância, tanto para definir os mecanismos de descentralização quanto para o desenvolvimento e acompanhamento do processo. As ações de maior complexidade (média e alta) ficaram sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde, com o respectivo apoio e acompanhamento da estratégia pelos Escritórios Regionais de Saúde.

Outro destaque neste período foi a consolidação dos instrumentos da programação mensal e anual de trabalho junto aos Escritórios Regionais. Apesar de a Política Estadual de Saúde estar sempre orientada pelo planejamento das ações e as grandes metas anuais estarem definidas para o conjunto da SES, os instrumentos de programação (planilhas de programação “6W2H”<sup>64</sup>) para os níveis mais desconcentrados da SES serviram para orientar o desdobramento das metas estaduais para o nível regional, através da priorização e sistematização das ações demandadas, tanto do nível central da SES quanto dos municípios para os Pólos Regionais de Saúde, tendo em vista o crescente volume de trabalho que aí se apresentava.

Aspecto importante no processo de organização dos espaços supramunicipais constituiu-se a organização de instâncias colegiadas de gestão. Em 1997, foram consolidadas as Comissões Intergestores Bipartites Regionais, as Câmaras de Compensação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e também as Câmaras de Auditoria Regionais, cuja concepção de funcionamento tem base coincidente com a organização das redes regionais de saúde e tem cumprido o papel de regular os processos e demandas regionais, sob o aspecto da gestão da política de saúde de forma regionalizada. Estruturas de formação colegiada, envolvendo paritariamente representantes dos municípios e do Escritório Regional, propiciam o desenvolvimento da política de saúde em nível regional, na medida em que são debatidos os problemas municipais e supramunicipais. Em 1998, com o processo de habilitação dos municípios pela NOB 01/96, as CIB's regionais constituíram um *locus* permanente no processo de revisão da análise dos processos destinados aos pleitos e a condução dos Pólos Regionais de Saúde, na atualização dos gestores sobre os aspectos normativos do SUS e a avaliação das políticas municipais, a partir de então, foi uma característica muito marcante.

O ano de 1999, marcado pelo processo eleitoral para as representações Estaduais, teve como característica a intensificação das estratégias direcionadas à atenção básica e

---

64. As planilhas “6W2H” (O QUÊ? POR QUÊ? ONDE? QUANDO? COMO? QUEM? QUANTO CUSTA? e QUEM FINANCIAR?) foram inicialmente introduzidas como instrumento de programação para os Escritórios Regionais de Saúde no final do ano de 1996 e, durante 1997, facilitaram o processo de organização das ações neste nível até a instituição de um novo instrumento de programação anual introduzido a partir de 1998, orientado pelas metas propostas no Plano Estadual de Saúde, com desdobramentos para cada nível de atuação da SES.

um maior acompanhamento do desenvolvimento das ações locais. As dificuldades enfrentadas pelos municípios para a fixação de profissionais e organização das Equipes de Saúde da Família no modelo estabelecido pelas Portarias números 1329, 1348, 1349 e 1350, editadas em novembro de 1999, pelo Ministério da Saúde, fizeram com que a Comissão Intergestores Bipartite editasse a Resolução 041, de 03 de dezembro de 1999, que estabelece uma instrução normativa, flexibilizando o processo de implantação das Equipes de Saúde da Família e os compromissos dos municípios na implementação desta estratégia. Este fato culminou com um crescente aumento do número de profissionais envolvidos com as estratégias da Saúde da Família e Agentes Comunitários<sup>65</sup>, para atuarem nos municípios. Assim, os Escritórios Regionais de Saúde exerceram um papel importante neste processo, na medida em que passaram a induzir os municípios a implantar as equipes e em assumir, em sua maioria, o processo de capacitação do Curso Introdutório das Equipes de Saúde da Família e, completamente, o processo seletivo dos agentes comunitários de saúde.

“O acompanhamento dos sistemas de saúde locais deu-se durante o ano de 1999, voltado para a análise dos indicadores pactuados pelos municípios. Ao avaliarmos o conjunto desses indicadores, percebemos que não houve iniciativas locais ou estratégias, para o alcance das metas pactuadas. Percebemos metas inadequadas, parâmetros inadequados, estratégias inadequadas. Contudo, como parte boa desta história, pela primeira vez, organizamos a discussão de parâmetros epidemiológicos assistenciais com os municípios” (ERS. JUINA, 2000).

Na avaliação das ações programáticas do ano de 1999 e tendo como referência a avaliação dos indicadores da atenção básica pactuados, alguns indicadores apontaram para melhoras no quadro da situação de saúde, para a atenção primária no Estado. A exemplo disto, destaca-se o aumento no número de detecção dos casos de Tuberculose e Hanseníase, com o respectivo aumento no percentual de cura para estas doenças, com a introdução do sistema de tratamento TDO para Tuberculose (taxa de cura igual a 93,9%) e Hanseníase (taxa de cura em 87%), configurando desta forma uma significativa melhora na organização dos serviços locais de saúde e aumento da cobertura vacinal na maioria das vacinas, ou seja, BCG e SABIN, com 100% de cobertura, 94,5 % para Sarampo e 93,3% para DPT e, ainda, a diminuição significativa no período do número de casos de Dengue em relação a 1995, configurando um quadro de controle no comportamento da endemia<sup>66</sup>.

Entretanto, algumas dificuldades foram apontadas para o bom andamento da atenção primária, haja vista que as diferenças na organização dos municípios, quanto ao aspecto da gestão da política local, são evidentes, como se observa na descrição a seguir:

“... a deficiência de recursos humanos; busca ativa de doentes (MH) incipiente; relatórios e registros com preenchimento inadequados; organização dos serviços

65. O número de ACS cresce de 452 (32 municípios) em 1997 para 1828 ACS (100 municípios) em 1999, da mesma forma, de 08 ESF (06 municípios) em 97 para 36 ESF (22 municípios) em 1999.

66. MATO GROSSO. Secretaria de Saúde. Saúde em Números 4 – 1998: Sistema de Informação em Saúde. Cuiabá: SES. 1999. 145 pp.

deficientes (vacinas); descentralização da terapia (MH e TB) dificultada pela ausência de sistematização e organização dos serviços municipais; ausência de protocolo de tratamento para as unidades básicas na conduta das Infecções Respiratórias Agudas e Desidratação; o acompanhamento de egressos de saúde mental sem acompanhamento ou controle, limitando-se apenas à distribuição de medicamentos, quando disponíveis.” (ERS, PORTO ALEGRE DO NORTE, 1999)

As dificuldades organizativas são freqüentemente observadas na relação com os municípios, para a grande maioria dos Escritórios Regionais de Saúde. A carência e o despreparo dos profissionais de saúde<sup>67</sup> e a falta de autonomia financeira dos secretários municipais foram também apontadas como problemas constantes no processo, mesmo tendo havido melhoras na condução das políticas municipais.

Embora havendo um significativo aumento na relação com os municípios, os Pólos Regionais de Saúde ainda sofriam, por outro lado, de alguns problemas na relação com alguns setores do nível central da Secretaria de Estado de Saúde. Havia ainda uma forte demanda para ações pontuais do nível central diretamente junto aos municípios e estas, em grande parte das vezes, sem a ciência ou participação do Escritório Regional. Por outro lado, os regionais nos quais a carência de servidores para as ações locais era ainda presente, solicitavam suporte do nível central para as ações, principalmente os Escritórios Regionais de Diamantino e Sinop.

O processo de constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, implementado pela SES a partir de 1995, apresentado em outro capítulo deste volume, com um significativo impacto na oferta da assistência ambulatorial e hospitalar especializada para a média complexidade da assistência, estabeleceu também uma nova necessidade de reformulação na organização dos espaços regionais, na medida em que estabelecia um pacto para garantia de oferta de serviços entre os gestores municipais em uma unidade hospitalar de referência. Neste aspecto, a redefinição de novos espaços de pactuação nasce, portanto, das necessidades apresentadas pelos municípios, na medida em que a contingência para a resolução destes problemas deixa de ser apenas no âmbito municipal e se apresenta como uma demanda supramunicipal, ou seja, estes novos espaços são fruto de uma demanda ascendente de necessidades de um grupo de municípios (microrregional).

A exemplo, o Escritório Regional de Sinop, que contava com 25 municípios sob sua jurisdição, com a criação dos Consórcios do Teles Pires (10 municípios do Escritório de Sinop e 1 do Escritório de Diamantino), Alto Tapajós (6 municípios da Regional de Sinop), Norte Mato-grossense (10 municípios da Regional de Sinop), esboçava-se, assim, a necessidade de uma ampliação do número de Escritórios Regionais para atender a esta nova configuração ocorrida também no Escritório Regional de Barra do Garças e Porto Alegre do Norte, em relação ao Consórcio do Médio Araguaia (2 municípios da Regional de Porto Alegre do Norte e 4 municípios da Regional de Barra do Garças).

67. Neste período, deve-se destacar a intensificação dos processos de formação e capacitação de profissionais de saúde em todos os níveis do Sistema. Com a criação da Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros, permitiu-se a realização de 68 cursos profissionalizantes de nível médio em 66 municípios; 08 Cursos de Especialização, em parceria com a UFMT, para Saúde Pública, Epidemiologia, Saúde da Família, Planejamento e Gestão, Vigilância Sanitária. Criada a Residência em Saúde da Família para médicos e enfermeiros; 907 Conselheiros Municipais de Saúde, na sua segunda etapa. De 1995 a 1999, formaram-se 1982 profissionais, em 68 cursos ofertados. (SES/MT – O SUS RECONHECIDO)

Um aspecto a ser considerado em relação à constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde é que, dos dez consórcios implantados, em apenas quatro destes houve uma participação mais efetiva dos Escritórios Regionais de Saúde. Nos demais, a ausência dos Escritórios Regionais constituiu-se como um problema no processo de articulação da política regional, com um caráter de maior integralidade, já que, neste período, o grande enfoque no papel de cooperação técnica se concentrou na atenção primária e que, para isto, a organização de serviços de referência, quer seja para a estratégia da Saúde da Família ou para a atenção básica de um modo geral, tornou-se uma necessidade que deveria ser abordada com mais ênfase e mais articulada aos Consórcios Intermunicipais, o que se observa no terceiro período a seguir.

Mesmo informalmente constituídas, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartites para o atendimento desta nova configuração regional, que se consolidou posteriormente nos Escritórios Regionais de Alta Floresta (Alto Tapajós), Peixoto de Azevedo (Norte Mato-grossense), Água Boa (Médio Araguaia) e o de Juara, que agregou municípios do vale do Rio Arinos e que se encontravam sob a jurisdição do Pólo Regional de Saúde de Diamantino. Esboça-se, desta forma, nestes exemplos, o que mais tarde originaria e configuraria as microrregiões.

Os avanços significativos ocorridos neste período de 97 a 99, como se observa, são uma intensificação na relação entre a SES e os municípios, na perspectiva da indução da organização da atenção básica, como responsabilidade precípua do regime de gestão pleno da atenção básica, previsto pela NOB 01/96, ao mesmo tempo em que se consolida o processo de interiorização da programação da assistência, para dar cobertura e oferta de serviços mais especializados às demandas dos municípios com baixa resolubilidade, na atenção e referência para a estratégia de Saúde da Família já em franca ampliação da cobertura.

Já em 1998, tendo em vista as experiências do processo de microrregionalização da saúde no Estado do Ceará, o Ministério da Saúde seleciona três Estados brasileiros – Mato Grosso, Alagoas e Paraná – para fazerem parte do Projeto de Apoio à Reforma do SUS, mais especificamente no subprojeto Microrregionalização das Ações de Saúde–, processo de cooperação técnica com o Reino Unido, e que tinha como objetivo promover o desenvolvimento de redes intermunicipais de atenção à saúde, de forma a melhorar a disponibilidade sustentável de serviços de saúde de qualidade para comunidades, especialmente aquelas de alto risco. Havia na SES a expectativa de que este era o momento de se estabelecer o foco da política microrregional de saúde, partindo-se da premissa de que a sistematização e a discussão dos problemas regionais/microrregionais trouxessem propostas pactuadas de intervenção sobre estes problemas.

Embora não tenha evoluído como esperado, o referido projeto sofre dificuldades na condução, em face da reestruturação administrativa do Ministério da Saúde e com o advento da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 2001 – em janeiro de 2001, o processo de regionalização/microrregionalização da assistência à saúde é incorporado nesta Norma, de modo restritivo (apenas assistencial), como um dos requisitos básicos para a habilitação de Estados e municípios, tendo como instrumento norteador a Programação Pactuada e Integrada já prevista na Norma Operacional Básica 01/96.

No entanto, o desenvolvimento da política de saúde no Estado apontava para uma consolidação da mesma tendo em vista as marcantes diferenças regionais no que diz respeito ao acesso, à organização dos serviços, à oferta de serviços especializados e também relacionados às ações de saúde coletiva, objetivando ações direcionadas à vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Assim, consideramos o terceiro período, a seguir, de desenvolvimento na organização dos espaços regionais e, em particular, o papel dos Escritórios Regionais na implementação do processo de microrregionalização, enquanto estratégia de consolidação e integralização do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso. Muito embora o processo de microrregionalização venha consolidando-se na medida em que se constituem os espaços regionais desde 1995, juntamente com a estratégia dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e o processo de consolidação da programação regional, consideramos que, a partir do final de 1999 e nos anos seguintes, é que este processo se caracteriza mais acentuadamente, pelo fato da orientação do planejamento integrado da política, em nível regionalizado.

## 4 – A INTEGRALIZAÇÃO DA POLÍTICA MICRORREGIONAL DE SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA MICRORREGIONAL DE SAÚDE – 2000 ATÉ O MOMENTO ATUAL<sup>68</sup>

Este período se caracteriza pela intensificação da cooperação aos municípios, para a implantação das estratégias de organização da Atenção Básica e, mais acentuadamente, nos processos de planejamento e programação microrregionalizados.

Se, nos períodos anteriores, o processo de planejamento dos Escritórios Regionais de Saúde tinha uma característica de promover desdobramento das metas e ações do Plano de Trabalho Anual para este nível, com baixa tendência para a formulação de uma política regionalizada, a partir deste momento, começa a se esboçar, com a consolidação da Programação Pactuada e Integrada e as experiências advindas do processo de construção dos Planos Regionais de Controle de Endemias em 2000, uma nova perspectiva de abordagem no planejamento regional, haja visto a necessidade de integrar todos os processos até então implementados, para garantir a resolubilidade das ações municipais e de referência regional.

---

68. Como apresentado no início deste Capítulo, e tendo realizado várias oficinas internas de discussão a respeito de como se daria o processo de Microrregionalização para o Estado, juntamente com consultorias externas, destacou-se que este processo a partir de 2001 teria como referência:

- a) Todo o processo de regionalização já desenvolvido pela SES, respeitando-se os pactos já firmados para a organização dos espaços supramunicipais;
- b) O Plano Estadual de Saúde e as Programações Anuais decorrentes;
- c) E que deve ser orientado por um Plano Microrregional de Saúde, a ser desenvolvido em três eixos organizativos:
  1. Plano Microrregional da Assistência à Saúde, que tem como instrumento de orientação a Programação Pactuada e Integrada da assistência ambulatorial e hospitalar;
  2. Plano Microrregional de Saúde Coletiva, que tem como eixo norteador as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica;
  3. Plano Microrregional de Gestão, que tem como eixo a identificação e a planificação de estratégias para o desenvolvimento de Recursos Humanos, Investimentos, Sistema de Informação e Política de Medicamentos, elencados como necessários à implementação e integração dos Planos de Assistência à Saúde Coletiva.

A partir de 2000, com a criação dos incentivos financeiros da Secretaria de Estado da Saúde, para incremento na cobertura das estratégias de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, intensificou-se as atividades, ampliando significativamente a demanda para a capacitação, apoio técnico e acompanhamento dos municípios pelos Escritórios Regionais de Saúde. Muito embora a cobertura da estratégia das Equipes de Saúde da Família tenha-se dado ainda no segundo período, é de se ressaltar que, após os incentivos criados pela SES, em dezembro de 2001 a cobertura populacional atinge cerca de 49%, 299 ESF, em 123 municípios.

Contudo, apesar da intensificação da cobertura para as ações da atenção básica, de serviços de atenção mais especializada através dos Consórcios Intermunicipais, dos serviços de reabilitação e de oferta de sangue e hemoderivados, houve a necessidade de se empreender e intensificar estratégias para um sistema de referência para a atenção básica inclusive. A oferta de serviços resolutivos em grande parte dos municípios ainda é incipiente, inclusive para a atenção básica.

A Programação Pactuada e Integrada, conduzida pela então Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial (CAHA) e atual Superintendência de Atenção Integral, iniciada a partir de 1998 e reajustada em 2001, tem sido um marco orientador no processo de microrregionalização da saúde em Mato Grosso. Se, no primeiro momento (1998/NOB96), significou um critério mais equânime no processo redistributivo dos recursos financeiros disponíveis, procurando garantir a compatibilidade da oferta de serviços e a garantia da referência para as Equipes de Saúde da Família e atenção primária nos espaços regionais e consórcios, hoje (NOAS/SUS/2001) nos remete mais além, na medida em que busca integrar efetivamente a ampliação da resolubilidade dos serviços, através de um sistema de referência pactuado para os municípios e agrega um Plano Diretor Regional, na expectativa do desenvolvimento da assistência em nível microrregional e um Plano Diretor de Investimentos para a ampliação da oferta e resolubilidade da assistência à saúde<sup>69</sup>.

Da mesma forma, desenvolveu-se uma estratégia para o desenvolvimento das ações de saúde coletiva, aqui entendidas como as ações direcionadas para a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica para o nível microrregional, na construção do Plano Microrregional de Saúde Coletiva. Conduzido pela Superintendência de Saúde Coletiva da SES, a construção do Plano Microrregional de Saúde Coletiva desencadeou uma metodologia, para planejar e programar junto aos gestores municipais estratégias para o desenvolvimento de ações para vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica. O processo de construção da proposta e sua implementação contaram mais uma vez com a participação dos Escritórios Regionais de Saúde.

“No caso da microrregionalização das ações de saúde coletiva, a equipe técnica do nível central também se referenciou aos Escritórios Regionais, para que esses difundissem junto aos municípios da região respectiva as atividades preparatórias e os resultados. Esses Escritórios conheceram e discutiram o método e os instrumentos a serem utilizados na programação das ações de saúde coletiva. As equipes dos Escritórios foram incumbidas ainda de, nos contatos diretos e cotidianos com os municípios, inserir as atividades preparatórias para a programação

---

69. A descrição do processo da implementação da PPI e a metodologia utilizada estão descritos na Parte II Unidade Temática 1.

da Saúde Coletiva. A preparação dos municípios é feita pelos Escritórios, que, nas reuniões da CIB regional, informam o processo e distribuem as planilhas aos secretários municipais de saúde. Em alguns casos, o Escritório Regional de Saúde realizou oficinas prévias com os municípios, preparatórias e facilitadoras do preenchimento das planilhas” (GUIMARÃES, 2001).

Embora já se tenha concluído todo o processo da Programação Pactuada e Integrada no eixo assistencial, e o processo de desenvolvimento do Plano Microrregional de Saúde Coletiva já tenha atingido a maior parte das 13 microrregiões do Estado, tem-se a expectativa de que todo o processo se consolide ainda em 2002.

Nas avaliações preliminares, são apontados problemas para os enfrentamentos apresentados nestas estratégias. Por se tratar de um processo que envolve um pacto entre vários atores na construção do SUS, destaca-se, para a conclusão do processo:

- a) a necessidade da integração do planejamento microrregional, na perspectiva de consolidação do Plano Microrregional de Saúde;
- b) a conseqüente articulação do Plano nos três eixos propostos (atenção integral à saúde dos indivíduos, saúde coletiva, gestão);
- c) a definição e caracterização da competência de cada nível gestor e seu papel na condução e gestão da política microrregional;
- d) a integração dos recursos financeiros para os três níveis;
- e) a consolidação e integração dos sistemas de informação, como subsídio no monitoramento do processo;

Com o processo de descentralização da Fundação Nacional de Saúde, no que diz respeito às ações de combate às endemias, e respectivamente, servidores deste órgão, a Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu, a partir de 2001, que a grande maioria dos servidores da FUNASA, responsáveis pelas ações de combate às endemias, estariam lotados nos municípios e um pequeno grupo passaria a constituir o que ficou nomeado como Equipe Mínima, da qual fazem parte servidores da FUNASA e profissionais dos Escritórios Regionais. Esta equipe, lotada no Escritório Regional, tem a finalidade de acompanhar os processos de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental a nível microrregional e de cooperação técnica aos municípios, para o desenvolvimento de suas ações locais.

A partir de 2001, com a nova estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde, os Escritórios Regionais de Saúde, que, até este período, estavam ligados hierarquicamente ao gabinete do Secretário de Estado e acompanhados pela sua Assessoria, passaram a se referir à Superintendência de Políticas de Saúde, mais precisamente à Coordenadoria de Articulação e Apoio à Regionalização e à Municipalização. Neste aspecto, e considerando a incorporação de novos servidores através do concurso, os Escritórios Regionais puderam assumir com maior desenvoltura estas novas atribuições, advindas dos processos implementados. Outro fator de significativa importância na implementação das estratégias neste nível foi a implantação do novo plano de carreiras e salários da Secretaria de Estado da Saúde, que permitiu uma maior “oxigenação” e mobilização dos servidores para o desenvolvimento da política estadual de saúde.

O processo de cooperação técnica aos municípios, como papel dos Escritórios Regionais de Saúde, só foi possível com a presença de servidores comprometidos e competentes durante este processo. Assim, cabe aqui ressaltar a importância do processo de capacitação e formação, estabelecido pela Escola de Saúde Pública, para dar suporte à

implementação da política Estadual de Saúde, tendo em vista a carência de qualificação dos profissionais para todos os níveis do Sistema. Aí se destaca a implementação e intensificação da capacitação dos profissionais para a Atenção Primária de Saúde (Saúde da Família, Agentes Comunitários), o curso integrado de Controle de Endemias (rompendo com a lógica da organização do processo de trabalho por áreas programáticas).

Para os Escritórios Regionais de Saúde, se durante a maior parte deste período o maior enfoque de atenção se deu na cooperação da construção da atenção dos sistemas locais de saúde e o espaço regional se caracterizou como elo, para a agregação e orientação na indução da política estadual de saúde, aprofundamento no processo de cooperação com os municípios, hoje se evidencia numa perspectiva de que este espaço microrregional, na medida em que se constrói conjuntamente, constitui-se como um agente catalizador no processo de indução e formulação da política microrregional de saúde.

Sob esta ótica, espera-se um avanço significativo na consolidação dos Escritórios Regionais de Saúde, enquanto agentes imprescindíveis na formulação das políticas regionais/microrregionais de saúde e na sustentação da política estadual de saúde.

## 5 – BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Saúde – *Seminário Nacional Gestão Estadual do SUS: Tendências e Perspectivas*. Brasília, outubro de 1999 (mimeo.).

GONZAGA, Amaury Ângelo – *Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais*, Mato Grosso, SES. *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso, 1995-1998*, 3ª Edição, Cuiabá, Secretaria de Estado de Saúde, 2000, p. 43-8

GONZAGA, Amaury Ângelo – *O Processo de Regionalização das Ações de Saúde em Mato Grosso - 1995 a 2001*, Cuiabá, dezembro de 2001, (mimeo.).

GUIMARÃES, Luisa – *Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: Os Consórcios em Saúde de Mato Grosso*. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2001. (dissertação de mestrado)

MATO GROSSO, Conselho Estadual de Saúde – *Relatório da Comissão de Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso*. Cuiabá, 1994 (mimeo.).

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários*. Documento Técnico n1, Cuiabá/MT, 1995, 22 pp.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Plano Estadual de Saúde: 2000 – 2003*. Cuiabá, 2000 a, 135 pp.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995 – 1998*. 3ª Edição, Cuiabá, Secretaria de Estado de Saúde, 2000b, 188 p.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Municipalização da Vigilância Sanitária de Mato Grosso*. Cuiabá, Secretaria de Estado de Saúde, 2001 a, 87 p.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde – *Resolução CIB Nº 004/95*, de 19 de abril de 1995.

MÜLLER NETO, Júlio S. – *Considerações Sobre o Documento “Regionalização das Ações de Saúde”*, apresentado pela S.A.S. em 18 de outubro de 2000, Chapada dos Guimarães/MT, 2000 (mimeo.).

MOTA, Ubirajara Sampaio – *Sistemas Microrregionais Integrados de Serviços de Saúde como forma de articulação avançada envolvendo grupos de municípios, a Secretaria de Estado de Saúde e o Ministério da Saúde*. Cuiabá, setembro 2000, 5 p (mimeo.).

TEIXEIRA, Carmen Fontes e PAIM, Jairnilson Silva – *Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida*. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, vol. 34, novembro/dezembro 2000, p. 66.

# IV – A Regionalização e a Comissão Intergestores Bipartite Regional

---

Nereide Martinelli<sup>70</sup>

O Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso vem sendo trabalhado com o intuito de mudar e facilitar o acesso do usuário ao sistema e podemos afirmar que tem alcançado êxitos na sua construção nos últimos cinco anos.

Em 1995, a Secretaria de Estado de Saúde definiu as diretrizes da Política Estadual de Saúde, através do documento “Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes Estratégicas e Projetos Prioritários”. Para alcançá-las, a Secretaria de Estado de Saúde lançou mão de todos os recursos disponíveis que pudessem implementar o Sistema Único de Saúde e garantir, entre outros, os princípios da equidade, do controle social, da regionalização, da universalidade, da integralidade, da democratização e da descentralização. Também criou mecanismos para que o Estado passasse a exercer o seu papel de regulador.

Para conhecer a realidade e reorganizar o Sistema de Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde trabalhou na lógica, da problematização; do planejamento e programação supra municipais/regionais; da cooperação técnica para a implantação de novos modelos assistenciais<sup>71</sup>; da definição de prioridades e investimentos diretos, em especial para a expansão da rede pública e capacitação de recursos humanos.

A Política de Saúde no Estado de Mato Grosso está sendo viabilizada através das estratégias que foram priorizadas e que contemplam, entre outros, os espaços institucionalizados, entre eles, as Comissões Intergestores Bipartites.

No âmbito do SUS, as Comissões Intergestores surgiram através da deliberação do Conselho Nacional de Saúde, a partir da Norma Operacional Básica/93. Foram criadas com o objetivo de serem um fórum permanente de discussão, planejamento, normatização e regulação do Sistema Único de Saúde, pactuado entre gestores.

Na organização geral do Sistema, encontramos no nível nacional a Comissão Intergestores Tripartite, composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

---

70. Nutricionista, Mestre em Saúde e Ambiente. Diretora do Escritório Regional de Saúde de Tangará da Serra/MT.

71. Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários. 1995.

No nível Estadual, há a Comissão Intergestores Bipartite, com composição paritária entre representantes do Município e do Estado. A paridade na composição tenta assegurar a imparcialidade nas decisões.

No Estado de Mato Grosso, a Comissão Intergestores Bipartite foi criada em novembro de 1993, com o objetivo de promover a orientação, regulamentação e avaliação dos aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. Seus acordos e pactos são transformados em resoluções e submetidos ao poder deliberativo e fiscalizados pelo Conselho Estadual de Saúde. Compete à Comissão Intergestores Bipartite: cumprir e fazer cumprir as deliberações da Tripartite, emitir parecer que tenha sido solicitado pelos gestores Estaduais e/ou municipais, supervisionar e coordenar as atividades referentes ao processo de descentralização, estabelecer critérios, parâmetros referentes a acordos, contratos ou convênios que envolvam atividades da descentralização, supervisionar e orientar a programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais e hospitalares, habilitar os municípios no sistema de saúde, estabelecer critérios de distribuição de medicamentos, emitir informações e pareceres técnicos nas matérias que serão discutidas no Conselho Estadual de Saúde<sup>72</sup>.

## 1 – AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITES REGIONAIS

As Comissões Intergestores Bipartites Regionais começaram a ser implantadas a partir do documento encaminhado pela Secretaria de Estado de Saúde, que explicitava a regionalização das ações, ou seja, as diferenças entre as regiões de saúde do Estado e a ampla e relevante participação dos gestores nas decisões tinham que ser consideradas.

Através da assessoria da Secretaria de Estado de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, foram criadas Comissões Intergestores Bipartites Regionais, em nove Regionais de Saúde.

A Comissão Intergestores Bipartite da Região de Tangará da Serra foi criada em 1996. É formada paritariamente por Secretários Municipais de Saúde e técnicos da Regional de Saúde e coordenada pela Diretora da Regional de Saúde. Reúne-se 1 vez por mês ou a cada 45 dias, conforme regimento interno.

A missão da Bipartite Regional é semelhante à da Bipartite Estadual, ou seja, uma instância permanente de negociação e pactuação regional, onde, através do consenso dos diferentes atores sociais que a compõem, define-se as diretrizes regionais que são encaminhadas à Comissão Intergestores Bipartite Estadual, para aprovação e homologação.

A Bipartite Regional fortalece de fato o espaço regionalizado, pois todos os problemas da região são discutidos e pactuados neste fórum. Desde a sua criação, se discutiu, negociou e pactuou na região, entre outros: a organização do modelo de atenção à saúde, com implantação do Programa de Agentes Comunitários e Equipes de Saúde da

---

72. Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de MT. 1997.

Família; a habilitação de todos os municípios na Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde, segundo a NOB/01/96; a criação da Câmara de Compensação de AIH's; criação da Câmara Regional de Auditoria, Controle e Avaliação; o fluxo e a referência da colpocitologia; a Programação Pactuada e Integrada da Assistência – Cadastro e Orçamentação das Unidades de Saúde – Teto Financeiro Municipal; a elaboração e aprovação dos projetos municipais/VIGISUS; o Termo de Compromisso/99 – Metas para Atenção Básica – Indicadores de Saúde; o Plano Plurianual Municipal/Regional; o cronograma de atividades e reuniões; o cronograma de realização dos Seminários Municipais de Avaliação da Atenção Básica de Saúde; o cronograma de realização e temas das Conferências Municipais de Saúde; o Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde; as Agendas Mínimas de Trabalho para melhorar os indicadores da Atenção Básica de Saúde; o instrumento de Supervisão, Controle e Avaliação da Atenção Básica de Saúde; a criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde – organização da referência; a referência da gestante de risco; a programação de assessorias/município; a implementação da Assistência Farmacêutica no Estado de Mato Grosso; o Projeto de Capacitação de Gestores; a programação das Campanhas de Multivacinação; os parâmetros de programação; os Cursos de Especialização em Saúde Pública e de formação para o nível médio; a Central de Regulação Estadual/Regional; a normatização para a validação das internações por parto, através da Declaração de Nascidos Vivos; a Taxa de Cesariana dos Estabelecimentos Hospitalares da Região; a estratégia de sensibilização do gestor e dos estabelecimentos de saúde hospitalares para a Humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal; a municipalização da VISA de baixa complexidade.

## 2 - CONCLUSÕES

A criação das Comissões Intergestores Bipartites Regionais fortaleceu e recuperou o papel dos Pólos Regionais de Saúde. A cooperação técnica, o estabelecimento de parcerias, a atuação intersetorial e o trabalho orientado dos problemas transformaram o espaço regional, que passou a ser o sujeito de apoio técnico aos municípios e agente fomentador da Política Estadual de Saúde.

Entre os principais avanços da regionalização, destaca-se: maior empenho do Gestor Municipal na organização da Atenção Básica de Saúde; aumento da oferta de serviços; maior clareza do Gestor Municipal em relação ao seu papel; melhora nos indicadores epidemiológicos (hanseníase, tuberculose, cobertura vacinal, dengue.); melhora da Vigilância Epidemiológica (notificação e investigação); melhora no Sistema de Informação (SINASC, SIM, SIAB, SINAN); melhora na Assistência Hospitalar; maior atuação da VISA/Municipal; maior participação dos técnicos das Unidades Básicas de Saúde em capacitações; mais disseminação das informações junto aos Conselhos de Saúde; apoio e cooperação técnica na organização do Sistema Municipal de Saúde e no controle e avaliação; melhora na referência a algumas consultas especializadas (Consórcio Intermunicipal); credibilidade do espaço regional como suporte ao município no Planejamento e Avaliação das ações.

No entanto, algumas dificuldades na organização e regionalização ainda estão presentes e devem ser analisadas, avaliadas, para que medidas sejam tomadas nesta nova gestão que ora se inicia, com vistas à sua superação. Entre elas, destaca-se: ausência de

estruturas públicas de saúde para o apoio diagnóstico da média e alta complexidade; ausência de Hospital Regional ou Hospital Municipal, que dê suporte à Atenção Básica de Saúde; dificuldade em referenciar a demanda da urgência, emergência e cirurgias eletivas de pequeno e grande porte; muitos gestores ainda não priorizam a saúde pública (aplicação e investimentos); baixo percentual de aplicação de recursos próprios na Secretaria Municipal de Saúde; ausência de UTIs adulta e pediátrica na região; falta de autonomia do Secretário Municipal de Saúde no processo de gerência administrativa e financeira; centralização pelo Prefeito ou Secretário Municipal de Administração e Finanças dos recursos financeiros depositados no Fundo Municipal de Saúde; baixa receita própria dos municípios; quadro de Recursos Humanos rotativos e, portanto, difícil de assegurar a qualidade dos serviços; ausência de concurso público, principalmente para nível superior; falta de profissionais de nível superior no interior; custo elevado da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior; descompromisso e despreparo de alguns profissionais de nível superior; baixa resolubilidade na assistência, na aquisição de medicamentos – o município não consegue ter acesso aos grandes laboratórios com os recursos financeiros que dispõe e não tem medicamentos para atender ao usuário; ausência de estrutura gerencial para TFD/Municipal; ingerência e não priorização das ações da VISA/municípios; dificuldade em garantir a referência Ambulatorial e Hospitalar na região, principalmente para os municípios não consorciados; despreparo dos Secretários Municipais de Saúde; visão ainda fragmentada das ações; omissão política na região.

### 3 - BIBLIOGRAFIA

91

MATO GROSSO. Diretoria Regional de Saúde de Tangará da Serra. *Atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite Regional*. 1996-2000.

MATO GROSSO. Diretoria Regional de Saúde de Tangará da Serra. *Relatórios de Supervisão e Assessoria*. 1995-2000.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado da Saúde. *Resoluções: Comissão Intergestores Bipartite-1995-1999*. Série 4. Legislação da Saúde em Mato Grosso. 2000.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado da Saúde. *Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes Estratégias e Projetos Prioritários*. 1995.

# V – Os Consórcios Intermunicipais de Saúde Como Cerne da Estratégia Para Implementação das Microrregiões de Saúde em Mato Grosso\*

Ubirajara Sampaio Mota<sup>73</sup>

92

Em 1995, o Gestor da Saúde em Mato Grosso elegeu linhas de ação que pudessem responder adequadamente à variedade de problemas vividos pela saúde pública no âmbito estadual. Os problemas mais destacados iam desde o aspecto epidemiológico – com elevados índices de malária, dengue, hanseníase, tuberculose etc. – atingiam a questão assistencial – com a incapacidade do Nível de Gestão Estadual em organizar minimamente a referência e a contra-referência ambulatorial e hospitalar especializada nas diferentes regiões e estadualmente –, desaguava na ausência de cooperação técnica com os municípios, sem falar na baixa resposta da organização administrativa da Secretaria de Estado de Saúde em quase todos os setores.

Ao elaborar sua política para atuar em um panorama tão adverso, a SES procurou enfatizar alguns aspectos cruciais:

- Resgatar a capacidade da Secretaria de Estado de Saúde na formulação de políticas e estratégias;
- Elaborar planos mestres e desenhar projetos específicos de inversão de modelo de atenção em saúde;
- Estabelecer diretrizes para avançar em direção a um modelo de saúde com ênfase na integralidade;
- Indicar novos modelos de atenção à saúde que pudessem apoiar a reorientação dos serviços, com critérios de promoção e prevenção, melhorando a qualidade e a integralidade das intervenções e fortalecendo a capacidade operativa e resolutiva dos serviços em seus distintos níveis de atenção;

73. Geólogo, Mestre em Geofísica, Especialista em Administração Hospitalar. Responsável pelo acompanhamento da gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Mato Grosso, de maio a novembro/98, 2000. Superintendente de Gestão da SES/MT.

\* Texto redigido em 14/02/2001.

- Fomentar processos de regulação de acesso a todos os níveis assistenciais (Atenção Primária e Assistência Especializada) e criar mecanismos adequados de referência e contra-referência;
- Promover a adoção, o desenvolvimento e a adaptação de novos modelos gerenciais na saúde pública;
- Destacar a importância de planificar, gerir e regular o desenvolvimento de recursos humanos do setor;
- Usar instrumentos de mobilização de recursos humanos, técnicos e financeiros no âmbito da Secretaria e através de parcerias com universidades, Ministério da Saúde e outros organismos nacionais e internacionais;
- Apontar a necessidade de aplicação de indicadores de desempenho nos sistemas e serviços de saúde, contribuindo para a tomada de decisões informadas no setor;
- Elaborar programas de planificação, operação, manutenção e renovação da infraestrutura física e tecnológica do setor saúde;
- Destacar a necessidade de definição e instrumentalização de sistemas de informações do sistema como um todo e de programas e serviços específicos;
- Apoiar o desenvolvimento de abordagens e sistemas de racionalização, visando a priorizar a aplicação de recursos, diminuir custos e aumentar a disponibilidade de insumos;
- Incentivar a implantação de fóruns de participação colegiada.

Em documento da Secretaria de Estado de Saúde, divulgado em julho de 1995, e intitulado “Política de Saúde em Mato Grosso: diretrizes, estratégias e projetos prioritários”, no item Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais, são destacadas duas estratégias prioritárias para o processo de descentralização e resgate da capacidade de intervenção da Secretaria de Estado de Saúde: “cooperação técnica” e “gestão e planejamento regionalizados”. Naquele documento, como prioridades para alcançar as estratégias citadas, foram destacadas, entre outras:

- 1) Redefinir o papel das Diretorias Regionais de Saúde, realçando-o como espaço privilegiado para operacionalização da cooperação técnica com os municípios e, para tal fim, sublinhando várias ações, entre as quais:
  - a) Enfatizar o planejamento e a programação microrregionais;
  - b) Incentivar parcerias da SES com os Municípios;
  - c) Operacionalizar sistema de referência de ações e serviços de maior complexidade;
  - d) Implantar mecanismos de gestão colegiada;
  - e) Implantar processos de controle, avaliação e supervisão permanentes, utilizando indicadores de impacto sobre as ações;
  - f) Assessorar os municípios na construção de novos modelos assistenciais e gerenciais.
- 2) Interiorizar e regionalizar a oferta de serviços assistenciais de referência, contemplando iniciativas como:
  - a) Investir, de forma regional e microrregional, na infra-estrutura de serviços básicos e especializados de assistência à saúde;
  - b) Implantar sistemas de referências microrregionais, regionais e estadual para a assistência hospitalar e ambulatorial de maior complexidade tecnológica e dos necessários serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;

- c) Implantar centrais de agendamento e regulação para internações, consultas e exames especializados nos âmbitos microrregionais, regionais e estadual;
- d) Implantar sistema integrado de assistência ao trauma e à emergência na capital e em cidades-pólo;

Como uma das abordagens de descentralização, regionalização e uso de novos modelos assistenciais e gerenciais, a Secretaria adotou a opção de incentivar a constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Desde 1995, iniciou-se, em todas as microrregiões do Estado, amplo processo de discussão, objetivando esclarecer e sensibilizar grupos de municípios a respeito do significado dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e avaliando sua viabilidade no Estado de Mato Grosso.

A adoção de Consórcios Intermunicipais de Saúde devem-se a algumas razões.

O Sistema Único de Saúde tem alcançado considerável êxito desde o início da sua concepção e implantação na década de 80. Grande parte desse êxito foi obtido com a decisão de descentralizar a abordagem das ações de saúde, sendo transferida aos municípios uma série de responsabilidades antes desempenhada pelo nível estadual e por diferentes instâncias do Ministério da Saúde, acompanhada por mecanismos de transferência de recursos financeiros, de acordo com o tipo de gestão ao qual cada município se habilitava.

Uma das melhorias atingidas pelo SUS com a municipalização de um grande elenco de responsabilidades na saúde foi o melhor controle dos recursos financeiros, além da redução do tempo entre a liberação dos mesmos no nível federal e sua aplicação nos municípios, gerando benefícios imediatos aos usuários do sistema.

Se, por um lado, a descentralização trouxe inegáveis melhorias para o funcionamento do sistema, como as acima mencionadas, por outro, fez realçar uma dificuldade: a ainda baixa capacidade dos municípios – especialmente os menores – em otimizar a aplicação dos recursos financeiros recebidos. Este fato era já esperado, mas não se podia antever uma forma de solução desvinculada do efetivo recebimento dos citados recursos. Isto é, a partir de o município estar recebendo e aplicando os recursos e constatando na prática quão difícil é solucionar todos os problemas de saúde sozinho, é que se poderia imaginar uma forma de equacionar esta dificuldade.

A eleição da forma de Consórcio para atender à demanda ambulatorial, hospitalar e de serviços dos municípios na esfera da média complexidade poderia gerar economia de escala e evitar a dispersão e o conseqüente desperdício de recursos, podendo também induzir à diminuição da pressão pela construção de mais unidades hospitalares de baixa complexidade e, portanto, de reduzida resolutividade.

O Consórcio, como forma de organização, poderia significar uma maneira mais ágil de gestão de recursos financeiros, materiais e humanos, sem alterar o papel final do setor público no controle da assistência à saúde prestada à população, introduzindo certos mecanismos de competição lógica de funcionamento do setor público da saúde, melhorando sua eficiência, sem abrir mão dos seus princípios inerentes.

Até meados de 1995, não havia no interior do Estado nenhum hospital público (*stricto sensu*) oferecendo especialidades médicas fundamentais como traumatologia-ortopedia, cirurgia geral e anestesiologia. Para Cuiabá – distante mais de 1.000 km de algumas regiões – era feita quase a totalidade dos encaminhamentos a partir da média complexidade,

sendo que as regiões do Baixo, Médio e Alto Araguaia tinham como suas principais referências outros Estados, por estarem mais próximas do que Cuiabá.

O Sistema Estadual de Saúde de Mato Grosso obteve êxito considerável nos últimos 6 anos:

- A inversão dos gastos na relação Hospitalar-Ambulatorial é mensurável e significativa.
- A queda nos indicadores de incidência e/ou prevalência de malária, sarampo, tuberculose, hanseníase, mortalidade infantil e outros é inquestionável e o aumento da cobertura vacinal é expressiva.
- Nos serviços que podiam ser prestados diretamente pela SES ou em cooperação desta com os municípios, houve também inegável melhoria: Hemocentro, Laboratório Central, Fundação Centro de Reabilitação, Instituto de Especialidades.
- A implantação da Escola de Saúde Pública abriu novos horizontes na abordagem da formação, capacitação e desenvolvimento de Recursos Humanos na saúde pública de Mato Grosso.
- Conseguiu-se avanços notáveis na Referência Ambulatorial e Hospitalar em um número expressivo de especialidades de média e alta complexidade. Um grande esforço tem sido despendido na organização de uma Rede de Centrais Regionais de Regulação (de exames, consultas e cirurgias) desaguando em uma Central Estadual em Cuiabá. Na estruturação desta Rede de Centrais de Regulação, a SES tem buscado parcerias, uma delas, através de Acordo de Cooperação Técnica com a Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (Bahia), município que tem desenvolvido uma já vitoriosa experiência, ao tomar a iniciativa de organizar e servir de referência pactuada de média e alta complexidade para um conjunto de 50 municípios do Sudoeste Baiano.

Todos esses avanços foram e estão sendo realizados, contando com o desejável apoio do Ministério da Saúde.

Na pactuação da Referência Ambulatorial, Hospitalar e de Serviços no Estado de Mato Grosso, os Consórcios Intermunicipais de Saúde têm jogado papel de destaque. Foram organizados em Mato Grosso 10 Consórcios Intermunicipais de Saúde, estando nove deles em funcionamento e o décimo reiniciará suas atividades em 2001. Os CIS abrangem 83 municípios e cobrem cerca de 50% da população do Estado.

As variadas formas de organização assumidas pelos Consórcios em Mato Grosso, quanto à sua unidade hospitalar de referência, mostram o esforço na busca de adaptações que atendessem às diferentes realidades vividas pelas microrregiões do Estado.

Essa diversidade de formas aponta também para o fato de que o setor público não altera seu propósito final e o setor da saúde pública não muda os princípios que lhe servem de guia, ao assumirem novas maneiras de organização e de gestão, para alcançar os fins sociais aos quais se propõem.

O processo de constituição dos Consórcios em Mato Grosso tem seguido um roteiro básico:

- 1) Ampla discussão com os setores sociais dos municípios potencialmente interessados sobre o objetivo do Consórcio;
- 2) Definição da Programação de Especialidades e Serviços que atenda às necessidades de assistência dos municípios, seu correspondente custo e critérios de rateio deste custo;

- 3) Escolha da Unidade Ambulatorial e Hospitalar que servirá de referência;
- 4) Aprovação de Lei Autorizativa Municipal na Câmara de Vereadores de cada município;
- 5) Criação do Consórcio, com aprovação dos instrumentos e procedimentos jurídicos que estabelecem as diretrizes, direitos e deveres dos Municípios Consorciados (Estatutos, Regimento Interno);
- 6) Assinatura de Termo de Convênio com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, onde esta estabelece sua participação financeira no custeio das atividades do Consórcio, além de outras obrigações.

Procurando respeitar as condições e características de cada região – como a existência ou não de unidade hospitalar pública para funcionar como referência –, existem cinco modelos de CIS em Mato Grosso.

No primeiro modelo, a unidade de referência é um Hospital que pertence à SES. Os exemplos são o CIS da Região Teles Pires (Hospital Regional de Sorriso) e o CIS da Região Norte Mato-grossense (Hospital Regional de Colider). Neste modelo, a SES assegura a manutenção do hospital, assume os salários de funcionários, de técnicos e de uma parcela dos salários de médicos especialistas, enquanto o CIS assume a complementação dos salários de médicos, garantindo um nível salarial que permitiu a interiorização de especialidades e serviços antes inexistentes em unidades públicas no interior do Estado.

#### **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO TELES PIRES**

Referência: Hospital Regional de Sorriso (100 Leitos – 400 km de Cuiabá)

Especialidades:

Anestesia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Traumato-Ortopedia, Neurologia, Pediatria (com Neonatologia) e Clínica Médica.

Oferece serviços de Raio-X, Unidade de Reabilitação e Fisioterapia, Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue (Hemonúcleo), Laboratório de Patologia Clínica, Ultrasonografia, Endoscopia Digestiva e Eletrocardiografia (através de Telemedicina).

#### **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE MATO-GROSSENSE**

Referência: Hospital Regional de Colider (58 Leitos – 680 km de Cuiabá)

Especialidades:

Anestesia, Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Clínica Médica.

Oferece serviços de Raio-X, Unidade de Reabilitação e Fisioterapia, Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue (Hemonúcleo), Laboratório de Patologia Clínica, Ultrasonografia e Eletrocardiografia (através de Telemedicina).

O segundo modelo de CIS traz como unidade de referência hospitalar um Hospital Municipal. Os exemplos são os CIS da Região do Alto Tapajós - Hospital Municipal Albert Sabin de Alta Floresta, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Garças-Araguaia - Hospital Municipal de Barra do Garças e a Articulação Intermunicipal da Região do Vale do Peixoto – Hospital Municipal de Peixoto de Azevedo. Nos dois primeiros exemplos, o município-sede mantém a unidade hospitalar e o custo com salários de médicos e serviços ofertados é rateado entre os municípios e a SES, na relação de 2 para 1, respectiva-

mente. No último exemplo, os municípios não se constituíram formalmente em consórcio, dividem entre si os custos com remuneração de profissionais médicos e alguns materiais de consumo, com a SES tendo construído e equipado a unidade hospitalar.

#### **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO ALTO DO TAPAJÓS**

Referência: Hospital Municipal Albert Sabin de Alta Floresta  
(50 Leitos – 800 km de Cuiabá)

Especialidades:

Anestesia, Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Clínica Médica.

Oferece serviços de Unidade de Reabilitação e Fisioterapia, Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue (Hemonúcleo), Raio-X, Ultra-sonografia e Laboratório de Patologia Clínica.

#### **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO GARÇAS-ARAGUAIA**

Referência: Hospital Regional de Barra do Garças (50 Leitos – 500 km de Cuiabá)

Especialidades:

Anestesiologia, Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Pediatria e Clínica Geral.

Oferece serviços de Unidade de Coleta e Transfusão, de Sangue, Radiologia, Ultra-sonografia, Laboratório de Análises Clínicas, Nutricionista e Assistência Social.

#### **ARTICULAÇÃO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO VALE DO PEIXOTO**

Referência: Hospital Regional de Peixoto de Azevedo (40 Leitos – 700 km de Cuiabá)

Especialidades:

Traumato-Ortopedia e Cirurgia Geral.

Oferece serviços de Raio-X, Unidade de Reabilitação e Fisioterapia, Transfusão de Sangue (Hemonúcleo), Ultra-sonografia e Laboratório de Patologia Clínica.

No terceiro modelo de CIS, o hospital que funciona como referência é uma unidade, cujo controle o município assumiu através de arrendamento ou o recebendo de uma entidade, municipalizando-a e dividindo a gestão da mesma com o CIS. Os exemplos são o CIS da Região do Médio Araguaia – Hospital Municipal de Água Boa (arrendado na iniciativa privada), o CIS da Região do Garças-Araguaia – Hospital Municipal de Barra do Garças (recebido do Sindicato Rural) e o CIS da Região do Baixo Araguaia – Hospital Municipal de Confresa (arrendado na iniciativa privada).

Aqui o custo é rateado da mesma forma que no modelo anterior, assim como nos modelos posteriores.

#### **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO ARAGUAIA**

Referência: Hospital Regional de Água Boa (40 Leitos – 750 km de Cuiabá)

Especialidades:

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Traumato-Ortopedia, Pediatria e Clínica Médica.

Oferece serviços de Raio-X, Laboratório de Patologia Clínica e Ultra-sonografia.

### **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO BAIXO ARAGUAIA**

Referência: Hospital Regional de Confresa (50 Leitos – 1.200 km de Cuiabá)

Especialidades:

Anestesia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Pediatria.

Oferece serviços de Unidade de Reabilitação e Fisioterapia, Unidade Transfusional, Raio-X, Ultra-sonografia e Laboratório de Patologia Clínica.

No quarto modelo, o hospital que funciona como referência para internação é uma unidade filantrópica credenciada junto ao SUS e o CIS compra atendimento ambulatorial e de apoio diagnóstico especializados na rede privada. O exemplo é o CIS da Região Oeste de Mato Grosso – Hospital São Luís, na cidade de Cáceres.

### **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE DE MATO GROSSO**

\*Referência (internação): Hospital São Luis de Cáceres  
(120 LEITOS – 220 km de Cuiabá)

Especialidades:

Traumato-Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Neurologia e Cardiologia.

Auxílio diagnóstico contratado para: Endoscopia, Ecodoppler, Histopatológico, Laboratório Clínico, Ultra-sonografia, Tonometria, Fundoscopia, Ergometria e Ecocardiograma.

Compõem ainda o sistema, uma Unidade Médico-Ambulatorial em Cáceres e uma Unidade Mista em São José dos Quatro Marcos.

O quinto modelo de CIS compra 100% do atendimento na rede privada, negociando pacotes que incluem consulta, internação, cirurgia e SADT. Este modelo surgiu em decorrência de que na região consorciada não havia hospitais públicos em condições de oferecer atendimento nas especialidades necessitadas pelos municípios. O exemplo é o CIS da Região Médio Norte Mato-grossense, com sede na cidade de Tangará da Serra.

### **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO NORTE**

(Tangará da Serra – Sede — 240 km de Cuiabá)

Especialidades com serviços comprados na rede privada:

Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Traumato-Ortopedia (incluindo consulta, internação, cirurgia, SADT e procedimentos, como colocação e retirada de gesso).

Os 9 Consórcios em funcionamento no Estado de Mato Grosso firmaram-se como Referências Microrregionais para a Atenção de Média Complexidade. Essas regiões do Estado, mesmo algumas delas tendo hospitais públicos, não possuíam especialidades essenciais e passaram a tê-las nos últimos anos.

A partir de 1999, os CIS começaram a funcionar como Centrais de Marcação e Regulação, iniciando um processo de ordenamento para Cuiabá dos necessários encaminhamentos de mais alta complexidade.

---

\* O Hospital Regional Dr. Antônio Fontes (110 leitos) em Cáceres, inaugurado em outubro de 2001, assumiu a referência ambulatorial e hospitalar do Consórcio.

Alguns Exemplos de Redução de Encaminhamentos para Cuiabá:

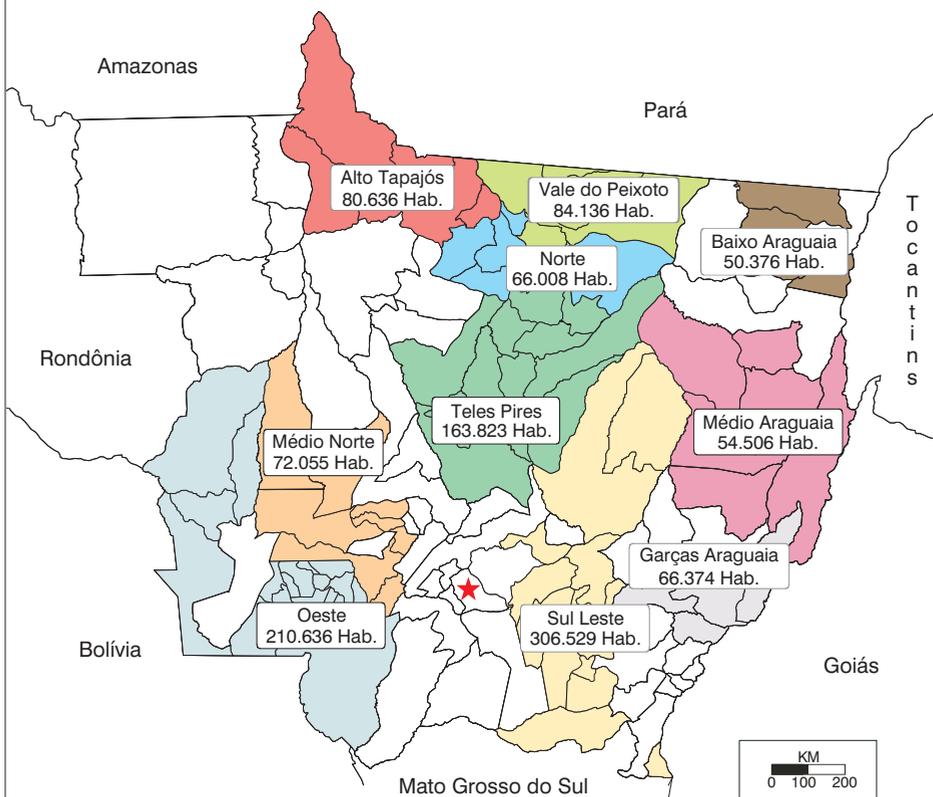
|                | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|
| Teles Pires    | 346  | 285  | 202  | 71   | 66   | 89   |
| Norte          | 358  | 147  | 84   | 67   | 92   | 59   |
| Alto Tapajós   |      |      |      |      | 111  | 71   |
| Médio Araguaia |      |      |      |      | 213  | 162  |

A conjugação de esforços de grupos de municípios e da SES, ao oferecer salários de mercado, permitiu atrair especialistas médicos de outras regiões, introduzindo um elemento de competição com unidades credenciadas no sistema e mesmo com privadas.

Os CIS em Mato Grosso, ao viabilizarem a constituição de um já significativo número de unidades de referência de média complexidade, localizadas em diferentes regiões do Estado e integrantes do sistema estadual de referência e contra-referência, estão indicando o alcance de algumas questões importantes:

- 1) Garantiram o acesso à assistência ambulatorial, hospitalar e de serviços de média complexidade aos cidadãos de regiões antes não assistidas, utilizando estratégias flexíveis, mas garantindo o controle do sistema pelos gestores públicos, com o auxílio de mecanismos, como Câmaras de Compensação de AIH's e de Auditoria, montadas a partir das Comissões Intergestores Bipartites Regionais;
- 2) Ao concentrarem a referência em unidades estrategicamente distribuídas, facilitam o monitoramento destas unidades, com a implantação de programas de melhoria de desempenho (acreditação, melhoria de qualidade etc.);
- 3) Facilitaram o desenvolvimento da necessária coordenação entre a Atenção Primária e a Assistência Especializada, estabelecendo mecanismos de garantia da referência e contra-referência, além de permitir a discussão para o estabelecimento de guias, consensos e protocolos clínicos comuns aos dois níveis de assistência.

Consórcio Intermunicipal de Saúde – Mato Grosso, Junho/1999



100

**Consórcios**

- Teles Pires (11 municípios)
- Norte Matogrossense (10 municípios)
- Alto Tapajós (6 municípios)
- Região Oeste (15 municípios)
- Sul Matogrossense (15 municípios)
- Médio Norte (7 municípios)
- Médio Araguaia (5 municípios)
- Região Garças-Araguaia (6 municípios)
- Região Baixo Araguaia (4 municípios)
- Região Vale do Peixoto (5 municípios)
- ★ Cuiabá

Fonte: Ass. Técnica/SES

# VI – Arquitetura da Organização Regionalizada: Consórcios Intermunicipais de Saúde em Mato Grosso\*

---

Luisa Guimarães<sup>74</sup>

Este capítulo focaliza a construção e o desenvolvimento dos consórcios em Mato Grosso, como estratégia integrante da política de saúde empreendida pela gestão estadual, a partir de 1995, que objetivava a organização descentralizada da atenção à saúde pela via da regionalização. A perspectiva que orienta a descrição e a análise das informações é o argumento de que, na área social, a adoção de política ativa de incentivos, por parte da esfera estadual, favorece o cumprimento pelos municípios das responsabilidades correspondentes na gestão do sistema (Arretche, 1999). A discussão desenvolvida até aqui procura mostrar que a gestão estadual de Mato Grosso conduziu proposta de política de saúde para o Estado, direcionada para o planejamento e o investimento regionais, bem como a construção de pactos cooperativos entre municípios e o Estado, mediante os consórcios em saúde. Esse conjunto de compromissos foi adotado como instrumento, por ambas as esferas – estadual e municipal – para assumirem, de forma colaborativa, a gestão respectiva do sistema de saúde, específica no seu âmbito de competência.

Para por em prática as estratégias da política estadual de saúde, inclusive os consórcios, foi necessário, além do apoio e da adesão municipal, incentivar a descentralização nas modalidades previstas na NOB/96 e, assim, configurar a morfologia correspondente ao modelo regional de organização: atenção básica ofertada no nível local (*descentralização máxima*) e atenção de referência ofertada de forma cooperativa nos consórcios (*concentração mínima*). As condições necessárias à organização regional foram albergadas nos pólos de saúde ativados como espaços de articulação, consenso e decisão entre gestores, para a coordenação de atividades de planejamento, capacitação

---

\* Este texto é parte do Capítulo V da Dissertação de Mestrado “Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: os Consórcios em Saúde de Mato Grosso”, defendida pela autora junto à ENSP/Fiocruz.

74. Psicóloga, Mestre em Ciências e Psicóloga do Ministério da Saúde.

e monitoração do sistema de serviços de saúde regional. As funções dos Pólos foram renovadas com a reedição, na lógica regional, de mecanismos institucionais previstos no SUS (*comissão intergestores bipartite regional, programação pactuada e integrada, sistema estadual de referência, câmara de auditoria regional*).

O panorama dos consórcios neste capítulo visa a apresentar elementos de apoio ao argumento de que a SES/MT implantou, por dois mandatos consecutivos, política de descentralização pela via da regionalização, induziu nova configuração do sistema de saúde, baseada na *tradução* da NOB/96 e implantou mecanismos previstos no SUS, que foram reeditados na óptica do espaço regional. Com isso, promoveu condições para atuar ativamente na construção de parceria com municípios no interior do Estado, melhorando a performance da gestão do sistema de saúde como um todo. Na primeira parte deste capítulo, está descrito e comentado o surgimento e o desenvolvimento dos consórcios em Mato Grosso, a partir de 1995, até o ano de 2000. A SES/MT, seguindo a forma de construção de consensos e alianças, elaborou com os municípios conjunto de orientações para promover os consórcios, baseadas nas situações de outros Estados e iniciou a difusão e o incentivo dessa modalidade de articulação intergovernamental junto às prefeituras. Por fim, apresenta-se a situação dos consórcios, decorridos cinco anos de constituição do pioneiro no Estado.

## 1 – CONSÓRCIOS DE SAÚDE EM MATO GROSSO: DESENHO E IMPLANTAÇÃO

A descentralização pela via da regionalização configurou uma diretriz para a mudança da organização da assistência à saúde, promovida pela *Política de Saúde em Mato Grosso*, a partir de 1995 (SES/MT, 2000c). A vinculação da regionalização com o consórcio de saúde ocorreu porque a SES/MT concluiu que tal instrumento seria potencialmente valioso para fortalecer a construção de parcerias e promover a cooperação intergovernamental na solução de problemas de uma região. Ao mesmo tempo, os consórcios poderiam articular serviços municipais e romper com a *atomização* de sistemas locais de saúde, resultante do processo de descentralização, sem a coordenação ativa da esfera estadual. Por outro lado, os problemas de ordem social existentes – acesso e custos – eram compartilhados entre governos municipais e foram motivadores da cooperação intergovernamental. Tais problemas se originam devido tanto à concentração de serviços na capital quanto às condições precárias de estradas, gerando altos custos às populações do interior, no momento de acessar serviços de saúde. A extensão territorial e a dispersão populacional também constituíam fatores que dificultam a interiorização de serviços especializados de saúde e a manutenção de recursos humanos qualificados, que garantam o atendimento integral à saúde (MS/Opas, 1998 e Soares, 1999). Ademais, em consequência da interdependência entre a rede de serviços, a falta de referência limitava os resultados da atenção básica em particular.

Essa situação problemática reforçou a proposta de cooperação *municípios-Estado*, mediante os consórcios, assumida como estratégia para enfrentar dilemas na efetivação da descentralização, inclusive no tocante à geração de recursos financeiros para investimentos regionalizados, buscando contrapor-se à *prefeiturização* ou à ingerência políti-

ca.<sup>75</sup> No entanto, o estímulo de ações cooperativas, envolvendo transferência de recursos financeiros próprios de cada município para a gerência compartilhada, implica na superação de dificuldades de natureza política e partidária geradoras de desconfiança (Ribeiro e Mendes, 1999; Ribeiro, 1994). Intenso e longo, esse acordo intergovernamental pode, por esses motivos, não ser vitorioso. A conformação de fundos comuns com recursos financeiros próprios de origem escassa para a utilização compartilhada, no caso de consórcios, carece de autorização dos poderes legislativos municipais e conduz a negociação e o acordo para além dos atores cotidianos do setor saúde.<sup>76</sup>

A meta da SES/MT, em 1995, nesse sentido, era incentivar a constituição de 11 consórcios no Estado; isso requereu, de início, o desenho da proposta a ser implantada. Para tanto, a gestão estadual organizou *grupo-tarefa*, integrado por técnicos e secretários municipais de saúde, vinculado ao gabinete da SES/MT, que, após visitar outros Estados e conhecer situações variadas de associação intermunicipal, foi incumbido da *sensibilização e negociação* junto aos atores municipais.<sup>77</sup> Esse *grupo-tarefa* trabalhou a partir do modelo de consórcio implantado no Estado de Minas Gerais e das referências do documento do Mato Grosso do Sul sobre consórcios, editado em 1997. Assim, levando em conta os problemas, as motivações específicas e as alternativas viáveis de cooperação no Estado, o grupo desenhou a estratégia de consórcios de Mato Grosso. O conteúdo concebido pelo *grupo-tarefa*, por ter sido elaborado com a participação do Estado e dos municípios, já pressupunha acordo prévio dos contornos e dos objetivos desse instrumento, o que facilitou a pronta difusão do consórcio junto aos municípios.

Em termos da função, o consórcio em Mato Grosso foi proposto como instrumento de formalização dos pactos de cooperação, para o provimento de serviços de especialidades médicas de referência para a atenção básica, implantada em cada município. Os objetivos apresentados para o consórcio foram de caráter *administrativo*, substituição de responsabilidades tradicionalmente concentradas no Estado; *político*, reforço do papel dos municípios na gestão setorial; *financeiro*, otimização e ordenamento da utilização dos recursos disponíveis; *organizativo*, oferta de assistência especializada e *estratégico*, conjugação da cooperação e da assistência técnica. Como vantagens, figuravam a racionalização, a modernização administrativa e o planejamento regionalizado. À semelhança da maioria dos consórcios existentes no país, foi indicada a constituição de entidade jurídica própria, para a administração do fundo comum de recursos (SES/MT, s/data a).

A etapa de difusão – sensibilização – resultou em longa tarefa de, aproximadamente, um ano de trabalho em cada região, porque cada projeto foi apresentado e discutido com representantes de vários segmentos municipais, buscando a melhor adequação, adesão e sustentação dos objetivos. Não há, ainda, material da SES/MT que descreva essa importante e dedicada etapa de sensibilização do *grupo-tarefa*, fator que limita as possibilidades de análise política da construção desses consensos. Para os objetivos

75. Uma crítica ao processo de descentralização argumenta que, ao descentralizar recursos, ocorria a *apropriação do mando único por grupos de interesses incrustados no poder local*, situação denominada de *prefeiturização* (Mendes, 1999:116).

76. Para contornar dificuldades políticas de alguns municípios, junto ao Poder Legislativo Municipal, no momento de obter autorização para participar do consórcio com a correspondente previsão orçamentária, foi adotada, ainda que considerada uma medida inconstitucional, a inclusão de vereadores no conselho fiscal do consórcio.

77. A etapa de *sensibilização* foi realizada em conjunto de municípios de uma região, onde eram difundidas informações do modelo de consórcio a ser incentivado, de acordo com as diretrizes e as estratégias da política de saúde.

desta pesquisa, documentos e entrevistas com atores-chave trouxeram importantes informações sobre aquele processo e acerca da implantação da estratégia como um todo.<sup>78</sup>

O modelo de consórcio em Mato Grosso foi associado à política de saúde que vinha sendo implantada no Estado e, portanto, não era apresentado como solução isolada, mas fortemente vinculado à organização da atenção básica. Era uma alternativa para a busca da resolução de problemas relacionados ao acesso e aos custos, na garantia da integralidade e da equidade com escala, ao possibilitar a ampliação da oferta de serviços em regiões dispersas do interior. Nesse sentido, foi etapa seguinte à organização de cada sistema local, e não substitutiva, que resultava, por fim, na articulação do sistema de serviços estadual como um todo, com a implantação de sistema de referência. A organização de consórcio numa região, de acordo com a perspectiva do Estado, daria visibilidade aos investimentos dos municípios, porque propiciaria o efetivo funcionamento de programas de atenção básica, que demandavam serviços de média complexidade para a referência das populações cobertas.

Enquanto esse processo se desenvolvia com o apoio e incentivo da SES/MT, transformações para: a ativação dos pólos regionais de saúde e implantação de mecanismos para alcançar a institucionalização do espaço regional (reestruturação do órgão gestor, comissão intergestores bipartite regional, programação pactuada e integrada, sistema estadual de referência e câmara de auditoria regional), foram também implementadas. Dessa forma, conciliados no mesmo tempo e espaço, o incentivo à parceria com o Estado na organização da referência e o reforço da esfera municipal na garantia da atenção básica resultariam na formatação regional do sistema de serviços de saúde consoante as demandas, ampliando a participação dos municípios na gestão do SUS Estadual. Novas formas políticas de atuar resultaram dessa equação, porque as reivindicações de cada município ao Estado passaram a ser negociadas no âmbito do coletivo regional, ao mesmo tempo em que cada município se comprometia, junto aos seus parceiros, mais que perante o Ministério da Saúde ou a SES/MT, a organizar o provimento da atenção básica em seu território e, pela via da cooperação, garantir o funcionamento de serviços de referência em sua região.

Na prática, a constituição dos consórcios seguia roteiro elaborado pelo *grupo-tarefa*, com seis etapas básicas, que eram modificadas conforme a dinâmica imprimida na etapa de *sensibilização*.

- (i) Ampla discussão com os setores sociais dos municípios potencialmente interessados sobre o objetivo do Consórcio.
- (ii) Definição da Programação de Especialidades e Serviços que atenda às necessidades de assistência dos municípios, seu correspondente custo e critérios de rateio desse custo.
- (iii) Escolha da Unidade Ambulatorial e Hospitalar que servirá de referência.
- (iv) Criação do Consórcio, com aprovação dos instrumentos e procedimentos jurídicos que estabelecem as diretrizes, direitos e deveres dos Municípios Consorciados (Estatutos, Regimento Interno).

---

78. Atores-chave são aqueles técnicos e políticos que estiveram diretamente envolvidos com a etapa de sensibilização. Alguns deles foram entrevistados para o presente estudo.

- (v) Aprovação da Lei Autorizativa Municipal na Câmara de Vereadores de cada município.
- (vi) Assinatura de Termo de Convênio com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, onde aquela estabelece sua participação em 50% do montante dos recursos dos municípios (isto, onde a unidade escolhida não é da SES) para ser usada no custeio das atividades do Consórcio (SES/MT, s/data a).

A implantação dos consórcios em Mato Grosso foi, assim, seguindo o modelo configurado para o Estado, mas, em cada região, a estrutura e o funcionamento do *instrumento do consórcio*, pacto formalizado pelos entes consorciados, resultaram de acordos específicos alcançados no período de *sensibilização*. Outros fatores intervenientes na modalidade do consórcio foram o grau de articulação prévia entre as esferas, a abrangência dos objetivos e o *tipo de unidade* de saúde de referência em questão. Desse, o mais significativo, na avaliação da SES/MT, foi o tipo de unidade de saúde prestadora dos serviços objeto do consórcio, porque aí se definia a estrutura financeira da cooperação intergovernamental. A decisão sobre o *tipo de unidade* de referência definia a modalidade de cooperação assumida, visto que influenciou nas características da gerência administrativa e financeira dos interesses comuns. Expressava, ainda, o primeiro consenso intergovernamental e, por isso, integrava as etapas preliminares à conformação do consórcio (entrevista com assessor da SES/MT).

O *tipo de unidade* se refere à *natureza da unidade* estadual, municipal, publicizada, contratada ou privada.<sup>79</sup> Esse padrão cumpre decisões que sustentam a regionalização, as quais estabelecem que as unidades para referência são aquelas que já prestavam serviços de abrangência regional ou com potencialidade para tal, mantendo a prioridade para as instalações públicas, estaduais e municipais.<sup>80</sup> A rede privada, por sua vez, permaneceu como referência aos serviços complementares, onde não existiam unidades públicas ou a capacidade de produção dessas era insuficiente para atender à demanda regional programada (SES/MT, 2000c).<sup>81</sup>

No tocante à relação entre a *natureza da unidade* prestadora e a gerência financeira do consórcio, o que ocorreu em Mato Grosso foram complexas combinações de fontes, proporções e destino dos recursos municipais, estaduais e, até mesmo, federais (Quadro 1). Assim, quando a unidade de referência estava cadastrada no SUS, independentemente de sua natureza, os recursos (federais) da produção de serviços foram somados aos municipais e estaduais. Nas unidades estaduais, os recursos originados do pacto do consórcio objetivavam o financiamento do salário de especialistas, sendo o montante municipal equivalente ao aporte estadual para o custeio dessa ação. Em unidades municipais, publicizadas ou contratadas, a contribuição dos municípios equivalia a dois terços do custeio das especialidades médicas e, a estadual, ao terço restante. No caso de compra direta de serviços junto ao setor privado, o pacto firmado manteve a mesma

---

79. No caso de Mato Grosso, publicizada refere-se às unidades arrendadas da iniciativa privada ou recebidas pelos municípios de outros organismos. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde da Região do Médio Araguaia e do Baixo Araguaia receberam em arrendamento unidades hospitalares privada e filantrópica de 40 e 50 leitos especificamente. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Garças-Araguaia recebeu em arrendamento unidade de sindicato rural com 50 leitos. Publicizada refere-se à transferência para o setor público não estatal (Brasil, 1995:73).

80. A prioridade mantida é aquela definida na Lei Orgânica da Saúde para a integração no SUS.

81. Em Cáceres, foram combinados serviços de unidade hospitalar filantrópica e compra de serviços especializados e apoio diagnóstico e terapêutico no setor privado.

sistemática anterior. O aporte municipal resultante das cotas mensais variava, ainda, em última instância, com referência à população (SES/MT, 2000c).<sup>82</sup>

Os municípios não participantes de consórcios ou regiões, onde esses não existiam, estão assim mesmo integrados ao sistema estadual de saúde ou seja, participam de uma CIB, têm as ações assistenciais integradas na PPI, podem aceder ao sistema estadual de referência e, portanto, à câmara de compensação regional e do sistema estadual de auditoria. O que muda fundamentalmente é a relação desses municípios com o Estado e com os demais gestores, que, nesses casos, ocorre sempre referenciada ao Pólo Regional de Saúde.

QUADRO 1  
Modalidades dos Consórcios de Saúde em Mato Grosso, 2000.

| UNIDADE DE REFERÊNCIA  | CONTRIBUIÇÃO DA SES                                    | CONTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS       | CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE   |
|------------------------|--|-----------------------------------|--|
| Estadual               | Equivalente à municipal, investimentos e administração | Cota com base populacional        | 1. Teles Pires (Sorriso)<br>2. Região Norte (Colider)  |
| Municipal              | 1/3 da parte municipal e investimentos                 | Custeio de 2/3 das especialidades | 3. Alto Tapajós (Alta Floresta)<br>4. Vale do Peixoto (Peixoto de Azevedo)                           |
| Publicizada            |  |                                   | 5. Médio Araguaia (Água Boa)<br>6. Garças-Araguaia (Barra do Garças)<br>7. Baixo Araguaia (Confresa) |
| Filantrópica           |  |                                   | 8. Oeste de Mato Grosso (Cáceres)  |
| Filantrópica e privada |  |                                   | 9. Sul Leste (Rondonópolis)  |
| Privada                |  |                                   | 10. Médio Norte (Tangará da Serra)   |

Fonte: Elaborado com base em informações da SES/MT, 1998 e SES/MT, 2000.

## 2 – PANORAMA DOS CONSÓRCIOS EM MATO GROSSO: ALCANCES E PENDÊNCIAS

Em 1995, primeiro ano do primeiro mandato do governo estadual de Mato Grosso, a SES/MT projetou a constituição de 11 consórcios em regiões de referência, objetivando aumentar a resolução do sistema de serviços de saúde, com ênfase em unidades públicas de atenção de média e alta complexidade. Até 2000, dos consórcios planejados pela

82. No Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires, o critério de definição de cotas foi acordado entre os prefeitos, com base na combinação entre população e utilização de serviços (entrevista com Presidente do Consórcio).

SES/MT, dois não se constituíram: o de *Vale do Arinos* e o da *Baixada Cuiabana*. No primeiro caso, não se concretizou, porque o município que possuía unidade em condições de se tornar referência não assumiu a liderança do processo. Quanto ao da *Região da Baixada Cuiabana*, projetou-se a participação de Cuiabá, o que não ocorreu por dificuldades no acordo com a capital (entrevista com assessor da SES/MT).<sup>83</sup> Outra situação ocorreu com o da *Região Sul-Leste*, que está constituído formalmente conforme planejado, mas que, por não lograr a superação de impasses na negociação com a unidade de referência, um hospital filantrópico, operou apenas de janeiro a abril de 1998. Nessa Região, devido à não superação do impasse, o Estado retomou obras iniciadas em 1987 em unidade estadual, para vir a ser sede do consórcio. Um consórcio não planejado foi constituído no *Vale do Peixoto* em 1999, como desmembramento do *Consórcio da Região Norte Mato-grossense*. Esse, no entanto, ainda não teve convênio firmado com a SES/MT.

No caso de Mato Grosso, todos os consórcios estão constituídos como *sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos*, com estrutura composta por conselho de prefeitos, conselho técnico, conselho fiscal e secretaria executiva, em conformidade com a orientação contida no documento da assessoria técnica da SES/MT.<sup>84</sup> Os objetivos dos consórcios também seguem a orientação da SES/MT, incluindo a participação dos municípios na gerência de unidades, na compra de serviços e na contratação de pessoal.

Em 1999, no segundo mandato, a SES/MT concentrou esforços no aprimoramento do funcionamento dos nove consórcios, indicando haver dificuldades ainda não superadas nas bases da cooperação intergovernamental. A atuação da SES/MT foi necessária para manter a proposta frente aos problemas relativos à organização regional, à prestação de contas, à inadimplência e às cargas tributárias. A coordenação da gestão estadual foi aditivada mediante o estabelecimento de instrumentos de reforço (i) de fluxos de encaminhamento de planos operativos dos consórcios à esfera estadual e ao Tribunal de Contas do Estado (TCE); (ii) da prestação de contas ao TCE; (iii) de medidas para eliminar a inadimplência municipal – apenas o Consórcio da Região Oeste de Mato Grosso e o Consórcio do Médio Norte não apresentavam inadimplência –; (iv) de estudos de alteração da personalidade jurídica do consórcio para diminuir cargas tributárias; (v) de sistemáticas para avançar no acompanhamento dos consórcios pelos pólos e para aperfeiçoar a articulação da assessoria técnica da SES/MT com esses pólos.

O saldo dos consórcios existentes resulta, fundamentalmente, de fatores políticos e estruturais, que interferem de forma permanente na concretização e manutenção da cooperação intermunicipal (Ribeiro e Costa, 1999; Lima, 1998, Schneider, 1998; Ribeiro, 1994; Cruz, 1992). Em 2000, os nove consórcios em funcionamento estavam integrados

83. Não existem consórcios dos quais faça parte a capital do Estado.

84. A estrutura da *pessoa jurídica* criada para administrar o consórcio, no caso de Mato Grosso, seguiu o padrão de outros Estados e de recomendações do Mato Grosso do Sul. Os conselhos também acompanharam a tendência e a recomendação. A opção em Mato Grosso foi por estrutura colegiada da qual participam os prefeitos, no órgão máximo de deliberação; os secretários municipais de saúde, no conselho técnico; representantes de Conselhos Municipais de Saúde, com inclusão de indicados pela Câmara de Vereadores, no conselho fiscal, para o acompanhamento financeiro. Criou-se uma secretaria executiva, que se constitui como órgão administrativo do consórcio, com funcionários contratados.

por 69 municípios (55%), cobrindo 38% da população estadual. Dos 13 pólos existentes no Estado, em nove foram constituídos consórcios com delimitação territorial. No Pólo Regional de Sinop, onde foi constituído o primeiro consórcio, encontram-se em funcionamento dois consórcios. Nos nove pólos onde existe o consórcio, esse caracteriza-se como unidade de referência para especialidades médicas e serviços definidos para a região. O pólo funciona como sede da comissão intergestores bipartite regional, realiza a compensação dos atendimentos conforme a programação e o consórcio opera a central de consultas e de regulação regional (SES/MT, 2000c).

O surgimento dos consórcios em Mato Grosso foi incremental e bastante influenciado pela capacidade de estímulo e mobilização da gestão estadual, para viabilizar consensos e conciliar interesses locais por meio do *grupo-tarefa*. O primeiro consórcio foi constituído em 1995 e, em 1997, outros cinco foram criados. Em 1998, dois novos casos surgiram e um outro, em 1999. Um último consórcio, criado em 2000.<sup>85</sup> Os registros da criação dos consórcios indicam tempos variados de articulação em cada região. O fato de que os primeiros foram estruturados com base em unidade estadual sugere que a SES/MT teve que *provar ela mesma* o modelo que propunha. A partir de 1997, consórcios estruturados em unidades municipais passaram a ser constituídos.

Em 2000, quanto à *natureza da unidade de referência* dos consórcios em funcionamento, predominava a municipalizada (três publicizadas e duas municipais), seguida da estadual (duas). Dos demais, dois se estruturavam em unidades filantrópicas, mas apenas um estava em funcionamento e com fortes probabilidades de mudança de unidade por impasses na negociação. O predomínio de unidades municipais pode ser indicativo do sucesso da adesão dos governos municipais à política de regionalização pela via dos consórcios e da cooperação intergovernamental. A dificuldade de negociação com a unidade filantrópica, por seu turno, ocorre em região bastante próxima da região metropolitana de Cuiabá e pode estar sob a influência de interesses de mercado. Esse impasse na negociação com a unidade levou os agentes a buscar meios para reformar a unidade estadual já existente desde 1987, com o objetivo de resolver a questão da referência regional.

Quanto às características do pólo onde existiam consórcios criados até o ano de 2000, pode-se observar que, em Sinop, o segundo em população do Estado, existem dois consórcios, articulando todos os 14 municípios da região. Dois municípios, Colider e Nova Guarita, integram o Consórcio da Região Norte no Pólo de Sorriso, embora pertençam ao Pólo de Peixoto de Azevedo. Colider é, inclusive, a sede do Consórcio. Em Sinop, os consórcios tiveram por referência unidades estaduais. Os demais consórcios estão localizados em pólos distintos, sendo os serviços de referência de natureza filantrópica, municipal, publicizada ou privada.<sup>86</sup>

Observa-se a tendência de que os primeiros consórcios fossem aqueles com referência em unidades estaduais (1995 e 1997). Os consórcios com referência em unidades filantrópicas ou privadas estão localizados na região mais ao sul e sudoeste do Estado,

85. Em alguns Consórcios Intermunicipais de Saúde, há diferença entre o ano de criação e o de entrada em operação.

86. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sul Leste foi criado em fins de 1997 e passou a operar em 1998 e, atualmente, está interrompido. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste foi reorganizado e passou a operar no ano de 1998.

mais próximo à Cuiabá e são os mais tardios.<sup>87</sup> Os referenciados às unidades estaduais e municipais estão mais ao norte do Estado, em regiões mais afastadas e ao longo de rodovias de integração (Quadro 2).

## QUADRO 2

Natureza da Unidade e Ano de Criação dos Consórcios em Mato Grosso, 2000.

| PÓLO REGIONAL DE SAÚDE | NÚMERO DE CONSÓRCIOS | ANO DE CONSTITUIÇÃO DO CONSÓRCIO |      |      |      |      |      |
|------------------------|----------------------|----------------------------------|------|------|------|------|------|
|                        |                      | 1995                             | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| Sinop                  | 2                    |                                  |      |      |      |      |      |
| Alta Floresta          | 1                    |                                  |      |      |      |      |      |
| Porto Alegre do Norte  | 1                    |                                  |      |      |      |      |      |
| Cáceres                | 1                    |                                  |      |      |      |      |      |
| Rondonópolis*          | 1                    |                                  |      |      |      |      |      |
| Água Boa               | 1                    |                                  |      |      |      |      |      |
| Tangará da Serra       | 1                    |                                  |      |      |      |      |      |
| Peixoto de Azevedo     | 1                    |                                  |      |      |      |      |      |
| Barra do Garças        | 1                    |                                  |      |      |      |      |      |

Fonte: Elaborado com base em informações da SES/MT.

\*Operou alguns meses, interrompeu o funcionamento e reiniciou o processo de negociação em 2000.

109

Natureza da Unidade onde são prestados os serviços consorciados

|  |                     |  |                      |
|--|---------------------|--|----------------------|
|  | Unidade Estadual    |  | Unidade Filantrópica |
|  | Unidade Municipal   |  | Rede Privada         |
|  | Unidade Publicizada |  |                      |

Com relação ao município-sede do consórcio em Mato Grosso, é possível observar que esse encontra-se em faixas populacionais que variam de 15 até 142 mil habitantes, e de densidade populacional entre 1,3 e 34,1 habitantes por quilômetro quadrado. Ao se relacionar o tamanho da população do município-sede e a natureza da unidade de referência, observa-se tendência de que, nos mais populosos, Cáceres e Rondonópolis, as unidades sejam filantrópicas, seguidas dos serviços privados (Tangará da Serra). As referências em unidades municipais e publicizadas estão localizadas em municípios pequenos (15 a 47 mil habitantes): Água Boa, Confresa, Peixoto Azevedo, Alta Floresta e Barra do Garças. Os consórcios com referência em unidades estaduais, por sua vez, concentram-se em municípios-sede, com população entre 15 e 28 mil habitantes (Quadro 3).<sup>88</sup>

87. Essas correlações são iniciais e foram feitas, considerando as informações de população e densidade populacional, referentes ao ano de 1996, contidas em Lavras, 1999.

88. Consórcio Intermunicipal de Saúde Sul-Leste, criado em fins de 1997, e operando em 1998; Consórcio Intermunicipal de Saúde Oeste, reorganizado, e operando em 1998; Consórcio Intermunicipal de Saúde Médio Norte, criado e operante em 1998.

QUADRO 3  
Características do Município-Sede e do Consórcio em Mato Grosso, 2000.

| CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE | MUNICÍPIO SEDE   |           |           | CONSÓRCIO |           |                  |                  |
|--|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|------------------|
|  | NOME             | POPULAÇÃO | DENSIDADE | UNIDADE   | COBERTURA | Nº DE MUNICÍPIOS | PER CAPITA MÊS** |
| Médio Araguaia                                 | Água Boa         | 15.093    | 1,31      |           | 60.875    | 7                | 0,49             |
| Baixo Araguaia                                 | Confresa         | 17.196    | 2,96      |           | 56.719    | 4                | 0,65             |
| Teles Pires                                    | Sorriso          | 25.373    | 2,72      |           | 184.978   | 11               | 0,78*            |
| N. Mato-grossense                              | Colider          | 28.416    | 9,44      |           | 67.213    | 5                | 1,19*            |
| Vale do Peixoto                                | Peixoto Azevedo  | 29.237    | 2,02      |           | 84.426    | 5                | 0,36             |
| Alto Tapajós                                   | Alta Floresta    | 42.852    | 4,77      |           | 77.375    | 6                | 0,58             |
| Garças-Araguaia                                | Barra do Garças  | 47.133    | 5,38      |           | 67.047    | 6                | 0,37             |
| Médio Norte                                    | Tangará da Serra | 50.925    | 4,33      |           | 137.292   | 8                | 0,27             |
| Oeste  | Cáceres          | 73.596    | 2,97      |           | 211.100   | 17               | 0,28             |
| Sul Leste                                      | Rondonópolis     | 142.524   | 34,10     |           | 317.174   | 15               | 0,24             |

Fonte: Elaborado com base em informações da SES/MT.

\*Com base em valores de 1997; exceto nesses consórcios a SES contribui com mais de 50% do que contribuem os municípios, respectivamente 139% e 219%.

\*\*O Cálculo foi feito em relação aos recursos dos fundos comuns de cada consórcio e a população coberta.

Natureza da Unidade onde são prestados os serviços consorciados

|   |                     |   |                      |
|---|---------------------|---|----------------------|
|  | Unidade Estadual    |  | Unidade Filantrópica |
|  | Unidade Municipal   |  | Rede Privada         |
|  | Unidade Publicizada |   |                      |

Os quadros acima sumarizam algumas características de todos os consórcios existentes em Mato Grosso no ano de 2000. Para cada um, constam o nome e a natureza da unidade de referência e o Pólo Regional de Saúde. No caso de Mato Grosso, o catálogo de serviços foi definido caso-a-caso, com base em discussão e acordo locais, sobre as necessidades existentes, as prioridades e os recursos disponíveis.

O pressuposto central desta pesquisa é que o desenvolvimento de consórcios em Mato Grosso resultou da atuação ativa da SES/MT, para estimular os municípios a assumirem os seus respectivos papéis na descentralização da gestão, ao definir a política para implementar a organização do sistema estadual de saúde pela via da regionalização. Ao considerar que problemas comuns poderiam levar a ações cooperativas, as quais romperiam com o padrão ineficiente de ações isoladas e fragmentadas, a gestão estadual teve como uma de suas estratégias de organização da referência de serviços no interior do Estado, a constituição de consórcios com os municípios, para superar as dificuldades enfrentadas por ambas as esferas na assunção de suas responsabilidades.

O incentivo financeiro e político – de transferência de recursos e de capacitação ao desenvolvimento da cooperação – não foi, nesse caso, atividade ou solução isolada, mas esteve articulado ao processo de regionalização e ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de acordo com a morfologia estabelecida na NOB/96, *traduzida* para as condições de garantia da atenção básica no território municipal e da referência mediante

a ação cooperativa. Como contrapartida, os municípios participaram de decisões referentes à gestão do sistema de saúde e à gerência de unidades, compra de serviços e contratação de pessoal, entre outras, a partir da criação de espaços de articulação regional e da ativação de estruturas de negociação, planejamento, controle e monitoramento previstos no SUS.

Esta pesquisa sobre o desenvolvimento dos consórcios em saúde em Mato Grosso foi focalizada no funcionamento, na mecânica das mudanças processadas, nos acordos políticos e nas estratégias. As informações coletadas visaram à identificação de elementos de análise do processo de mudança para a ativação dos espaços regionais e da construção dos pactos cooperativos intergovernamentais. Na prática, existe dificuldade para verificar o impacto de ações produzidas pelos consórcios no sistema de serviços de saúde e nas condições sanitárias das comunidades, em parte, por inexistência de sistema adequado e específico de informações. A SES/MT realiza a monitoria dos consórcios e, entre os resultados encontrados, figuram o aumento da resolução regional, expresso na redução de encaminhamentos para a Capital e a inesperada proposta de compra de serviços produzidos nos consórcios, pelo setor privado. Um dos fatores da redução de encaminhamentos para a capital ou outros Estados pode ser a oferta de serviços especializados no interior, por intermédio das unidades consorciadas. Essas unidades, além de referência regional para a atenção especializada, passaram a realizar apenas os encaminhamentos de casos específicos e a partir da central de leitos. Imprimiram assim, mais eficiência e capacidade de resolução nos sistemas regionais de saúde.

### 3 – BIBLIOGRAFIA

ARRETCHE, M. T. S., 1999. *Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 14(40):111–141.

BRASIL/PRESIDÊNCIA, 1995. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Presidência da República, Brasília: s/ed.

CRUZ, M. C. M. T., 1992. *O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis como Instrumento de Viabilização dos Sistemas Locais de Saúde*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas.

LIMA, A. P. G., 1998. *Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.

MENDES, E. V., 1999a. *Uma Agenda para a Saúde*, São Paulo: Editora Hucitec, 2ª edição.

MINISTÉRIO DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1998. *Estudo Prospectivo de Três Modalidades de Consórcio Intermunicipais de Saúde: Microrregião de Penápolis/SP; Região de Teles Pires/MT e Associação dos Municípios do Noroeste/PR*, Brasília, mimeo.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 2000c. *Avaliação da Política de Saúde do Estado de Mato Grosso–1995/1998*, Cuiabá: mimeo.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 1998. *Saúde em Números 4*, Cuiabá: s/ ed.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, s/data a. *Consórcios-Informações*, [www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br) em junho de 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, s/data c. *O SUS Reconhecido*, Cuiabá: s/ ed.

SOARES, L., 1999. *Consórcios Intermunicipais de Saúde: Instrumento de Gerência microrregional de saúde no Estado de Mato Grosso*. Monografia do Curso de Especialização de Saúde Pública, Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso.

RIBEIRO, J. M., 1994. *Os Consórcios Intermunicipais no SUS: Parceria e Cooperação Técnica*. Espaço para a saúde, 3 (3): 41-42.

RIBEIRO, J. M. & COSTA, N. do R., 1999. *Consórcios Municipais no SUS*. IPEA: Textos para Discussão nº 669, 38 p., Brasília, s/ed.

SCHNEIDER, A. C., 1998. *Consórcios Intermunicipais de Saúde: Instrumento de Organização do Sistema de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

# VII – O Planejamento e a Regionalização da Saúde

---

Júlio S. Müller Neto<sup>89</sup>  
Ana Conceição Calhao<sup>90</sup>

O descaso governamental pela saúde pública até 1994 era percebido pela fragilidade organizacional do setor, pela inexpressiva prioridade da saúde na agenda política, pela pequena participação orçamentária, característica histórica do setor, além do pouco peso político e institucional da própria Secretaria de Estado de Saúde.

Até então, a SES possuía uma função meramente prestadora de serviços e fornecedora de insumos, trabalhando com uma estrutura antiquada, burocrática e sem nenhuma capacidade resolutive.

A nova equipe gestora define as grandes linhas da política para área da saúde e publica o documento “**Política de Saúde do Estado de Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários**”, consolidado em julho de 1995, após oficina de trabalho com membros do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite. Este documento é o marco referencial da Política Setorial desenvolvida pela saúde e incorporada paulatinamente na instituição, até o momento atual.

São sete as Diretrizes que norteiam a Política de Saúde em Mato Grosso, a partir deste documento básico :

- 1) Democratização e Participação Social;
- 2) Prioridade às Ações de Vigilância à Saúde;
- 3) Melhoria Quantitativa e Qualitativa dos Serviços Assistenciais;
- 4) Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais;
- 5) Política de Ciência e Tecnologia;
- 6) Política de Recursos Humanos;
- 7) Redefinição do Papel Institucional da SES e Novos Modelos de Gestão e Organização.

---

89. Médico, Sanitarista. Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso.

90. Nutricionista, Especialista em Administração de Serviços de Nutrição. Coordenadora de Planejamento da Superintendência de Políticas da SES/MT.

Em decorrência das diretrizes, inicia-se um processo de recuperação e redefinição do papel institucional da SES, sua modernização institucional, reorientando-as às macrofunções de competência estadual, como formuladora, coordenadora, reguladora e avaliadora de políticas e das ações de saúde pública.

O processo de planejamento, como instrumento condutor e indispensável ao desenvolvimento da política de saúde proposta, adotou, como uma das estratégias, “trabalhar orientado por problemas, objetivos, resultados e projetos: buscando impacto positivo sobre a qualidade de vida da população”, conforme documento já citado.

A equipe de condução da Secretaria, partindo da concepção e da prática do Planejamento Estratégico, elaborou um amplo diagnóstico situacional, com o objetivo de levantar e identificar os problemas, sua magnitude (impacto epidemiológico decorrente); selecionar as prioridades – elegendo os projetos prioritários e objetivos relevantes, para tomada de decisão e enfrentamento dos maiores problemas de saúde. A organização do Sistema a partir desta lógica, ou seja, a partir da identificação dos problemas *“implica em uma reestruturação das organizações de saúde, uma vez que as ações não são mais definidas a partir da estrutura da instituição, e, sim, das necessidades da população”*, reza ainda o documento em 1995.

Para sustentar esta mudança na lógica de pensar, orientar a nova prática na instituição e superar a fragilidade visível na estrutura, foram criadas estruturas matriciais (trabalha com uma matriz de projeto, por problema priorizado), como grupos de trabalho e colegiados de gestão, a fim de viabilizar as prioridades, liberar a criatividade para vencer a fragmentação e as dificuldades inerentes a todo processo de mudança. Destaca-se a criação da “Equipe de Condução”, constituída por profissionais e técnicos, ocupando cargos de direção e assessoria, que se reúnem semanalmente, e a de “Condução Ampliada”, com a participação dos Escritórios Regionais e Unidades Próprias Prestadoras de Serviços, em reuniões mensais. A equipe de condução é responsável pela coordenação dos processos decisórios e articulação destes com a estrutura formal da Secretaria e com as unidades componentes do sistema: órgãos colegiados, Conselho Estadual de Saúde, Secretarias Municipais e Unidades Administrativas próprias, além das demais Câmaras Intersetoriais do Governo Estadual.

Mensalmente, nas reuniões com a Equipe de Condução Ampliada, sistematiza-se a agenda de prioridades e são feitas as correções dos processos, com os respectivos níveis das estruturas desconcentradas.

Inúmeros foram e são os obstáculos para a superação da fragmentação institucional. Trabalhar na lógica de “programas” e não por problemas, tem sido um dos entraves, muitas vezes motivado pelos próprios entes federais e pela cultura organizacional do setor saúde, devido à sua conformação histórica.

Devem ser ressaltados alguns avanços ocorridos a partir de 97, ainda que com dificuldades, como a elaboração do Plano Anual de Metas, consolidada pela equipe de condução e ampliada para os Escritórios Regionais, Unidades Próprias, após deliberação do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite.

Os Escritórios Regionais, além da elaboração da agenda regional de prioridades, foram pioneiros no processo de programação mensal de atividades, configurando o primeiro passo no processo de um planejamento de caráter regionalizado, mais focalizado na análise dos problemas característicos de cada região e que orientará o processo de microrregionalização, que será melhor descrito em capítulo próprio.

Um outro componente do processo de planejamento, a avaliação, também foi priorizada desde o início.

O processo de Avaliação Anual iniciou-se em 1996; o primeiro foi realizado em março de 1996, com o objetivo de analisar o primeiro ano de gestão, as dificuldades encontradas, os resultados alcançados e estabelecer as medidas corretivas necessárias para o cumprimento dos objetivos.

Foi organizado, em forma de oficina de trabalho, com duração de três dias e presença maciça do corpo técnico (aproximadamente 150 técnicos), e participação de todas as unidades da SES, inclusive as de caráter regional, vencendo um distanciamento observado na história da instituição, onde estas permaneciam isoladas de qualquer processo de discussão e de planejamento.

A experiência desenvolvida (avaliação anual) obteve um resultado positivo, sendo incorporado como instrumento fundamental para o processo de planejamento e modernização da gestão, compondo a agenda prioritária da SES nos anos subseqüentes.

Em dezembro de 1998, além de avaliar as metas do ano, foi também avaliada a Política de Saúde desenvolvida no Estado nos últimos quatro anos, um fato inédito na história da saúde pública em Mato Grosso, pois, pela primeira vez, as diretrizes da Política de Saúde foram formuladas e avaliadas de forma coletiva, com participação dos principais parceiros do Sistema Único de Saúde. Participaram da avaliação, coordenadores, chefes de divisão e técnicos de todos os setores, incluindo as unidades descentralizadas, para que, além de socializar as informações, a Política de Saúde, suas propostas e conquistas, fosse um produto de todos os envolvidos na consolidação do SUS. Teve ainda por objetivo criar identidade dos técnicos com os serviços. Neste momento de reflexão, o técnico se distancia das ações e se vê nelas como ator do processo de construção do SUS.

Participaram também os membros do Conselho de Saúde e alguns secretários municipais. Foram realizadas discussões em grupo para aprofundamento das questões. As propostas eram redimensionadas, quando se avaliaram as dificuldades e foram apontadas as soluções para o desenvolvimento das ações.

Também foram apresentados os resultados dos três “eixos” que a SES elegeu como prioridade naquela conjuntura: Programa Saúde da Família, Consórcio Intermunicipal de Saúde e Sistema Estadual de Referência. Para esta apresentação, foram convidados os Secretários dos municípios com o PSF implantado. Foram também formados grupos de discussão, para levantar problemas e apontar soluções.

A mobilização para a avaliação também serviu para o conagraçamento do corpo técnico, além de diversos eventos simultâneos como uma exposição, incluindo uma mostra fotográfica, mostrando a “ação de saúde e a saúde em ação”.

O produto da avaliação de 1998 resultou em uma publicação: “Avaliação da Política de Saúde: 95-98”.

## 1 – PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2000-2003)

O segundo período coincide com o segundo mandato do atual governo, continuidade que contribuiu favoravelmente para o avanço na Política de Saúde.

Destaca-se a implantação do processo de modernização da máquina administrativa do governo como um todo, através da criação do Programa de Modernização da Gestão Pública (PMG). Este programa tem por objetivo a implementação de um modelo gerencial, voltado para o cumprimento de metas e avaliação de resultado, baseado no planejamento estratégico. Neste modelo, meta significa, necessariamente, ter objetivo, valor e prazo. Surgiu para dar continuidade ao Programa de Reforma do Estado de Mato Grosso e tem como objetivos básicos a satisfação da sociedade, a gestão participativa, a gerência de processos, a constância de propósitos, a melhoria contínua, a prevenção de erros e a transparência.

A base para a construção deste modelo é o método PDCA, que significa: Planejar (Plan), Executar (Do), Avaliar (Check) e Agir corretivamente (Action). A utilização desta metodologia na gestão pública tem sido de extrema importância, para que a avaliação de resultados dê início a uma ação efetiva de correção nos planos, formando um ciclo de melhoria, que viabilize o alcance das metas e a sobrevivência das organizações.

Neste cenário é que se dá o aprimoramento e a sistematização do processo de planejamento a partir de 2000: o Governo do Estado elabora neste período o Plano Plurianual (PPA)-2000-2003, instrumento basilar do planejamento para a administração pública.

Esta ação global do governo estadual encontrou o setor saúde já trabalhando nesta lógica e bem organizado. A equipe de condução da Secretaria adotou o método e os instrumentos propostos pela área de planejamento do governo, propondo-se elaborar o Plano Estadual de Saúde como Componente Saúde do Plano Plurianual.

A partir de uma discussão coletiva, onde foram envolvidos todo o corpo técnico e as instâncias colegiadas e deliberativas, elaborou-se o Plano Estadual da Saúde (PES) 2000-2003. Esta etapa traduz uma nova fase, quando se busca compatibilizar as necessidades de organização do Sistema Único de Saúde com as realidades econômico-sociais, culturais e político-administrativas de Mato Grosso.

O Plano Estadual de Saúde é o “componente saúde” do Plano Plurianual do Governo do Estado e representa um passo à frente em relação ao documento de Políticas de Saúde, elaborado em 1995, porque explicita claramente e define os programas, as metas, as ações, os responsáveis e respectivos prazos. Para sua construção, partiu-se dos programas e metas, definidos a partir dos indicadores epidemiológicos utilizados e problemas de saúde selecionados. Este documento resgata e atualiza as diretrizes, as estratégias e os projetos prioritários formulados em 95.

O Plano Estadual de Saúde define dez programas prioritários, classificados como de gestão de políticas públicas e finalísticos, e um conjunto de sessenta e uma ações a serem realizadas, para a consecução da Política de Saúde no Estado, no quadriênio 2000-2003.

É o segundo documento publicado, que, além de agregar os aspectos fundantes à compreensão, dimensão e compromisso da Política de Saúde do Estado, direciona-se para o cumprimento de metas, responsabilização compartilhada e avaliação de resultados, além da garantia de disponibilidade orçamentária e financeira.

Vale registrar a ampla disseminação em todos os níveis, institucionais e intersetoriais, para consolidação do pacto formulado no Plano Estadual. Esta preocupação é demonstrada claramente pelo gestor, ao dar visibilidade aos compromissos assumidos, destacando a importância da inserção de cada servidor a esta tarefa, para a construção de uma gestão participativa.

O Plano Estadual de Saúde torna-se documento referência para a construção do modelo gerencial proposto, voltado para o cumprimento de metas e avaliação de resultados, instrumentalizando o desdobramento decorrente deste processo:

- A Programação Anual 2000 – partindo da avaliação anual e da seleção das atividades prioritárias para o desenvolvimento das ações, foi possível a sistematização de uma programação anual intersetorial, nos diversos níveis de atuação (local, regional, etc.). Neste período, as reuniões mensais da equipe de condução ampliada tiveram, como objetivo avaliar, compatibilizar e adequar, através de uma grade de programação mensal, as ações prioritárias a serem desenvolvidas. Foi um período muito produtivo, quando se buscou a participação e o consenso da equipe, para a tomada de decisão e a superação da fragmentação institucional.
- A evolução da experiência de programação em 2000 gerou a proposta mais elaborada do Plano de Trabalho Anual – PTA 2001 – conceituado como plano operativo, de curto prazo, ou seja, anual, decorrente das prioridades de longo prazo, definidas no Plano Estadual de Saúde. É um nível de desagregação factível de execução no período de um ano e corresponde à fração de execução necessária para o atingimento das metas de longo prazo.

Etapas da metodologia: levantamento de problemas, seleção de projetos prioritários, definição de metas/indicadores, atribuição de responsabilidades e prazos. Para sua sistematização, utilizou-se de um instrumento próprio e participação integral da equipe de condução e participação efetiva do corpo técnico, das unidades centralizadas, descentralizadas e regionalizadas da SES.

O PTA contém a Agenda Estadual de Prioridades de Assistência, tal qual exigida pela Norma Assistencial (NOAS). Ainda como experiência inovadora, inicia-se o processo de Programação Mensal de Atividades, desenvolvida em todas as instâncias administrativas da Secretaria. Este modelo de programação, na sua operacionalização, tem favorecido um melhor direcionamento das prioridades formuladas, durante a sua fase de execução. Implica em compromissos e novas práticas dos técnicos na consecução da política de saúde do Estado. Além disso, facilita a mediação entre as ações e atividades do dia-a-dia, do Plano Anual de Trabalho e do Plano Estadual de Saúde. É também um auxílio poderoso para a ação intersetorial.

Este processo se dá mensalmente, através da elaboração, em instrumento próprio, das ações prioritárias, para consecução dos projetos priorizados. Esta programação é encaminhada à Coordenadoria de Planejamento (COPLAN), onde é analisada e criticada quanto à pertinência dos mesmos (análise de conteúdo) ao Plano de Trabalho Anual, sua integração com as diversas áreas e compatibilidade da agenda global da SES. Este procedimento é feito através de uma avaliação técnica, por equipe multiprofissional da área de planejamento e deliberação colegiada, entre a Coordenadoria e a Superintendência de Políticas de Saúde. Os prazos para garantir a operacionalização desta programação foram acordados coletivamente e normatizados, como forma de organização do processo e do fluxo de trabalho. As questões controversas são levadas à reunião semanal da equipe de condução.

Finalmente, fazemos referência à implantação das avaliações mensais, definidas como relatório de reflexão, ainda numa fase inicial, mas já demonstrando ser o instrumento que vem preencher um hiato para esta etapa do planejamento. Destaque para os Escritórios Regionais que não demonstraram nenhuma dificuldade na sua operacionalização.

A fase mais recente, desencadeada no final de 2001, refere-se à readequação do orçamento aos projetos prioritários, na perspectiva de vinculação do orçamento ao Plano de Trabalho Anual – 2002. É um desafio avançar nesta direção, rompendo uma dissociação histórica e tratando de situar o orçamento como instrumento do planejamento. É um grande salto no processo de modernização institucional e será a consolidação do novo modelo de gestão, implantado na Secretaria de Saúde e no Governo Estadual.

É importante ainda registrar que, para a constituição do novo modelo de gestão, três medidas estruturantes foram necessárias.

A primeira medida concerne à implantação do novo Plano de Carreiras do Servidor Estadual do Sistema Único de Saúde, em abril de 2001, que valoriza e dignifica o trabalho no setor público da saúde e estimula a busca permanente de conhecimento e premia o desempenho.

A segunda refere-se à criação da nova estrutura organizacional, também a partir de abril de 2001. A configuração atual proposta reflete os três eixos da política de saúde: atenção integral ao indivíduo; ações de vigilância (saúde coletiva), gestão (planejamento, financiamento, recursos humanos, materiais, informação), sustentados por quatro superintendências: de políticas de saúde, atenção integral, saúde coletiva e de gestão.

A terceira medida estruturante, também implantada a partir de janeiro de 2001, refere-se à adoção do novo modelo de transferência de recursos financeiros diretamente do Fundo Estadual para os Fundos Municipais de Saúde, para apoiar os projetos prioritários da Política de Saúde.

## 2 – O PLANEJAMENTO NO CONTEXTO DA MICRORREGIONALIZAÇÃO

Em relação ao planejamento e à programação, na ótica da microrregionalização, deve-se ressaltar a contribuição do Plano de Trabalho Anual – 2001 na medida em que direciona o trabalho de forma organizada, abalizada por procedimentos metodológicos, definindo numa escala as prioridades, aquelas configuradas a partir dos problemas identificados e comuns, e levantados a partir dos cenários desenhados em cada microrregião, e que será melhor enfocada em capítulo próprio.

O Plano Microrregional de Saúde possui dois componentes: o primeiro, de caráter mais operativo e de execução direta, representado pelo conjunto de ações a serem desenvolvidas pelos Escritórios Regionais de Saúde, e sistematizadas no Plano de Trabalho Anual Regional (PTA); o segundo representa um componente mais amplo do SUS no espaço regional, envolvendo os Escritórios Regionais de Saúde, os consórcios e os municípios de sua abrangência, consubstanciado na Agenda de Prioridades Microrregional.

O Plano Microrregional está sendo desenvolvido em três eixos organizativos:

1. Plano Microrregional da Atenção Integral à Saúde – que tem como instrumento de orientação a Programação Pactuada e Integrada da atenção básica e da assistência ambulatorial e hospitalar;

2. Plano Microrregional de Saúde Coletiva – que tem como eixo norteador as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica;
3. Plano Microrregional de Gestão – que tem como eixo a identificação e planificação de estratégias para o desenvolvimento de recursos humanos, investimentos, sistema de informação e política de medicamentos, elencados como necessários à implementação e integração dos Planos de Assistência à Saúde e Saúde Coletiva.

Nas oficinas microrregionais realizadas em 2001 foram construídas agendas de prioridades, com metas para a área da atenção integral à saúde, com base no Plano de Trabalho Anual. Nas oficinas da saúde coletiva, foram levantados os problemas e pactuados encaminhamentos, construindo-se a Pré-Agenda.

A Microrregionalização da Gestão, sobretudo da área de recursos humanos, de investimentos e de sistema de informação, serão prioridades da Secretaria em 2002.

Há ainda um longo caminho a ser percorrido. Persistindo na lógica do planejamento estratégico, a construção das agendas de prioridades de cada uma das 13 microrregiões, deverá ser o substrato necessário à construção do PTA – 2002. Este é o desafio. Ele deve dar conta, além das necessidades gerenciais, da rotina, dos projetos prioritários microrregionais.

Outro desafio, para a consolidação deste processo, concomitante ao primeiro, será priorizar as instâncias municipais, através da cooperação técnica, para a construção de seus planos de trabalhos anuais, a partir da absorção da metodologia de planejamento adotada no âmbito estadual, ou dos processos de planejamento porventura já existentes nas Secretarias Municipais.

Operacionalizar um Plano Estadual de Saúde, na amplitude do Estado de Mato Grosso, não tem sido uma tarefa fácil. Ao contrário, tem requerido da equipe técnica responsável pelo monitoramento, muita firmeza, dedicação e persistência; no nível estratégico, apoio integral e vontade política do gestor, respaldado pela definição de saúde como prioridade de governo. Mas nada disso seria possível, sem a participação efetiva e o compromisso ideológico da maioria dos trabalhadores, técnicos e profissionais da SES, com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

### 3 – BIBLIOGRAFIA

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde – *Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários*. Documento Técnico Nº1, Cuiabá/MT, 1995. 22 pp.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde – *Plano Estadual de Saúde: 2000-2003* – Cuiabá, 2000, 135 pp.

MATO GROSSO, Secretaria de Planejamento. *Plano Plurianual: 2000-2003*. Cuiabá, 2000, 89 pp.

MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Plano de Trabalho Anual (PTA) 2001*. Cuiabá, MT, 2001, 44 pp.

# VIII – Política de Recursos Humanos e a Microrregionalização

---

Elisete Duarte<sup>91</sup>

## 1 – A SITUAÇÃO ENCONTRADA

A Secretaria de Estado de Saúde apresentava uma situação absolutamente irregular de seu quadro de pessoal, além da inexistência de quaisquer diretrizes traçadas para a área específica de Recursos Humanos.

A gestão de RH se resumia ao processamento mensal de uma folha de pagamento, controlada pelo nível central do governo – Secretaria de Estado de Administração.

120

No que se refere à formação de RH, se atestava a criação da Escola Técnica de Saúde (1992), realizando, de maneira ainda tímida, a formação de auxiliares nas áreas de enfermagem e odontologia (alunos formados até 94), em contrapartida a uma imensa demanda por parte dos municípios, para a formação de pessoal de nível médio.

O desenvolvimento de RH basicamente se restringia ao cumprimento de prioridades definidas e financiadas pelos conhecidos “programas” do Ministério da Saúde, com alto grau de fragmentação e baixo impacto na qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

Os vencimentos médios dos servidores da SES estavam abaixo dos praticados no mercado, sendo que 50% dos servidores percebiam vencimentos de até R\$ 500,00, e o vencimento médio geral da folha de pessoal se fixava em torno de R\$ 780,00. Associadas a estes fatores, as distorções identificadas no Plano de Cargos vigente (Lei 6170/93) representavam mecanismos de desvalorização e desmotivação dos trabalhadores da saúde do governo estadual.

## 2 – AS PRIMEIRAS AÇÕES

Este cenário impôs a adoção de medidas bastante enérgicas, a exemplo do desligamento de servidores em situações irregulares. Os afastamentos promovidos de imediato

---

91. Enfermeira, Mestre em Saúde e Ambiente. Docente do ISC/UFMT. Diretora do Centro Estadual de Gestão, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos da SES/MT.

se referiram às contratações temporárias com vigências expiradas e às contratações posteriores à Constituição Federal de 88, cujos contratos foram declarados nulos. O que poderia significar um pequeno ajustamento, naturalmente esperado em princípio de gestão, assumia proporções bem mais expressivas para a SES. Em síntese, representava o desafio de reverter um quadro de pessoal, constituído por mais de 60% de servidores não efetivos no serviço público. Para exemplificar: um serviço de saúde da importância de um HEMOCENTRO operava com praticamente 100% de seus servidores contratados temporariamente. Outro exemplo da gravidade da situação era o funcionamento do Hospital Regional de Sorriso, garantido também, em sua grande maioria, por contratações temporárias e com um corpo clínico constituído por apenas 4 médicos estrangeiros em situação irregular para o exercício da medicina no país.

O aproveitamento do concurso realizado em 1994 permitiu começar a arrumação da casa. Em 1998, a SES publicou Edital de divulgação de Concurso Público para reposição de vagas ocupadas por servidores não estáveis, inclusive para aqueles cedidos aos Sistemas Municipais de Saúde. Em 2000, realizou novo concurso para o provimento de vagas para suas duas novas unidades hospitalares de referência no interior do Estado (Hospitais Regionais de Cáceres e de Rodonópolis). Outro concurso foi realizado em 2002 e, atualmente, a SES conta com 70% dos servidores concursados e ingressados após 1995.

Estas medidas permitiram, enfim, a regularização da totalidade de seu quadro de pessoal, com mais de 95% dos seus servidores concursados e a manutenção de contratações temporárias em um limite inferior a 6%, conforme previsto na legislação atual. A prioridade para a área de gestão de RH foi coroada com a aprovação, em 14/12/00, da nova Carreira dos Profissionais do SUS (Lei 7.360/00). A vinculação de recursos financeiros para a saúde, trazida pela aprovação da Emenda Constitucional 29, e a prioridade política de valorização do trabalhador da SES, permitiram que a nova Carreira instituisse um sistema de remuneração mais digno, compatível com o mercado de trabalho e em parcela única – o subsídio. Os vencimentos iniciais, por jornada de 30 horas semanais, saltaram de R\$ 840,00 para R\$ 1.600,00 para os Profissionais de Nível Superior do SUS, de R\$ 230,06 para R\$ 700,00 para Técnicos do SUS, de R\$ 396,00 para R\$ 600,00 para Assistentes do SUS e de 1 salário mínimo para R\$ 360,00, para o cargo de Apoio dos Serviços do SUS, significando, em algumas situações, ganhos reais de mais de 200%. A implantação do novo plano de carreira desatou um dos “nós” estruturais da Secretaria Estadual de Saúde e permitiu o estabelecimento de novos vínculos entre os trabalhadores e técnicos com a instituição e uma missão e objetivos.

### 3 – A CAPACITAÇÃO E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NO PERÍODO 1995/98

Ao lado destas medidas adotadas, a estratégia foi a de recolocar a qualificação dos profissionais de saúde como uma necessidade prioritária do projeto político que se desenhava para a gestão da SES, buscando resgatar o compromisso do servidor público e reconhecendo-o como agente de transformação do SUS no Estado.

Este propósito implicou na aceleração da realização de capacitações em diferentes áreas, como o controle de doenças específicas, organização de serviços, vigilâncias, capacitação de conselheiros e gestores e outras. A formação técnica se expandiu para o interior do Estado, certificando mais de 2.000 alunos. As áreas de formação também se expandiram para o Auxiliar e Técnico de Enfermagem, Técnico de Registros de Saúde, Técnico em Higiene Dental, Técnico em Patologia Clínica e Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental.

No entanto, até então, a lógica de identificação das demandas para os processos de capacitação ou formação não estava submetida ao processo da microrregionalização das ações em saúde. As capacitações eram propostas a partir das referências da Política Estadual de Saúde, da programação da SES e dos planos de trabalho dos diferentes convênios, que captavam recursos financeiros para as mesmas. A formação de nível médio se submetia quase que exclusivamente às demandas das Secretarias Municipais de Saúde e, em algum grau, às prioridades relacionadas aos serviços próprios da SES.

## 4 – A CRIAÇÃO DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

O coroamento de todos os esforços investidos para a qualificação dos trabalhadores do SUS no Estado foi sintetizado com a criação, em 07/04/2000, da Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros – ESP. A ESP passou, a partir desta data, a agregar, dentro de sua estrutura, o Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde (NPDS) e o Núcleo de Formação Técnica em Saúde (NFTS), além de seu Núcleo Administrativo (NA).

Desde o início de seu funcionamento, a ESP definiu a capacitação para as equipes de Saúde da Família como um dos eixos prioritários de sua atuação. Nesta área, a formatação dos cursos foi baseada nos princípios da Saúde da Família, contando com a participação de diferentes parceiros e consultorias valiosas. A necessidade de acompanhar a ampliação vertiginosa do número de equipes implantadas fez com que o desenvolvimento dos cursos e sua contínua reformulação ganhassem destaque nas atividades realizadas pela ESP. A I Mostra Estadual de Saúde da Família, realizada paralelamente à IV Conferência Estadual de Saúde, ofereceu, simultaneamente, 17 cursos, inclusive para o pessoal de nível médio, mobilizando mais de 1.000 participantes entre as comunicações coordenadas e os pré-cursos.

No final de 2001, foi formatada a proposta do I Curso Integrado e Modular de Especialização em Saúde da Família, que constitui a síntese de todas as capacitações que vinham sendo propostas para as equipes de Saúde da Família.

Para 2002, os eixos prioritários de atuação da ESP estão apresentados a seguir:

1. Saúde da Família – articulando o Pólo de Capacitação Permanente em Saúde da Família e conduzido diretamente pelo NPDS, contando com um número significativo de profissionais que se articularam em torno do projeto, como instrutores e colaboradores, tem o Curso de Especialização Integrado em Saúde da Família como seu principal projeto.
2. Núcleo de Articulação e Apoio a Programas de Pós-graduação – com projetos definidos para a formação de quadros estratégicos para o SUS. Tem como priori-

dade para 2002 a formação de especialistas na área de Gestão da Assistência Farmacêutica, Enfermagem em Obstetrícia, Saúde Pública para o interior do Estado, a Residência em Saúde da Família e, em particular, o Curso Integrado em Saúde da Família.

3. Núcleo de Formulação e Crítica de Metodologias Educacionais – com o propósito de dar competência à ESP, na formulação de metodologias de ensino mais adequadas aos processos de capacitação prioritizadas. Deverá responder também pelas diretrizes para a formação e credenciamento de instrutores e avaliação dos processos de capacitação desenvolvidos.
4. Plano de Desenvolvimento da Carreira dos Profissionais do SUS – a ser proposto a partir da demanda das Superintendências e Unidades próprias da SES, cotejadas com as prioridades do Plano de Trabalho Anual 2002.
5. E, finalmente, a partir deste ano, a ESP estará definindo como um dos seus eixos de atuação o Plano Microrregional de Capacitação de Recursos Humanos – com a definição de prioridades de processos de capacitação a partir das demandas dos Planos Microrregionais de Atenção Integral à Saúde dos Indivíduos da Saúde Coletiva, combinando a análise destas demandas com o Plano de Trabalho Anual da SES. Neste sentido, a ESP está propondo a constituição de Núcleos Regionais de Capacitação e Formação de Recursos Humanos, cuja proposta inicial apresentamos neste documento.

## 5 – OS NÚCLEOS REGIONAIS DE CAPACITAÇÃO E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

123

A Escola de Saúde Pública conta atualmente com um programa de capacitação e formação de RH, composto por cursos de formação técnica na área da saúde e por um conjunto de capacitações dirigidas aos profissionais do SUS, em diferentes áreas.

A formação técnica vem realizando-se pelo Núcleo de Formação Técnica em Saúde, em parceria com as SMS e tem priorizado como sua clientela o pessoal de nível médio inserido nos serviços de saúde vinculados ao SUS. Este processo tem-se dado a partir basicamente das demandas dos municípios, sustentado do ponto de vista financeiro pela SES e por projetos nacionais, a exemplo do Programa Qualificar e, atualmente, pelo PROF AE.

O desenvolvimento de recursos humanos para o SUS tem sido assumido pela Escola de Saúde Pública, como uma atribuição indelegável do nível estadual e vem realizando-se através de seu Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde (NPDS). Vinculado ao NPDS, estrutura-se o Pólo de Capacitação de Educação Permanente em Saúde da Família, como um espaço de articulação com as demais instituições de ensino, responsável pela qualificação das equipes recém-implantadas no Estado (1998).

O desenvolvimento destes cursos se dá a partir de uma programação e cronograma compartilhados com os Escritórios Regionais, dando cumprimento ao compromisso que a SES assumiu junto à Comissão Bipartite, qual seja, a responsabilidade da qualificação destes profissionais, realizando suas capacitações, na sua quase totalidade, de forma descentralizada nas sedes das regionais de saúde.

O desafio colocado para a ESP, neste ano, foi o de conceber o seu projeto, analisando os processos de capacitação e a formação a partir das prioridades definidas no espaço microrregional. A dinâmica de sua programação terá que cotejar as referências colocadas de cima para baixo – Plano Estadual de Saúde, PTA da SES, com as prioridades definidas de baixo para cima, a partir do processo de microrregionalização.

Este novo processo implicará na revisão das estratégias adotadas pela ESP, no sentido de caracterizar e particularizar as microrregiões, identificando problemas específicos priorizados regionalmente que possam ser enfrentados por processos de capacitação e formação de recursos humanos, bem como adequando conteúdos e metodologias dos cursos, identificando e credenciando instrutores e estabelecendo parcerias regionais. Para a formatação inicial desta proposta, serão considerados os produtos das discussões conduzidas pelas Superintendências de Atenção Integral à Saúde e pela Superintendência de Saúde Coletiva da SES, cotejando as prioridades pactuadas regionalmente com os projetos estratégicos definidos pela ESP.

## A proposta de criação dos Núcleos Regionais da escola de Saúde Pública.

Os Núcleos Regionais da ESP vincular-se-ão administrativamente aos Escritórios Regionais de Saúde da SES e funcionarão de acordo com as diretrizes da Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos, definidas pela Escola de Saúde Pública, que, por sua vez, se submete às diretrizes e projetos prioritários da Política Estadual de Saúde e ao Plano de Trabalho Anual (PTA) da SES.

A equipe técnica do Núcleo Regional da ESP será capacitada para discutir e propor a sua programação, considerando os processos já em curso deflagrados pela ESP, adequando-os às especificidades regionais, compatibilizando prioridades, cronogramas, mobilizando instrutores e otimizando os recursos disponíveis.

A identificação dos recursos disponíveis deverá ser procedida, objetivando o cadastro dos parceiros privilegiados da ESP na região, a exemplo das Instituições de Ensino Públicas e Privadas, que oferecem os diferentes níveis de formação, instâncias regionais de representação dos Conselhos Profissionais, instâncias de articulação de Secretários Municipais de Saúde da região (COSEMS), Consórcios Intermunicipais de Saúde, Serviços de Saúde, organismos que compõem o Sistema S (SENAC, SENAI, SENAR etc.), entre outros parceiros que possam compartilhar interesses e recursos comuns para a viabilização dos processos de desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde. A partir do estabelecimento dessas parcerias, pretende-se a identificação de potenciais instrutores/monitores, a serem preparados e credenciados pela Escola de Saúde Pública, que atuarão nos cursos ofertados regionalmente pelos Núcleos, nas diferentes áreas das capacitações.

Para alguns cursos, a colaboração de monitores/instrutores regionais já vem acontecendo, a partir de sua qualificação e credenciamento pela ESP, a exemplo dos cursos Introdutórios, Curso Básico em Saúde da Família e dos cursos de formação técnica. A instalação dos Núcleos Regionais permitirá à ESP a adoção desta prática para a totalidade de seus processos de capacitação, possibilitando que estes profissionais contribuam significativamente para a formatação de cursos que considerem a realidade de cada região, valorizando as particularidades de seu perfil econômico, social e epidemiológico, nas abordagens adotadas pelos mesmos.

O estabelecimento de parceiras poderá ainda otimizar a utilização de estruturas físicas e equipamentos existentes nas diferentes instituições e entidades regionais, a exemplo de auditórios, laboratórios de informática, salas de aulas necessárias à realização dos cursos descentralizados da ESP.

O desenvolvimento dos cursos regionalizados implicará na definição e operacionalização de um fluxo contínuo de informações sobre os mesmos, possibilitando o seu registro e certificação, dentro das normas estabelecidas pela ESP.

A ESP estará permanentemente em contato com os seus monitores/instrutores pelos diferentes meios de comunicação, buscando responder às suas necessidades e dando continuidade a um processo de educação continuada e permanente.

Os técnicos da ESP acompanharão capacitações, em especial, visando ao monitoramento dos cursos já inseridos no menu de capacitações, a propor, juntamente com monitores/instrutores regionais, o seu aprimoramento, quando estiver em processo de implantação de novos cursos.

Além disso, o acompanhamento de monitores/instrutores deve-se dar também através da identificação e credenciamento de tutores em diferentes áreas de conhecimento, que definirão mecanismos de tutoria presencial ou à distância para os monitores regionais.

# IX – Regionalização do Sistema de Informações em Saúde em Mato Grosso

Ione Mariza Bortolotto<sup>92</sup>

126

O diagnóstico do setor saúde, realizado em 1995, apontava, como um dos problemas, a inexistência de um sistema estadual de informação em saúde. Até aquele ano, as informações geradas pela Secretaria de Estado de Saúde serviam apenas para alimentar os bancos de dados do Ministério da Saúde, sem qualquer utilização pelos gestores municipais e pelo estadual, advindo daí a falta de subsídios políticos e técnicos para o planejamento, o que dava margem à condução do SUS sob a ótica de atendimento às demandas clientelistas. Com base nesse diagnóstico, foi definido que o apoio à implantação dos sistemas municipais de informação em saúde seria uma das prioridades da diretriz da Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais da Política de Saúde, que passou a nortear a condução do SUS no Estado.

Partindo dessa meta, uma das prioridades da equipe de condução foi a constituição de um grupo de trabalho, para implantar um Sistema de Informações em Saúde, que atendesse às necessidades dos técnicos, dos gestores e tivesse ampla divulgação junto à população e à sociedade civil organizada. A partir de então, foi elaborada uma proposta de sistema de informações, ainda em construção, mas que iniciou o processo de organização dos dados disponíveis, que passaram a ser divulgados sob diversas formas: séries de indicadores, livros, manuais, textos técnicos, jornal, boletins, banners, página na internet, entre outros.

Dessa forma, são publicados anualmente:

1. *Legislação da Saúde em Mato Grosso*: uma série que traz as leis, decretos, resoluções do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite, e portarias da Secretaria de Estado de Saúde. Já foram publicados 6 volumes, contendo toda essa legislação, a partir de 1995.
2. *Indicadores para os Municípios*: uma série com os principais indicadores de mortalidade, nascidos vivos, morbidade, tuberculose, hanseníase. As informações estão atualizadas até o ano 2000.
3. *Saúde em Números*: um panorama do SUS e da SES, através dos principais indicadores e ações. Foram publicados 4 volumes.

92. Farmacêutica-bioquímica, Mestre em Saúde Comunitária. Coordenadora de Informação em Saúde da SES/MT

4. *Saúde nos Municípios*: contém os principais indicadores de cada município, organizados em quadros e tabelas. É dirigido aos gestores de saúde e foi iniciado em 2000, contendo capacidade física, recursos humanos, produção de serviços, recursos financeiros e indicadores de saúde.

Além dessas publicações periódicas, também foram publicados:

1. *Avaliação da Política de Saúde 1995-1998*: o relatório de uma ampla avaliação realizada pelo corpo técnico da SES, organizada segundo os eixos da atenção básica, da referência, e da regionalização dos serviços – consórcios. A Política de Saúde de Mato Grosso faz parte da publicação.
2. *Plano Estadual de Saúde 2000-2003*: é o realinhamento da Política, segundo as ações necessárias para sua consolidação. Faz parte do Plano Plurianual de Metas do Governo de Mato Grosso.
3. *Saúde Pública em Mato Grosso – Ações e Perspectivas*: é uma revista com uma ampla retrospectiva dos primeiros 5 anos da atual gestão e as metas e ações para os próximos anos. É dirigida à sociedade civil organizada e ao público em geral.
4. *Caderno do Gestor Municipal de Saúde*: é uma publicação que contém textos objetivos e didáticos para orientar o gestor municipal de saúde. O público-alvo são os gestores municipais de saúde.
5. *Municipalização da Vigilância Sanitária*: é um outro texto didático, para orientar os gestores municipais no processo de municipalização da vigilância sanitária.
6. *Manual do Sistema de Informações sobre Mortalidade*: é um guia sobre os procedimentos desse Sistema, contendo toda a legislação pertinente.
7. *Manual do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos*: é um guia sobre os procedimentos desse Sistema, contendo toda a legislação pertinente.
8. *Curso Integrado de Grandes Endemias*: é a proposta de capacitação ampla para os profissionais da assistência e técnicos que trabalham com vigilância epidemiológica e sanitária, elaborada pela equipe da SES e da FUNASA.
9. *Cartilha do Conselheiro Municipal de Saúde*: é um guia prático para os conselheiros de saúde.

Além disso, outras formas de apresentação das informações são utilizadas, como jornal (*Saúde e Cidadania* – quinzenal); boletins (*Sarampo*; *Dengue*), entre outros.

Outro meio de divulgação que tem sido utilizado é a internet, através da página [www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br), que foi ao ar em 1998, como uma das primeiras iniciativas da SES de disponibilizar informações à população, e, hoje, se encontra em fase de transformação para Portal do SUS. A intenção é oferecer um serviço interativo para a população, que poderá inscrever-se no balcão de empregos, pagar alvarás e licenças da vigilância sanitária, registrar denúncias e queixas na Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde, esclarecer dúvidas sobre cuidados com a saúde e serviços disponíveis, entre outros. No Portal também será disponibilizado espaço para as páginas municipais de saúde.

Importante ressaltar que essas publicações são procuradas por estudantes e técnicos da área da saúde, como instrumento de pesquisa e apoio aos serviços. Talvez o saldo mais importante seja a utilização pelos gestores municipais do *Saúde nos Municípios*, como subsídio para a avaliação de seu município e o apoio à formulação dos planos municipais de saúde. Este é o objetivo final de todo Sistema de Informações: que as informações sejam utilizadas.

Apesar da evidente organização da informação, visando ao planejamento e acompanhamento, o uso rotineiro para a avaliação ainda não é uma realidade. Observa-se que as informações são mais procuradas quando da elaboração de projetos, programação pactuada e avaliação anual pela SES, ao invés de os próprios setores que as produzem utilizarem-nas periodicamente, como indicadores da efetividade e eficácia das ações realizadas.

Embora a utilização das informações se dê principalmente nos níveis municipal e estadual, as Regionais de Saúde e os Consórcios Intermunicipais de Saúde têm condições de acompanhar alguns indicadores regionais, tanto na área da assistência quanto da atenção básica, e mesmo da gestão, como das câmaras regionais de auditoria, de compensação de AIH e de gestão colegiada – CIB Regional. Até o momento, o sistema de informações regionalizado é incipiente e dependente das informações recebidas do nível central. Entretanto, podemos afirmar que o diagnóstico e o conhecimento da realidade microrregional só foi possível a partir desses sistemas de informação e de sua utilização pelas áreas técnicas da saúde coletiva e da atenção integral à saúde.

Desde 1995, a SES iniciou a capacitação em análise de dados, para a gestão de técnicos do nível central, das unidades próprias prestadoras de serviços, dos escritórios regionais de saúde e dos municípios. O objetivo era instrumentalizar os técnicos de todos os níveis, a realizar as análises necessárias, independentemente da SES. Para isso, foram realizados cursos sobre sistemas de informação para todas as regionais de saúde, em 1996. Em 1998, a SES iniciou os investimentos na área de informática, adquirindo equipamentos, capacitando digitadores, desenvolvendo sistemas etc. Hoje, já existem cerca de 800 pontos de rede lógica instalados e outros 700 projetados. Cerca de 30 sistemas foram desenvolvidos ou estão em desenvolvimento. Todos os setores do nível central, as unidades próprias prestadoras de serviços, 12 dos 13 escritórios regionais e os hospitais regionais estão conectados à internet, e a implantação da intranet está prevista para este ano. Ao mesmo tempo, os municípios estão adquirindo equipamentos e conectando-se à internet.

A estruturação da Rede Estadual de Informação em Saúde, iniciada em 1998, com o Projeto RNIS, é uma meta a ser alcançada a médio prazo e pretende integrar a SES e todas as secretarias municipais de saúde através da internet, facilitando a transmissão de informações entre as instituições e simplificando o acesso do cidadão às informações. Atualmente, 103 prefeituras e 28 secretarias municipais de saúde estão conectadas. Isso permite que vários bancos de dados sejam enviados à SES via internet e os sistemas do DATASUS, atualizados através de download.

Em 2001, a SES iniciou um amplo processo de capacitação de digitadores dos municípios nos sistemas do Ministério da Saúde, visando à melhoria da qualidade dos bancos de dados descentralizados, como SINAN, API, SISMAL e FAD. A capacitação prevê ainda cursos sobre SIA, SIH, SIAB, entre outros.

Um dos eixos principais da organização dos serviços do SUS em Mato Grosso é o Sistema de Regulação. Estão previstas 14 centrais de regulação no Estado, sendo 01 estadual, em Cuiabá. A implantação da Central Estadual foi possível com a utilização de um software desenvolvido pela prefeitura de Vitória da Conquista - Bahia, que torna possível o agendamento de consultas, exames e internações através da interligação de todas as centrais com os serviços do SUS. Com isso, o fluxo de pacientes é organizado e o atendimento garantido. Além de Cuiabá, há centrais nos hospitais regionais em municípios-sede de consórcios, como em Sorriso, Colíder, Cáceres e Rondonópolis. A implantação nos demais municípios será gradual.

Do ponto de vista institucional, a área de informação em saúde faz parte da estrutura organizacional da SES como uma Coordenadoria de Informação da Superintendência de Políticas. A Coordenadoria tem 03 gerências, responsáveis pelas macro-análises de dados, organização de informações da SES e do SUS, publicação e divulgação, além da área de tecnologia da informação, que responde pela informatização da instituição e suas unidades descentralizadas e regionalizadas. A Coordenadoria também é responsável pelo gerenciamento do Plano Diretor de Informatização da SES e do contrato com a empresa terceirizada de recursos humanos de informática.

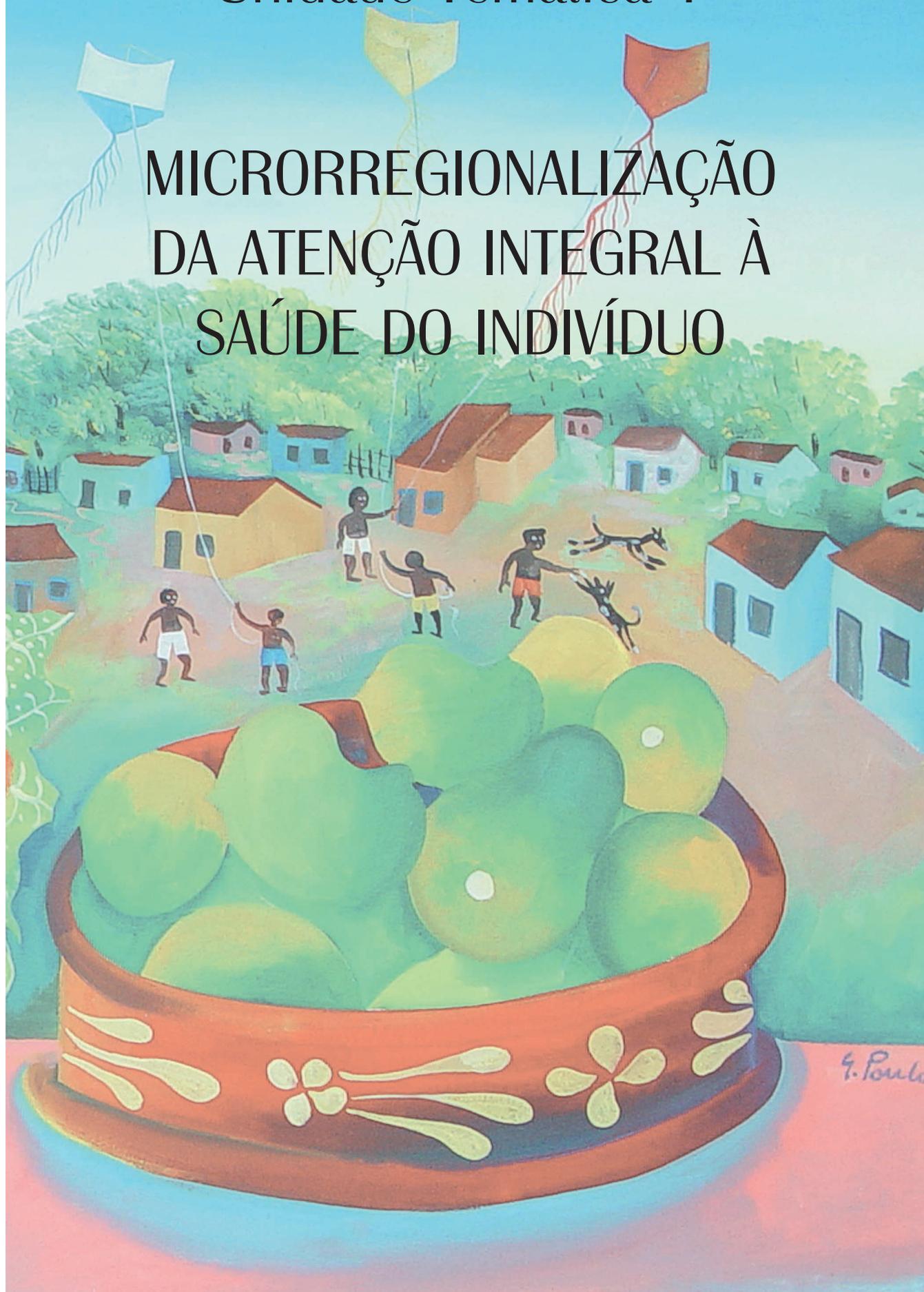
Finalizando, é inegável o avanço conseguido nesses 07 anos, na organização de um sistema de informações em saúde em Mato Grosso, e, embora ainda exista um grande trabalho pela frente, as bases foram lançadas: informação e informatização sendo implantadas em conjunto e, mais importante, num processo irreversível, onde os usuários da informação estão se apoderando do processo.

# PARTE II



# Unidade Temática 1

## MICRORREGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO INDIVÍDUO



G. Paula



## MICRORREGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO INDIVÍDUO

*Fátima Aparecida Ticianel Schrader & Cols*

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Apresentação..... | 137 |
|-------------------|-----|

### I

#### INTRODUÇÃO

|   |     |
|---|-----|
| 1. Antecedentes do Plano Regional de Assistência à Saúde .....  | 139 |
| 2. O Plano de Trabalho Anual de 2001 .....                      | 140 |
| 3. A Metodologia Participativa .....                            | 141 |
| 4. Configuração das Microrregiões e Módulos Assistenciais ..... | 142 |
| 5. Configuração das Microrregiões. ....                         | 143 |
| 6. Considerações Finais .....                                   | 144 |

### II

#### PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA (MANUAL DO PDR E PPI)

|   |     |
|---|-----|
| 1. Conceito .....   | 162 |
| 2. Objetivos Gerais .....   | 162 |
| 3. Metas e Ações .....  | 162 |
| 3.1. Elaborar o Plano Diretor Estadual de Regionalização da<br>Assistência .....  | 162 |
| 3.2. Elaborar os treze planos Microrregionais da Atenção Integral<br>à Saúde, para qualificação das microrregiões .....   | 163 |
| 3.3. Implementar a metodologia de programação da assistência e<br>alocação de recursos, baseada nas demandas/necessidades de<br>saúde da população, com aplicativo no município, região e Estado .....  | 163 |
| 3.4. Definir o limite financeiro global da assistência ambulatorial e<br>hospitalar dos recursos federais por município, independente de<br>sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada<br>ao atendimento da população do próprio município e a parcela<br>correspondente às referências intermunicipais ..... | 163 |

|  |     |
|--|-----|
| 3.5. Implementar a Agenda Estadual de Prioridades,<br>articulada com a agenda regional e municipal .....   | 163 |
| 4. Etapas .....  | 163 |
| 4.1. Planejamento .....  | 164 |
| 4.2. Realização dos Fóruns Microrregionais, Sistematização do PDR e<br>dos Planos Microrregionais e Aprovação do PDR na CIB Estadual .....                     | 164 |
| 4.3. Consolidação e Implementação dos Planos Microrregionais .....   | 164 |
| 5. Diagnóstico .....   | 165 |
| 5.1. Detalhamento do Instrumento de Diagnóstico preenchido<br>pelos Gestores e Escritórios Regionais .....   | 165 |
| 5.2. Informações contidas nos mapas da Microrregião com os dados<br>previamente selecionados e organizados pelo Nível Central .....                            | 165 |
| 5.3. Questões relacionadas à gestão, para levantamento e<br>análise após os fóruns .....   | 166 |
| 6. Elaboração do Plano de Prioridades .....  | 166 |
| 6.1. Plano Estadual de Saúde – PES (2000-2003) .....   | 167 |
| 6.2. Prioridades da Atenção à Saúde que compõem o Plano de Trabalho<br>Anual (PTA/2001) da SES ou Agenda Estadual de<br>Assistência à Saúde .....              | 168 |
| 6.3. Elaboração do Plano de Prioridades da Microrregião ou Agenda<br>Microrregional de Assistência à Saúde .....   | 171 |
| 7. Programação dos Tetos Físicos e Financeiros da Assistência<br>Ambulatorial e Hospitalar .....   | 171 |
| 7.1. Metodologia Utilizada para a Programação dos<br>Tetos Financeiros da Assistência Ambulatorial Especializada de<br>Média e Alta Complexidade .....         | 172 |
| 7.2. Metodologia utilizada para a Programação dos Tetos Físicos e<br>Financeiros da Assistência Hospitalar Especializada de<br>Média e Alta Complexidade ..... | 175 |

### III

#### ORGANIZAÇÃO DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DAS REDES DE SERVIÇOS E SISTEMAS DE REFERÊNCIA EM MATO GROSSO

|   |     |
|---|-----|
| 1. A Reestruturação da Porta de Entrada na Rede de Atenção Primária .....             | 182 |
| 1.1. Agentes Comunitários .....   | 182 |
| 1.2. Agentes de Saúde Rurais .....  | 183 |
| 1.3. A Saúde da Família e a Atenção Primária .....                                    | 185 |
| 1.4. Saúde Bucal .....  | 188 |
| 2. Rede de Referência Ambulatorial e Hospitalar de<br>Média e Alta Complexidade ..... | 190 |
| 2.1. Hemorrede .....  | 190 |
| 2.2. Reabilitação .....   | 192 |
| 2.3. Saúde Mental – Centro de Atenção Psicossocial .....                              | 195 |
| 2.4. DST/AIDS .....   | 195 |
| 2.5. Oncologia .....  | 195 |

|  |     |
|--|-----|
| 2.6. Rede de Laboratório.....  | 198 |
| 2.7. Urgência e Emergência.....  | 199 |
| 2.8. Outros Projetos Prioritários da Assistência Ambulatorial e Hospitalar ..... | 201 |

#### IV

#### IMPLANTAÇÃO DAS CENTRAIS ESTADUAL E REGIONAIS DE ATENDIMENTO E REGULAÇÃO

|   |     |
|---|-----|
| 1. Definição, Importância, Objetivos .....                      | 205 |
| 2. Operacionalização.....                                       | 206 |
| 3. Áreas de Atuação das Centrais de Regulação – CER – SUS ..... | 207 |
| 4. Unidades Componentes do Complexo Regulador .....             | 209 |
| 5. Modelo de Gestão .....                                       | 209 |
| 6. Recursos .....   | 211 |

#### V

#### RELATO DE EXPERIÊNCIA: A MICRORREGIONALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REGIÃO OESTE DE MATO GROSSO

|  |     |
|--|-----|
| 1. Considerações Gerais .....  | 214 |
| 2. Processo de construção da PPI da Assistência na Microrregião Oeste Mato-grossense ..... | 215 |
| 3. A Operacionalização .....   | 217 |



# Apresentação

---

O Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde, tendo como eixo a Programação Pactuada Integrada, que ora apresentamos, é o resultado do esforço técnico e político dos gestores, gerentes e técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES, Secretarias Municipais de Saúde e Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS. Aprovado na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, Estadual e no Conselho Estadual de Saúde – CES, pretende ser um instrumento norteador da microrregionalização da assistência à saúde e de fortalecimento das políticas públicas em nosso Estado.

137

Essas mudanças estão embasadas no Plano Estadual de Saúde – PES, documento que define a missão, os valores, as diretrizes e os programas prioritários, em desenvolvimento na área da saúde no Estado.

A política de saúde de Mato Grosso vem sendo reorientada desde 1995, com o objetivo de avançar na efetivação do SUS e no processo de descentralização, incipiente no Estado até esse período.

No que se refere à assistência integral à saúde, tem destaque a Programação Pactuada e Integrada – PPI, desenvolvida em Mato Grosso a partir de 1997, em consonância com as diretrizes da Norma Operacional Básica – NOB/96 e a Instrução Normativa/98, a reorientação do modelo de atenção à saúde através da Saúde da Família e a organização e articulação do Sistema de Referência e Contra-Referência/SER–SUS.

A PPI representa um processo de gestão, planejamento e pactuação da atenção à saúde definindo, a partir da realidade locorregional, as necessidades de recursos financeiros, de custeio, investimentos, recursos humanos, entre outros.

O SER–SUS foi instituído no âmbito do SUS, através da Resolução CIB Nº 21, de 05/06/98, e a sua implantação vem se dando de forma gradual e ascendente, com ênfase na microrregionalização da saúde, tendo as CIB regionais implantadas em treze microrregiões e dez consórcios intermunicipais de saúde em funcionamento no Estado, como estratégia de integração e pactuação deste processo.

Finalmente, com o advento de proposta da Norma Assistencial (NOAS) foi possível consolidar o modelo regionalizado no transcurso do ano de 2001.

Nesse processo estão envolvidos gestores municipais, escritórios regionais, consórcios intermunicipais de saúde, técnicos da área e as Comissões Intergestores Bipartites, todos somando esforços para contribuir com a consolidação do SUS no Estado e melhorar o acesso da população aos serviços de saúde.

Entre os produtos obtidos com o resultado desse trabalho, ressaltamos a definição dos módulos assistenciais de saúde nas microrregiões; a elaboração dos Planos microrregionais, a pactuação das prioridades regionais baseadas nas prioridades locais e no Plano Estadual de Saúde e a definição dos tetos da população residente e referenciada, com reorganização dos fluxos, com base nos parâmetros de necessidade/capacidade instalada, entre outros.

Agradecemos a todas as pessoas que colaboraram para a elaboração, em especial, à equipe da Superintendência de Atenção Integral e aos Escritórios Regionais responsáveis pela coordenação e realização no Estado de 14 fóruns de programação e pactuação, no ano de 2001.

*Júlio Strubing Müller Neto*

Secretário de Estado de Saúde

# I – Introdução

---

Fátima Aparecida Ticianel Schrader<sup>93</sup> & Cols.

## 1 – ANTECEDENTES DO PLANO REGIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Mato Grosso ocupa uma área de 901.420,07 Km<sup>2</sup>, possuindo uma população de 2.438.415 habitantes (IBGE, 2000), o que representa uma densidade demográfica de 2,77 habitantes por Km<sup>2</sup>. Essa população está distribuída em 139 municípios, dos quais, um deles – Cuiabá – está habilitado na Gestão Plena Municipal, 138 municípios estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, sendo 01 em processo de habilitação.

Mato Grosso destaca-se, não apenas pela grande extensão territorial, como também pela diversidade e riqueza de sua flora, fauna, recursos hídricos e minerais, presentes em três ecossistemas: Pantanal, Cerrado e Floresta Amazônica.

A população indígena em Mato Grosso apresenta 60 denominações e diferentes etnias, com população de 20.079 habitantes (FUNAI, 1998).

A economia do Estado baseia-se principalmente na agricultura, no comércio, nos serviços e nas indústrias.

A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, órgão central do Governo do Estado, responsável pela formulação, coordenação, execução e avaliação da Política Estadual de Saúde, adota, como referência para o desenvolvimento dos programas e projetos prioritários, o Plano Estadual de Saúde–PES 2000 – 2003.

Em Mato Grosso, existe uma política de descentralização e transferência de recursos de gestão para o espaço regional, implantada desde 1995. Esta estratégia vem consolidando espaços de planejamento de ações e serviços de atenção e vigilância à saúde e instrumentos de gestão, numa forte parceria do Estado e Secretarias Municipais de Saúde.

Entre os diversos avanços já obtidos, estão a reorientação do modelo de atenção primária através da estratégia de saúde da família; a implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS, a criação dos órgãos colegiados de Saúde, como as Comissões Intergestores Bipartites Regionais e Câmaras de Compensação de AIHs; a Programação Pactuada Integrada – PPI; a organização de Sistemas de Referência e Regulação.

---

93. Enfermeira, Especialista em Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde. Superintendente de Atenção Integral à Saúde da SES/MT.

Na atenção primária, o foco de atuação deu-se no incentivo financeiro e na cooperação técnica, para implantação, organização e capacitação das equipes de Saúde da Família. A estratégia de reorganização do modelo de atenção primária, centrada no local de moradia e na vinculação do profissional com o indivíduo e a família, constitui a base do Sistema de Saúde, que está permitindo a estruturação de uma rede hierarquizada, em níveis de complexidade de ações e serviços e mecanismos de regulação do acesso. Em Mato Grosso, estão implantadas 299 equipes de Saúde da Família, o que corresponde a 48,5% da população coberta pelo programa e 2.795 agentes comunitários, com 51% de cobertura da população (dez./2001/GEAB/SAI/SES/MT).

No que se refere ao controle social, a SES vem realizando, de forma descentralizada, oficinas de capacitação de conselheiros e estabelecendo parcerias com organizações sociais, a exemplo da Federação Mato-grossense de Associações de Bairros - FEMAB e da Federação Mato-grossense da Agricultura - FETAGRI.

A partir da expansão do processo de descentralização e dos novos investimentos em obras e equipamentos, configura-se no Estado uma ampliação da rede de serviços assistenciais, a exemplo da Hemorrede, Reabilitação, Centros de Apoio Psicossocial, Hospitais com características regionais, Serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento de Câncer, entre outros.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS -, implantados em dez microrregiões, foram o alicerce para a interiorização de especialidades e serviços de média complexidade no Sistema Único de Saúde, configurando diferentes modelos de atuação e organização, num trabalho de cooperação e pacto político entre Estado e municípios.

A partir da estratégia de implantação do modelo assistencial baseado na Saúde da Família e a configuração dos sistemas de redes e serviços especializados de forma regionalizada, a exemplo da reabilitação, hospitais e outros, iniciou-se o processo de organização das centrais de regulação estadual e treze regionais, ampliando-se o conceito de centrais de vagas, para a estruturação de um complexo regulador, tendo a rede básica e o sistema de urgência como portas de entrada do sistema de saúde e a hierarquização dos níveis de atenção primária, secundária e terciária, através de normatização e ordenamento dos fluxos vinculados para paciente, profissional e serviços.

## 2 – O PLANO DE TRABALHO ANUAL DE 2001

Em 2001, a estratégia de microrregionalização dos serviços de saúde vem sendo conduzida pela Secretaria de Estado de Saúde, a partir de oficinas e seminários. Com a publicação da Norma Operacional de Assistência - NOAS, que define normas para a regionalização da assistência, passou-se, então, a conjugar esforços, no sentido de articular a política estadual com a proposta nacional, sem descaracterizar os eixos prioritários definidos no Estado, como a efetivação dos Consórcios, a construção de projetos integrados de vigilância à saúde etc.

A partir desta orientação, a Secretaria de Estado de Saúde – SES adotou, como um dos Projetos Prioritários do Plano de Trabalho Anual (PTA 2001), a elaboração do Plano Diretor da Regionalização da Assistência, tendo como eixo a Programação Pactuada e Integrada – PPI, que tem como objetivo ser um instrumento gerencial de planejamento,

programação e de integração entre as três esferas do governo no espaço microrregional, na busca da garantia do princípio da equidade e do acesso da população mato-grossense às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.

O Plano de Trabalho Anual - PTA 2001, da Secretaria de Estado de Saúde-SES ou Agenda Estadual de Prioridades, contém 21 Projetos Prioritários e 10 Programas Específicos, definindo 03 grandes eixos de atuação da SES: a Atenção Integral à Saúde, a Saúde Coletiva e a Gestão.

O PTA ou Agenda de Prioridades Estadual, pactuado na CIB Estadual e homologado no Conselho Estadual de Saúde previamente à realização dos Fóruns de Programação e Pactuação nas Microrregiões de Saúde, foi de fundamental importância na formulação e implementação da metodologia de elaboração do Plano Diretor de Regionalização da Assistência, que articula entre si os demais projetos prioritários da atenção, que são:

- Mudança do Modelo de Atenção:
- Saúde da Família, como porta de entrada do sistema;
- Agentes Comunitários de Saúde (zonas urbana e rural);
- Redução dos agravos à saúde da população, relacionados à Atenção Básica: Hanseníase, Tuberculose, Doenças Crônico-Degenerativas, Saúde da Mulher e da Criança, Saúde Mental, Saúde Bucal, Dengue, Leishmaniose e Malária;
- Articular referências para os principais agravos relacionados à Atenção Básica;
- Implantar a Central Estadual e as Regionais de Atendimento e Regulação da Assistência;
- Melhorar a Rede de Serviços e Sistemas de Referência;
- Implementar o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica.

### 3 – A METODOLOGIA PARTICIPATIVA

A novidade deste processo é a produção e o aprimoramento da metodologia e dos instrumentos, que articulam os principais atores sociais, na busca da superação do atual modelo de gestão da descentralização da saúde, centrado na responsabilidade do município ou do Estado; e a construção coletiva de um novo modelo de planejamento e gestão das ações e serviços de saúde no espaço microrregional, articulando os três níveis de Governo – União, Estado e Municípios – e a sociedade, para o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população.

Nesta perspectiva, foi realizada em 2001 uma jornada de trabalho em todo o Estado, mobilizando durante quatro meses gestores e técnicos do nível estadual e municipal, num processo educativo de estudos e debates sobre a realidade locorregional e aprofundamento da Política de Saúde, originando, entre outros produtos, o Plano Diretor de Regionalização da Assistência do Estado.

Para a elaboração do Plano Diretor de Regionalização da Assistência, tendo como eixo a Programação Pactuada Integrada – PPI, foram realizados Fóruns de Pactuação nas treze microrregiões de saúde do Estado e um fórum específico do município de Cuiabá. Este trabalho foi coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde, através da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (Coordenação de Programação, Controle e Avaliação da Assistência à Saúde) no nível central e pelos Escritórios Regionais no

espaço microrregional, tendo a participação dos gestores municipais, dos técnicos das secretarias municipais, dos secretários executivos dos consórcios, dos diretores de hospitais regionais e dos prefeitos de alguns municípios que participaram efetivamente dos fóruns, marcando a presença de todos os municípios neste processo, com exceção de Várzea Grande.

Os fóruns foram realizados, seguindo a metodologia constante no manual do PDR/PPI, abordando os principais problemas de cada município e o desenho das principais prioridades e metas de cada microrregião.

Os indicadores da Atenção Básica pactuados em outubro de 2000 foram discutidos. Foi atualizada também a capacidade instalada dos serviços, a partir do novo cadastramento dos estabelecimentos de saúde, caracterizando-se, assim, a situação de saúde dos municípios, com as prioridades das microrregiões e apontamento das necessidades para elaboração do Plano Diretor de Investimentos – PDI, para a conformação dos módulos assistenciais.

O Plano Diretor de Regionalização da Assistência foi sistematizado pela equipe do nível central ao final dos fóruns microrregionais. No entanto, cada Escritório Regional sistematizou o processo e os resultados dos seus respectivos fóruns em um documento específico, que contém os principais subsídios para a consolidação do Plano de cada microrregião de saúde. A finalização, a aprovação dos Planos Microrregionais e a pactuação de compromissos e agendas deverão dar-se, a partir de fevereiro de 2002, nas CIBs Regionais, como parte do processo de qualificação das Microrregiões.

O Plano Diretor Estadual de Regionalização da Assistência, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, conforme resolução CIB Nº 012, de 29/06/2001, e homologada em reunião ordinária do Conselho Estadual de Saúde – CES, de 12/12/2001, aborda fundamentalmente a configuração do Estado em Microrregiões e Módulos Assistenciais; a descrição do Plano de Organização e Estruturação da Rede de Serviços de Saúde Prioritários para o Espaço Microrregional; o Plano de Implantação das Centrais de Regulação.

## 4 – CONFIGURAÇÃO DAS MICRORREGIÕES E DOS MÓDULOS ASSISTENCIAIS

Para a configuração dos módulos assistenciais e das microrregiões de saúde, utilizou-se, como referência metodológica, os conceitos e requisitos adotados pelo Estado, através da Portaria GAB/SES Nº 063, de 07/06/2001, sistematizados em reuniões e oficinas de trabalho, com a participação de técnicos de nível central e regional, tendo também a NOAS como referência, buscando o fortalecimento dos pactos já existentes no Estado.

Convém lembrar que, nesta primeira etapa do PDR/PPI, não foram desenvolvidos critérios para a configuração de região ou macrorregião. Foram mantidos os módulos e as microrregiões.

Os conceitos e critérios para a confirmação das macrorregiões não estão totalmente claros e consensuados no âmbito da SES e CIB de Mato Grosso, ficando este debate para o início dos trabalhos em 2002.

Os Conceitos e requisitos adotados pelo Estado, para a conformação dos Módulos Assistenciais e Microrregiões são:

**Módulo Assistencial:** É o espaço de organização da assistência à saúde, capaz de garantir, além da Atenção Básica, o acesso com qualidade aos procedimentos e serviços definidos no primeiro nível de referência por uma determinada população, circunscrita a um município ou a um conjunto de municípios.

**Municípios-Sede do Módulo:** Município existente em um módulo assistencial, que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços do primeiro nível de referência, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

**Município-Módulo:** Município que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços do primeiro nível de referência com suficiência para sua população.

**Microrregião:** É um espaço territorial, política e administrativamente delimitado, que contém um conjunto de municípios e um Escritório de Saúde, que atenda aos seguintes requisitos:

- Contigüidade entre os municípios;
- Garantia do acesso (geográfico, sistema viário, transporte);
- Capacidade instalada:
  - de atenção à saúde (todos os municípios devem garantir 100% de cobertura da Atenção Básica) e das ações de saúde coletiva;
  - de um ou mais módulos assistenciais constituídos, para garantir o primeiro nível de referência da atenção integral à saúde da população da microrregião;
  - de uma rede hierarquizada de serviços e sistemas funcionais do segundo nível de referência, para assistência e para as ações de saúde coletiva.
- Capacidade de gestão: planejar, programar, controlar, regular e avaliar as ações e os serviços de saúde;
- Critério político: disposição e capacidade de articulação e pactuação na região.

**Município-Pólo Microrregional:** É o município de referência na microrregião, com capacidade instalada de serviços de complexidade acima daqueles estabelecidos como essenciais no módulo assistencial.

A partir desses conceitos e definições adotados, dos estudos previamente realizados de fluxos das internações hospitalares intermunicipais (no 1º semestre de 2001) e das referências ambulatoriais, foram configurados 46 Módulos Assistenciais de Saúde, nas 13 microrregiões, conforme os mapas apresentados a seguir.

Nota-se que, ao final dos Fóruns de Pactuação, houve mudanças na localização de alguns municípios em relação à configuração administrativa de abrangência dos Escritórios Regionais.

## 5 – CONFIGURAÇÃO DAS MICRORREGIÕES

Conforme Portaria GAB/SES Nº 063/2001, de 07 de junho de 2001, foram instituídas treze microrregiões de saúde no Estado:

1. Microrregião Alto Tapajós;
2. Microrregião Baixada Cuiabana;
3. Microrregião Baixo Araguaia;
4. Microrregião Centro Norte;
5. Microrregião Garças-Araguaia;
6. Microrregião Médio Araguaia;
7. Microrregião Médio Norte;
8. Microrregião Noroeste Mato-grossense;
9. Microrregião Oeste Mato-grossense;
10. Microrregião Sul Mato-grossense;
11. Microrregião Teles Pires.
12. Microrregião Vale do Arinos;
13. Microrregião Vale do Peixoto;

Em Mato Grosso, todas as microrregiões apresentam serviços de maior complexidade, além dos definidos no Módulo (1º nível), a exemplo da hemorrede, reabilitação, cirurgias especializadas, porém, com características diferentes entre si.

144

As Microrregiões Oeste e Sul Mato-grossense apresentam capacidade de média e parte de alta complexidade. As Microrregiões Garças-Araguaia e Teles Pires estão consolidando a média complexidade e organizando parte da alta complexidade.

A Baixada Cuiabana, onde se localiza Cuiabá, capital do Estado, caracteriza-se por ser um pólo estadual e congrega a maior densidade de serviços de média e alta complexidade.

As Microrregiões Médio Norte, Vale do Arinos, Alto Tapajós, Médio Araguaia e Vale do Peixoto, são referências intermediárias, porém não são totalmente suficientes em relação à média complexidade, utilizando os serviços da capital para atendimento ao trauma, UTI e especialidades não existentes na microrregião. O Baixo Araguaia possui baixa complexidade e apresenta características peculiares, onde dificilmente poderá concentrar serviços do primeiro nível em um único município, devido às grandes distâncias intermunicipais e não possuir um município-pólo. O Centro Norte apresenta baixa complexidade, devendo organizar melhor o primeiro nível de referência e iniciar os pactos para estruturação dos demais serviços de média complexidade.

Na maioria das microrregiões, a sede do Escritório Regional de Saúde – ERS coincide com o município-pólo de referência secundária e terciária, com exceção das microrregiões Teles Pires e Vale do Peixoto, onde o pólo de referência se concentra em Sorriso e Colíder, respectivamente, devido à presença dos Hospitais Regionais nesses municípios, sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde e dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

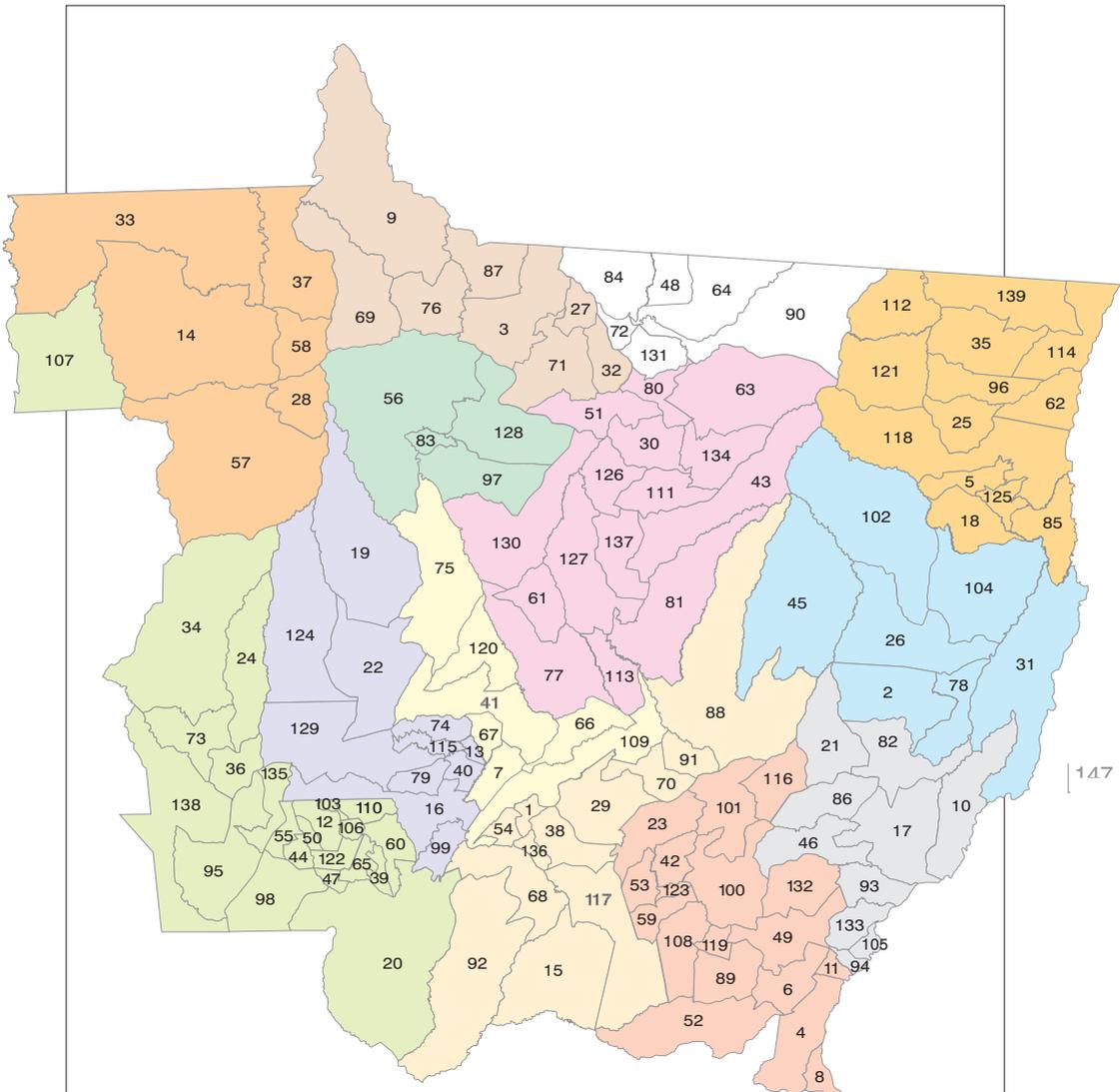
Para subsidiar o processo de construção da PPI/PDR no Estado, foi produzido o Manual do PDR/PPI, que originou o capítulo: Processo de Construção da Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde-PPI, utilizado na realização dos Fóruns Microrregionais, bem como os textos que tratam da estruturação de redes e serviços de saúde de referência e da implantação das Centrais de Regulação no Estado de Mato Grosso, subsídios estes que estão detalhados nos Capítulos a seguir deste texto.

Para ilustrar a dinâmica do trabalho realizado, apresentamos algumas considerações quanto ao processo e aos principais produtos dos Fóruns, através do relato da experiência vivenciada na Microrregião Oeste Mato-grossense.

O trabalho que apresentamos talvez não traduza a riqueza do processo vivenciado, mas busca ressaltar, acima de tudo, o esforço de sistematização e a contribuição daqueles que trabalham pela Construção do SUS e continuam apaixonados pela maior causa da nossa existência, *“a busca da qualidade de vida e garantia de direito de cidadania de nosso povo”*.

|    |                             |     |     |                                  |     |
|----|-----------------------------|-----|-----|----------------------------------|-----|
| 1  | Acorizal                    | CBA | 71  | Nova Canaã do Norte              | AF  |
| 2  | Água Boa                    | AB  | 72  | Nova Guarita                     | PA  |
| 3  | Alta Floresta               | AF  | 73  | Nova Lacerda                     | CAC |
| 4  | Alto Araguaia               | ROO | 74  | Nova Marilândia                  | TGA |
| 5  | Alto Boa Vista              | PAN | 75  | Nova Maringá                     | DIA |
| 6  | Alto Garças                 | ROO | 76  | Nova Monte Verde                 | AF  |
| 7  | Alto Paraguai               | DIA | 77  | Nova Mutum                       | SIN |
| 8  | Alto Taquari                | ROO | 78  | Nova Nazaré                      | AB  |
| 9  | Apiacás                     | AF  | 79  | Nova Olímpia                     | TGA |
| 10 | Araguaiana                  | BG  | 80  | Nova Santa Helena                | SIN |
| 11 | Araguainha                  | ROO | 81  | Nova Ubiratã                     | SIN |
| 12 | Araputanga                  | CAC | 82  | Nova Xavantina                   | BG  |
| 13 | Arenápolis                  | TGA | 83  | Novo Horizonte do Norte          | JUA |
| 14 | Aripuanã                    | JUI | 84  | Novo Mundo                       | PA  |
| 15 | Barão de Melgaço            | CBA | 85  | Novo Santo Antônio               | PAN |
| 16 | Barra do Bugres             | TGA | 86  | Novo São Joaquim                 | BG  |
| 17 | Barra do Garças             | BG  | 87  | Paranaíta                        | AF  |
| 18 | Bom Jesus do Araguaia       | PAN | 88  | Paranatinga                      | CBA |
| 19 | Brasnorte                   | TGA | 89  | Pedra Preta                      | ROO |
| 20 | Cáceres                     | CAC | 90  | Peixoto de Azevedo               | PA  |
| 21 | Campinápolis                | BG  | 91  | Planalto da Serra                | CBA |
| 22 | Campo Novo do Parecis       | TGA | 92  | Poconé                           | CBA |
| 23 | Campo Verde                 | ROO | 93  | Pontal do Araguaia               | BG  |
| 24 | Campos de Júlio             | CAC | 94  | Ponte Branca                     | BG  |
| 25 | Canabrava do Norte          | PAN | 95  | Pontes e Lacerda                 | CAC |
| 26 | Canarana                    | AB  | 96  | Porto Alegre do Norte            | PAN |
| 27 | Carlinda                    | AF  | 97  | Porto dos Gaúchos                | JUA |
| 28 | Castanheira                 | JUI | 98  | Porto Esperidião                 | CAC |
| 29 | Chapada dos Guimarães       | CBA | 99  | Porto Estrela                    | TGA |
| 30 | Cláudia                     | SIN | 100 | Poxoréo                          | ROO |
| 31 | Cocalinho                   | AB  | 101 | Primavera do Leste               | ROO |
| 32 | Colíder                     | PA  | 102 | Querência                        | AB  |
| 33 | Colniza                     | JUI | 103 | Reserva do Cabaçal               | CAC |
| 34 | Comodoro                    | CAC | 104 | Ribeirão Cascalheira             | AB  |
| 35 | Confresa                    | PAN | 105 | Ribeirãozinho                    | BG  |
| 36 | Conquista D'Oeste           | CAC | 106 | Rio Branco                       | CAC |
| 37 | Cotriguaçu                  | JUI | 107 | Rondolândia                      | JUI |
| 38 | Cuiabá                      | CBA | 108 | Rondonópolis                     | ROO |
| 39 | Curvelândia                 | CAC | 109 | Rosário Oeste                    | DIA |
| 40 | Denise                      | TGA | 110 | Salto do Céu                     | CAC |
| 41 | Diamantino                  | DIA | 111 | Santa Carmem                     | SIN |
| 42 | Dom Aquino                  | ROO | 112 | Santa Cruz do Xingu              | PAN |
| 43 | Feliz Natal                 | SIN | 113 | Santa Rita do Trivelato          | DIA |
| 44 | Figueirópolis D'Oeste       | CAC | 114 | Santa Terezinha                  | PAN |
| 45 | Gaúcha do Norte             | AB  | 115 | Santo Afonso                     | TGA |
| 46 | General Carneiro            | BG  | 116 | Santo Antônio do Leste           | BG  |
| 47 | Glória D'Oeste              | CAC | 117 | Santo Antônio do Leverger        | CBA |
| 48 | Guarantã do Norte           | PA  | 118 | São Félix do Araguaia            | PAN |
| 49 | Guiratinga                  | ROO | 119 | São José do Povo                 | ROO |
| 50 | Indiavaí                    | CAC | 120 | São José do Rio Claro            | DIA |
| 51 | Itaúba                      | SIN | 121 | São José do Xingu                | PAN |
| 52 | Itiquira                    | ROO | 122 | São José dos Quatro Marcos       | CAC |
| 53 | Jaciara                     | ROO | 123 | São Pedro da Cipa                | ROO |
| 54 | Jangada                     | CBA | 124 | Sapezal                          | TGA |
| 55 | Jauru                       | CAC | 125 | Serra Nova Dourada               | PAN |
| 56 | Juara                       | JUA | 126 | Sinop                            | SIN |
| 57 | Juína                       | JUI | 127 | Sorriso                          | SIN |
| 58 | Juruena                     | JUI | 128 | Tabaporá                         | JUA |
| 59 | Juscimeira                  | ROO | 129 | Tangará da Serra                 | TGA |
| 60 | Lambari D'Oeste             | CAC | 130 | Tapurah                          | SIN |
| 61 | Lucas do Rio Verde          | SIN | 131 | Terra Nova do Norte              | PA  |
| 62 | Luciara                     | PAN | 132 | Tesouro                          | ROO |
| 63 | Marcelândia                 | SIN | 133 | Torixoréu                        | BG  |
| 64 | Matupá                      | PA  | 134 | União do Sul                     | SIN |
| 65 | Mirassol D'Oeste            | CAC | 135 | Vale de São Domingos             | CAC |
| 66 | Nobres                      | DIA | 136 | Várzea Grande                    | CBA |
| 67 | Nortelândia                 | DIA | 137 | Vera                             | SIN |
| 68 | Nossa Senhora do Livramento | CBA | 138 | Vila Bela da Santíssima Trindade | CAC |
| 69 | Nova Bandeirantes           | AF  | 139 | Vila Rica                        | PAN |
| 70 | Nova Brasilândia            | CBA |     |                                  |     |

## Microrregiões de Saúde, Municípios e Sedes dos Escritórios Regionais de Saúde – Mato Grosso, 2001



### Microrregiões e Sedes dos Escritórios Regionais de Saúde

- Médio Norte (Tangará da Serra)
- Noroeste Mato-grossense (Juína)
- Oeste Mato-grossense (Cáceres)
- Garças-Araguaia (Barra do Garças)
- Vale do Peixoto (Peixoto de Azevedo)
- Sul Mato-grossense (Rondonópolis)
- Baixo Araguaia (Porto Alegre do Norte)
- Teles Pires (Sinop)
- Baixada Cuiabana (Cuiabá)
- Médio Norte (Diamantino)
- Médio Araguaia (Água Boa)
- Vale do Arinos (Juara)
- Alto Tapajós (Alta Floresta)

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Alto Tapajós e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



148

**Setas cinzas:**  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

**Setas vermelhas:**  
Indicam que a sede de módulo da microrregião coincide com o Município Pólo

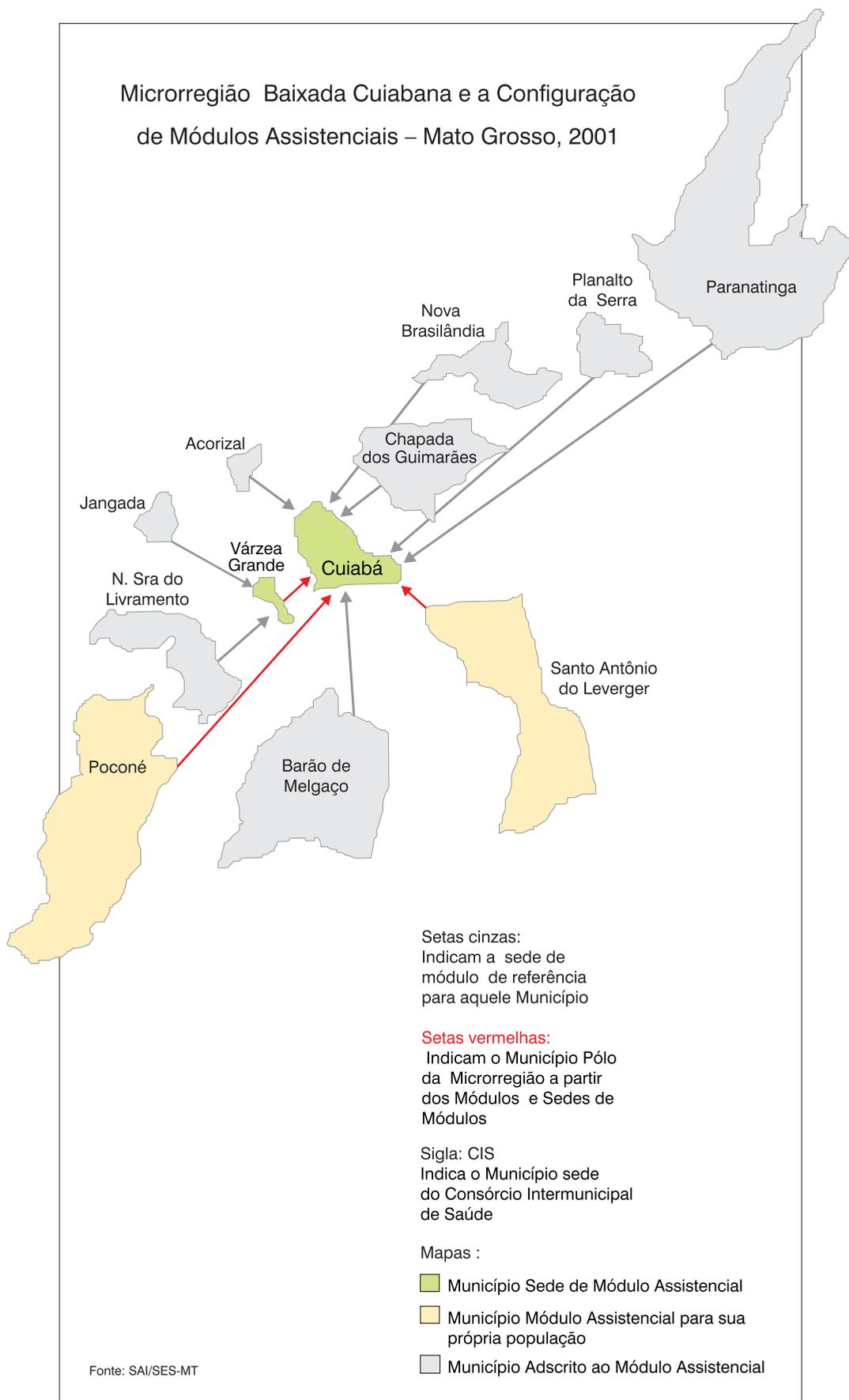
**Sigla: CIS**  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

**Mapas :**

-  Município Sede de Módulo Assistencial
-  Município Módulo Assistencial para sua própria população
-  Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

Microrregião Baixada Cuiabana e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



## Microrregião Baixo Araguaia e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



150

**Setas cinzas:**  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Polo da Microrregião a partir dos Módulos e Sedes de Módulos

**Sigla: CIS**  
Indicam o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

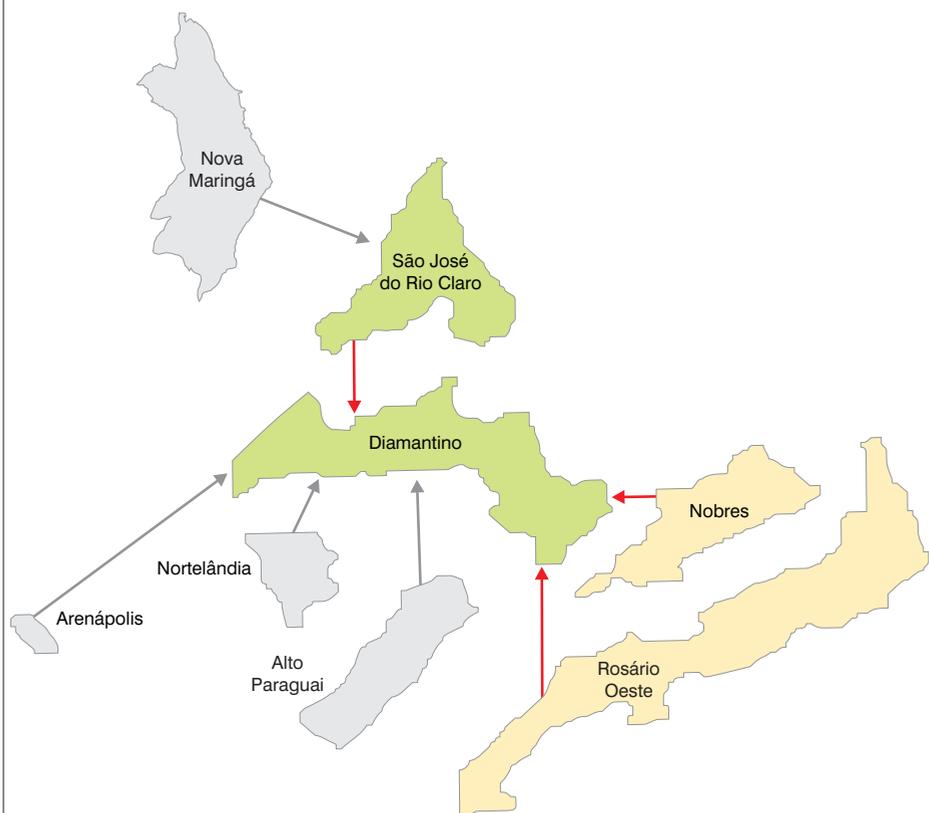
**Mapas :**

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Obs.: A Microrregião não tem Município Pólo

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Centro Norte e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



Setas cinzas:  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Polo da Microrregião a partir dos Módulos e Sedes de Módulos

Sigla: CIS  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Mapas :

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Garças-Araguaia e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



Setas cinzas:  
Indicam a sede de  
módulo de referência  
para aquele Município

**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Polo  
da Microrregião a partir  
dos Módulos e Sedes de  
Módulos

Sigla: CIS  
Indica o Município sede  
do Consórcio Intermunicipal  
de Saúde

Mapas:

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Médio Araguaia e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



Sigla: CIS  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Setas cinzas:  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

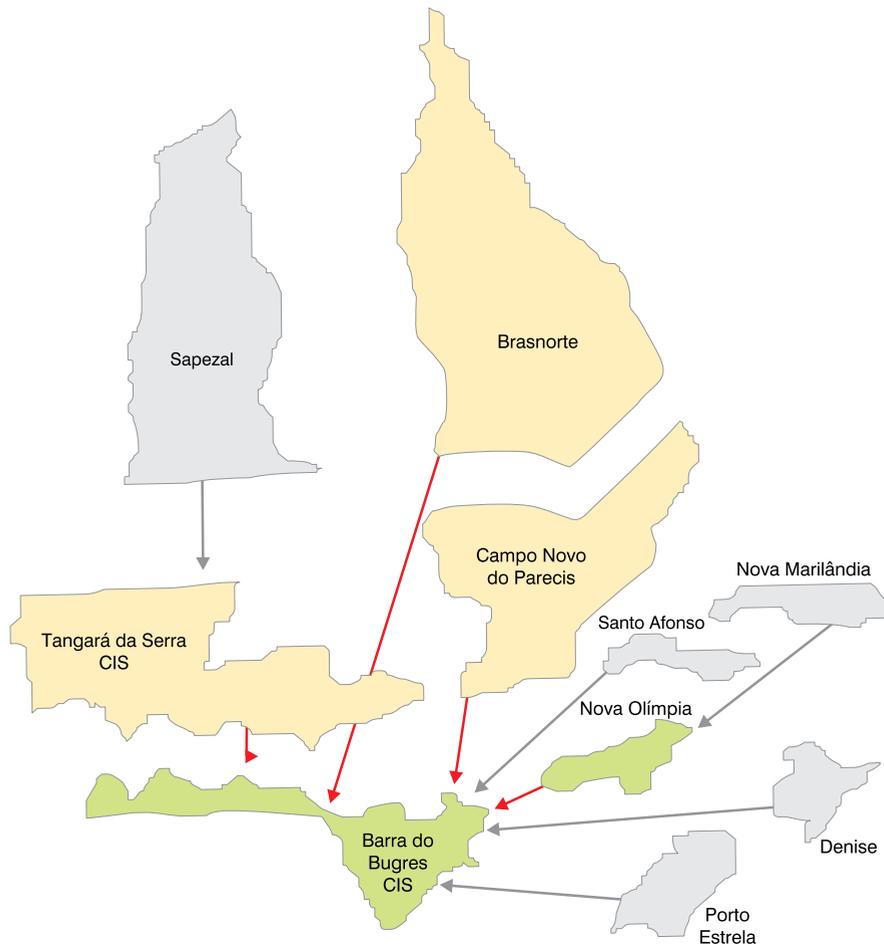
**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Polo da Microrregião a partir dos Módulos e Sedes de Módulos

Mapas :

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

Microrregião Médio Norte e a Configuração  
de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



154

Sigla: CIS  
Indica o Município sede  
do Consórcio Intermunicipal  
de Saúde

Setas cinzas:  
Indicam a sede de  
módulo de referência  
para aquele Município

**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Polo  
da Microrregião a partir  
dos Módulos e Sedes de  
Módulos

Mapas :

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Noroeste Mato-grossense e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



Sigla: CIS  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Setas cinzas:  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

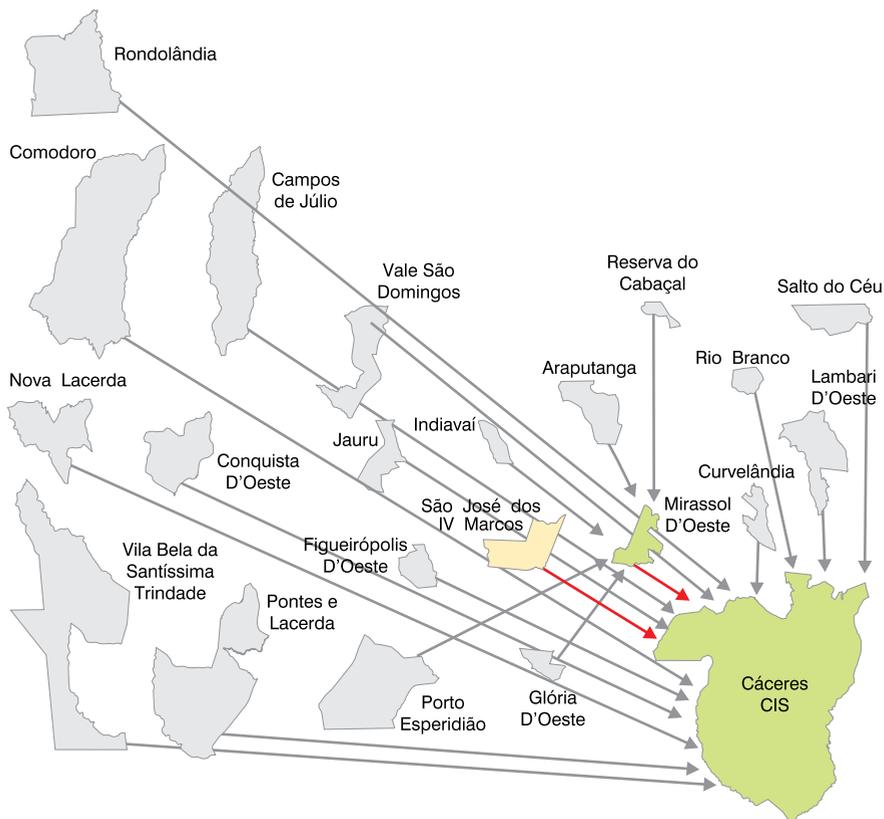
**Setas vermelhas:**  
Indicam que a sede de módulo da microrregião coincide com o Município Pólo

Mapas:

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Oeste Mato-grossense e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



156

Sigla: CIS  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Setas cinzas:  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

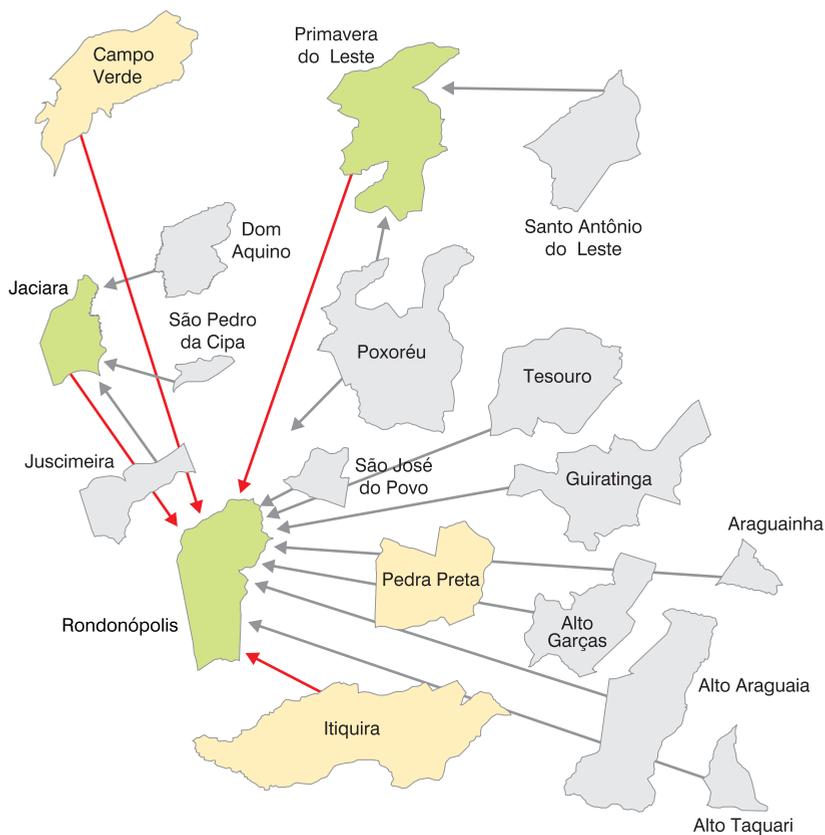
**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Pólo da Microrregião a partir dos Módulos e Sedes de Módulos

Mapas:

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Sul Mato-grossense e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



Sigla: CIS  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Setas cinzas:  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Pólo da Microrregião a partir dos Módulos e Sedes de Módulos

Mapas :

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Teles Pires e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



158

Setas cinzas:  
Indicam a sede de  
módulo de referência  
para aquele Município

**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Polo  
da Microrregião a partir  
dos Módulos e Sedes de  
Módulos

Sigla: CIS  
Indica o Município sede  
do Consórcio Intermunicipal  
de Saúde

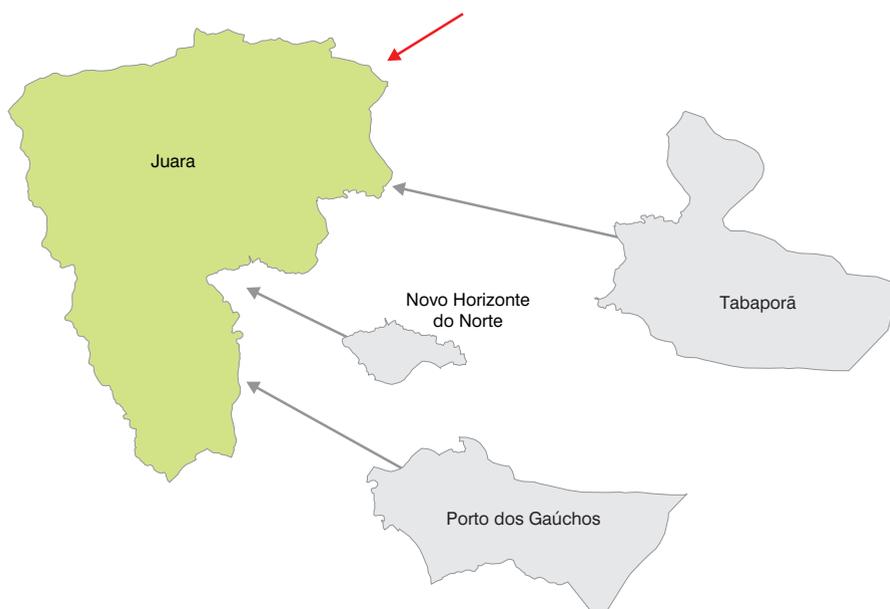
Mapas :

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Obs.: Os Municípios Itaúba e Marcelândia fazem parte do Consórcio de Colider.

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Vale do Arinos e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



Sigla: CIS  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Setas cinzas:  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

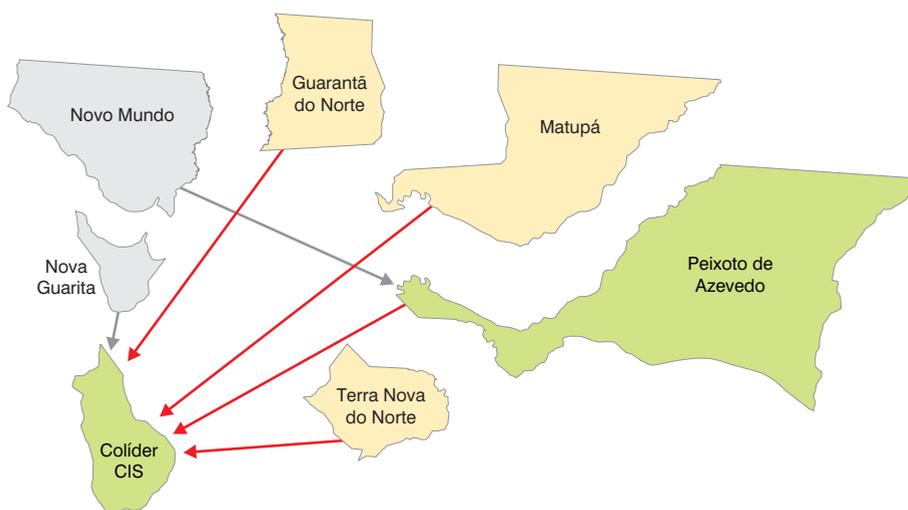
**Setas vermelhas:**  
Indicam que a sede de módulo da microrregião coincide com o Município Pólo

Mapas :

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Fonte: SAI/SES-MT

## Microrregião Vale do Peixoto e a Configuração de Módulos Assistenciais – Mato Grosso, 2001



Setas cinzas:  
Indicam a sede de módulo de referência para aquele Município

**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município Polo da Microrregião a partir dos Módulos e Sedes de Módulos

Sigla: CIS  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Mapas:

- Município Sede de Módulo Assistencial
- Município Módulo Assistencial para sua própria população
- Município Adscrito ao Módulo Assistencial

Obs.: O Consórcio de Colíder atende municípios de outra Microrregião : Itaúba e Marcelândia

Fonte: SAI/SES-MT

## II – O Processo de Construção da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde

---

O processo de programação e pactuação da atenção à saúde vem ocorrendo de forma gradativa no Estado, desde 1995, de forma articulada às estratégias de implantação das CIBs regionais e aos Consórcios Intermunicipais de Saúde. A resolução CES Nº 015/2000 é o último documento contendo as definições da programação do teto físico e financeiro da assistência ambulatorial e hospitalar do Estado, o conjunto de instrumentos e parâmetros utilizados para definição dos mesmos, bem como informações complementares à programação, que incluem a situação da rede de serviços do Estado; o projeto preliminar da regulação, outros mecanismos de controle e avaliação, necessários para avançar no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, nas diversas áreas programáticas e nos níveis de atenção primária e atenção especializada, secundário e terciário.

Este processo histórico de programação pactuada e integrada apresenta avanços importantes na implementação do Sistema Único de Saúde. O principal deles é a integração dos níveis de governo, na definição de prioridades para planejamento das ações e alocação de recursos dos níveis federal, estadual e municipal, além da implementação de uma metodologia que está exigindo dos gestores maior conhecimento das informações e indicadores de saúde.

O manual a seguir foi elaborado com o objetivo de subsidiar metodologicamente a realização dos fóruns de programação e pactuação e a elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR, previsto na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS, bem como os planos microrregionais. A proposta preliminar deste manual foi elaborada pela equipe do nível central, porém sofreu diversas modificações a partir da realização da oficina-piloto que ocorreu na Microrregião do Médio Norte e também na segunda oficina na Microrregião do Sul Mato-grossense.

Considerando que a PPI é um processo de construção permanente, o manual deve ser entendido como continuidade e complementação ao que está contido na resolução CIB 015/2000, já citada anteriormente.

Os textos de apoio utilizados durante os fóruns não foram anexados ao presente manual, assim como os parâmetros de necessidade, capacidade instalada dos serviços e as planilhas utilizadas durante as oficinas.

# 1 – CONCEITOS

- PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR – é o documento que contém o conjunto de informações, que orienta o processo de regionalização da atenção integral à saúde no Estado de Mato Grosso, definidos a partir da Política Estadual de Saúde e das normas estabelecidas na NOAS/SUS/01/2001.
- PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA – PPI da Assistência à Saúde é um processo educativo e permanente de planejamento das ações e serviços de saúde, através da construção de parâmetros e instrumentos para alocação de recursos, baseado nas demandas sociais, necessidades sentidas pela população, perfil epidemiológico e avaliação técnica dos gestores, garantindo-se os princípios do SUS.

## 2 – OBJETIVOS GERAIS

- Implementar e consolidar a PPI 2001 da Assistência Ambulatorial e Hospitalar no Estado de Mato Grosso, contribuindo para a garantia do princípio da equidade e do acesso da população mato-grossense às ações e aos serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade.
- Contribuir para o processo de regionalização da assistência à saúde, de acordo com a política estadual definida no Plano Estadual de Saúde, atendendo também o que preconiza a NOB 01/96 e NOAS/SUS 01/2001.
- Contribuir para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS em Mato Grosso, consolidando o processo de habilitação do Estado na condição de Gestor Pleno de Saúde.
- Promover a integração do processo de programação, regulação, controle e avaliação da atenção à saúde.

## 3 – METAS E AÇÕES

### 3.1 – Elaborar o Plano Diretor Estadual de Regionalização da Assistência

- Definir as microrregiões de saúde, módulos assistenciais e municípios-sede dos módulos;
- Desenvolver mecanismos de regulação, para garantia de acesso da população aos serviços de referência intermunicipal;
- Fazer o levantamento das necessidades de referência para outros Estados;
- Fazer a descrição da proposta de estruturação de redes de referência especializada do Estado;

- Elaborar o Plano Diretor de Investimentos – PDI, da rede de serviços públicos e filantrópicos e de transporte para os municípios-pólo e módulos assistenciais.

### 3.2 – Elaborar os treze Planos Microrregionais da Atenção Integral à Saúde, para qualificação das microrregiões

- Realizar o diagnóstico das demandas, dos principais problemas de saúde das microrregiões e o levantamento das ofertas dos serviços, dos profissionais, dos fluxos e das condições de transporte;
- Atualizar o cadastro de 100% dos estabelecimentos de saúde do Estado;
- Fazer a avaliação dos indicadores da atenção básica – 2000/2001 e elaborar a agenda de pactuação dos indicadores – 2002;
- Estabelecer os novos contratos de serviços complementares ao SUS;
- Elaborar o Plano de Assistência Farmacêutica Básica regional;
- Elaborar e implementar o Plano de Investimentos para os municípios da microrregião, considerando os três níveis de atenção.

### 3.3 – Implementar a metodologia de programação da assistência e alocação de recursos, baseada nas demandas/necessidades de saúde da população, com aplicativo no município, na região e no Estado:

- Definir o plano de implementação e acompanhamento da PPI na região e no âmbito do Estado;
- Definir estratégias de gestão regional, que promovam a integração do processo de programação, controle e avaliação e regulação com controle social;
- Elaborar e implementar o Plano de Regionalização do Controle e Avaliação das Ações e Serviços dos Sistemas de Informação (SIAB, SIH e SIA).

### 3.4 – Definir o limite financeiro global da assistência ambulatorial e hospitalar dos recursos federais por município, independente de sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município e a parcela correspondente às referências intermunicipais;

### 3.5 – Implementar a Agenda Estadual de Prioridades, articulada com a agenda regional e municipal.

## 4 – ETAPAS

Foram definidas 3 etapas de trabalho: planejamento, realização dos fóruns de sistematização do PDR e dos Planos Microrregionais e qualificação das microrregiões.

## 4.1 – Planejamento

- a) Definição dos critérios para caracterização dos módulos e das microrregiões de saúde, utilizando-se as premissas definidas pelo Estado no seu processo de descentralização, incorporando também os princípios e diretrizes da NOB 01/96 e NOAS 01/2001 – Portaria GAB/SES Nº 063, de 07/06/2001.
- b) Definição da agenda de prioridades estadual e regionais da atenção à saúde pela SES, que serviu como orientação do Plano Diretor da Regionalização da Assistência.
- c) Elaboração da Metodologia:
  - Revisão dos instrumentos utilizados na PPI 2000;
  - Levantamento de dados e análise dos mesmos;
  - Desenvolvimento de software, para programação dos tetos;
  - Fechamento do roteiro de diagnóstico e do manual a ser aplicado no piloto do PDR/PPI;
  - Aplicação do piloto na região de Tangará da Serra;
  - Reuniões e oficinas de trabalho da equipe de nível central e regionais para os ajustes.

## 4.2 – Realização dos Fóruns Microrregionais de Sistematização do PDR e dos Planos Microrregionais e Aprovação do PDR na CIB Estadual

- Sensibilização dos gestores e técnicos dos municípios;
- Apresentação da proposta à CIB Estadual e ao Conselho Estadual de Saúde;
- Atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde;
- Capacitação dos técnicos das regionais e do município em Gestão Plena (Cuiabá);
- Realização de treze seminários regionais de programação, pactuação e elaboração do Plano Diretor da Regionalização da Assistência, utilizando o manual da PPI/PDR;
- Realização de um seminário no município de Cuiabá, para programação da população residente e referenciada;
- Consolidação do Plano Diretor da Regionalização do Estado;
- Realização da CIB para aprovação do PDR e os tetos físico e financeiro por município.

## 4.3 – Consolidação e Implementação dos Planos Microrregionais

- Aprovação dos planos microrregionais nas CIBs Regionais;
- Implementação dos Planos Microrregionais de Assistência;
- Habilitação dos municípios e da microrregião à NOAS – SUS;
- Acompanhamento e avaliação da PDR;
- Estabelecimento de contratos e convênios com os serviços complementares ao SUS.

## 5 – DIAGNÓSTICO

Para a elaboração do diagnóstico, foi utilizado um roteiro elaborado pela equipe técnica, ajustado na realização do piloto, além dos dados previamente organizados pelo nível central.

### 5.1 – Detalhamento do Instrumento de Diagnóstico, preenchido pelos Gestores e Escritórios Regionais

- Característica da população, das demandas sociais de saúde, e do perfil epidemiológico.
  - Levantamento das demandas, problemas, indicadores por município e região.
- Característica dos estabelecimentos de saúde por nível de complexidade:
  - Atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde (FCA e FCES);
  - Cobertura do PACS e PSF, principais características e problemas da rede básica;
  - Levantamento da grade de serviços especializados e recursos humanos do SUS, problemas e dificuldades dos municípios e da região, referentes à estrutura, RH, gerenciamento, entre outros;
  - Levantamento dos principais estabelecimentos, especialidades e serviços existentes fora do SUS, com potencial para pactuação.
- Característica do sistema de referência e contra-referência: fluxos dos formulários, das estradas, do transporte, da retaguarda dos pacientes em tratamento fora do domicílio (graves e não graves) e como é realizada a contra-referência.
- Característica da assistência farmacêutica.
- Característica dos investimentos com recursos aprovados (estrutura física, equipamentos médicos e de informática). Informar a fonte de financiamento, do valor e o levantamento da necessidade de novos investimentos.
- Característica do consórcio intermunicipal de saúde na região:
  - Quais os serviços e a programação do consórcio por município.
- Característica da composição do teto financeiro dos municípios e da região.

### 5.2 – Informações contidas nos mapas da microrregião, com os dados previamente selecionados e organizados pelo nível central:

- Municípios da microrregião e sua população;
- Cobertura do PSF e PACS em cada município da região;
- Percentual de internação da população residente;
- Principais causas de internação na região;
- Principais causas de encaminhamento para Cuiabá;
- Principais serviços e especialidades existentes na região e as características das distâncias e vias de acesso;

- Municípios de referência para a região;
- Quantidade de leitos por mil habitantes;
- Freqüências mensais que indicam o fluxo onde ocorreu a internação;
- Incentivo indígena.

5.3 – Além dos dados levantados previamente ao fórum, foram apresentadas as seguintes questões relacionadas à gestão para levantamento e análise após os fóruns:

- Como está organizada a programação no município e na microrregião?
- Existe Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão?
- A programação é feita com as unidades e aprovada no Conselho Municipal de Saúde?
- Como estão organizados o controle e a avaliação no município e na microrregião (cadastro, processamento do SIA, autorização de AIH)?
- O município faz o acompanhamento dos indicadores de saúde?
- Quais as dificuldades encontradas pelos Gestores?
- Como está funcionando a câmara de compensação?
- Existe central de vagas funcionando? Onde?
- Como estão funcionando os sistemas de informação: problemas e dificuldades?
- O município utiliza os sistemas de informação para programação, controle e avaliação da assistência à saúde?
- Como funciona a CIB regional?
- Como funcionam os Conselhos Municipais de Saúde?
- Existe um setor de transferência ou Tratamento Fora do Domicílio – TFD no município? Como funciona?
- Conhece o SIOPS e/ou se utiliza deste sistema para o orçamento?
- Quais são as necessidades de RH e investimentos na área de assistência à saúde?
- Como está organizado e como é gerenciado o Fundo Municipal de Saúde?
- Os serviços especializados são programados e pactuados na CIB Regional?
- O consórcio participa da programação, controle, avaliação e regulação regional? Como está organizado? Atende às necessidades prioritizadas na região?

## 6 – ELABORAÇÃO DO PLANO DE PRIORIDADES

Após a apresentação e discussão do diagnóstico e seleção dos problemas, foram definidas as prioridades. Para tanto, foi feita uma apresentação de forma resumida dos principais instrumentos de planejamento e programação da Política Estadual de Saúde e as principais características da NOAS e do Sistema de Transferência Voluntário de Recursos Fundo-a-Fundo, conforme documentos básicos a seguir:

## 6.1 – Plano Estadual de Saúde – PES (2000 – 2003)

Documento Oficial do Governo do Estado de Mato Grosso de definição dos programas prioritários do setor no período de 2000 – 2003.

- a) Plano de Trabalho Anual – PTA ou Agenda Estadual de prioridades da atenção à saúde.

*Documento que define, no âmbito da SES e do Plano Estadual de Saúde, os projetos prioritários, metas e ações estratégicas, para desenvolvimento anual.*

- b) Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - Portaria nº 95/GM, de 26/01/2001, reformulada e reeditada sob o Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

*Norma que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização, como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios.*

- c) Decretos e Portarias que definem o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

*Sistema que institui a transferência de recursos, objetivando viabilizar repasses do Fundo Estadual de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, destinados exclusivamente ao 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, destinando, inicialmente, o valor anual de R\$ 9 milhões de reais do orçamento da SES.*

A partir deste sistema, a SES vem realizando transferências para os municípios, nos programas prioritários:

- c.1. Reestruturação do Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária (Portaria GAB/SES Nº 026/01, de 13/02/2001).

Valores:

- R\$ 24.000,00 anuais/ESF: municípios do Baixo Araguaia e Norte Mato-grossense.
- R\$ 14.400,00 anuais/ESF: demais municípios mato-grossenses terão acréscimo de 100% sobre os valores acima, por equipe, de acordo com a cobertura populacional do programa.

- c.2. Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS.

Recursos destinados a:

- Beneficiar regiões onde haja hospitais próprios da rede estadual.
- Implantação gradual da assistência especializada ambulatorial e hospitalar e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

Valores:

- 50% da cota de participação financeira de cada município.

A base de cálculo para definição do incentivo correspondente à parcela estipulada nos termos do convênio firmado entre a SES e o convênio vigente na data de publicação dessa Portaria.

- c.3. Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (Decreto 2.436 de 28/03/01 – GAB/SES – Portaria 043/2001, de 29/03/01)

Recursos para:

- Custeio das ações e dos insumos necessários ao atendimento de Urgência e Emergência e para modernização gerencial dos estabelecimentos, destinados a unidades hospitalares de natureza filantrópica e municipal, classificados em Nível II e III.

Valores:

- Unidades classificadas em Nível III – 15% do faturamento ambulatorial e hospitalar, pagos pelo SUS no ano 2000.
- Unidades classificadas em Nível II – 12% do faturamento ambulatorial e hospitalar, pago pelo SUS no ano 2000.

c.4. Apoio à Saúde Comunitária de Assentamentos Rurais – PASCAR (Portaria GAB/SES N° 044, de 29/03/01)

Recursos para:

- Incremento direto da oferta dos serviços básicos de saúde da família, pertencentes aos assentamentos rurais promovidos pelo INCRA e INTERMAT-MT, para:
- Municípios que possuam assentamentos rurais com mais de 400 famílias.
- Implantação dos serviços de agente de saúde comunitário rural.

Valores:

- R\$ 2.400,00 anuais, por agente de saúde comunitário rural contratado.

c.5. Incentivo aos Serviços e Redes, nas Áreas de Reabilitação, Hemoterapia e Centros de Atenção Psicossocial (Portaria GAB/SES N° 059, de 31/05/01), para:

- Municípios que garantirem as ações e serviços nas áreas de reabilitação, hemoterapia e centros de ação psicossocial e dispondo de ações e serviços nas áreas de reabilitação, hemoterapia e centros de atenção psicossocial.

Valores:

- Unidades descentralizadas de reabilitação, de acordo com o nível de hierarquia:
  - Nível I – R\$ 1.500,00;
  - Nível II - R\$ 2.500,00;
  - Nível III – R\$ 4.000,00.
- Municípios com Centro de Atenção Psicossocial – R\$ 7.000,00/mês para cada unidade;
- Unidades já cadastradas no Ministério da Saúde – R\$ 2.000,00/mês.
- Unidades de Hemoterapia, de acordo com o tipo de unidade:
  - Agência transfusional R\$ 1.500,00;
  - Unidade de Coleta e Transfusão R\$ 2.500,00.

## 6.2 – Prioridades da Atenção à Saúde, que compõem o Plano de Trabalho Anual (PTA/2001) da SES ou Agenda Estadual de Assistência à Saúde.

Apresentação dos programas prioritários do Plano Estadual de Saúde – PES, os projetos, as metas de cada programa que definiu o Plano de Trabalho ou Agenda Estadual de Assistência à Saúde – 2001.

## PROJETO I

Redução dos agravos à saúde da população, relacionados à Atenção Básica: hanseníase, tuberculose, doenças crônico-degenerativas, saúde da mulher e da criança, saúde mental, saúde bucal, dengue, leishmaniose e malária.

- a) PROGRAMA DO PES
  - Programa Saúde da Família;
  - Cooperação Técnica com os municípios
- b) META
  - Reduzir a prevalência da hanseníase em 30% (4.853 casos para 3.472);
  - Elevar a taxa de cura de tuberculose para 85%, prioritariamente para os municípios com população acima de 20.000 habitantes;
  - Capacitar 50% das ESF para o Programa AIDPI;
  - Garantir acompanhamento de 50% dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e em tratamento;
  - Acompanhar 80% dos egressos hospitalares;
  - Aumentar em 30% a cobertura do exame preventivo do câncer cérvico-uterino, para a população de mulheres em idade fértil;
  - Aumentar em 80% o número de gestantes cadastradas com mais de seis consultas pré-natal;
  - Implantar e implementar os procedimentos coletivos odontológicos (PCO) em 70% dos municípios;
  - Garantir a oferta dos medicamentos básicos essenciais pactuados na CIB para 100% dos municípios;

169

## PROJETO II

Mudança do modelo de Atenção Básica:

- Saúde da Família;
- Agentes Comunitários de Saúde.
- a) PROGRAMA DO PES
  - Programa de Saúde da Família;
  - Cooperação Técnica com os municípios.
- b) META
  - Alcançar 50% de cobertura da população do Estado, com a atenção das ESF.

## PROJETO III

Articular referências para os principais agravos relacionados à atenção básica.

- a) PROGRAMA DO PES
  - Programa de Saúde da Família;
  - Cooperação Técnica com os municípios.

b) META

- Garantir a oferta do primeiro nível de referência para a atenção básica definida na PPI: consultas, SADT, pronto atendimento e internação em clínicas médicas e pediátricas, parto normal, para 100% dos municípios.
- Garantir a referência para DST, HIV e AIDS em 100% das regionais;
- Garantir a assistência a 100% das gestantes de baixo risco;
- Garantir oferta de serviços de referência secundária para portadores de hipertensão e diabetes, nas regionais de saúde;
- Garantir a oferta de serviços de referência secundária e laboratorial para os agravos relacionados às principais endemias: dengue, leishmaniose, malária, tuberculose e hanseníase.
- Garantir as especialidades ambulatoriais, SADT e internação do segundo nível de referência, definidas na PPI, para 100% dos municípios.

### PROJETO IV

Elaborar o Plano Diretor de Regionalização da Assistência, tendo como eixo a Programação Pactuada e Integrada (PPI);

a) PROGRAMA DO PES

- Gestão do SUS.

b) META

- Elaborar a Programação da Assistência à Saúde;
- Realizar a pactuação das treze regionais de saúde;
- Qualificar as microrregiões de acordo com a NOAS/01.

170

### PROJETO V

Implantar as Centrais Estadual e Regionais de Atendimento e Regulação da Assistência.

a) PROGRAMA DO PES

- Sistema de Referência e Contra-referência.

b) META

- Implantar e funcionar uma Central de Regulação Estadual e nove Centrais Regionais.

### PROJETO VI

Melhorar a rede de serviços e sistemas de referência.

a) PROGRAMA DO PES

- Assistência Hospitalar;
- Referência e Contra-referência.

b) META

- Consolidar as referências das 18 unidades hospitalares para o atendimento à gestante de alto risco, urgência, emergência, outras especialidades e implantar Unidades de Cuidados Especiais (UCEs);

- Qualificar a oferta dos serviços hospitalares de baixa complexidade para 80% dos hospitais públicos e filantrópicos e 50% para os privados;
- Qualificar os serviços ambulatoriais e SADT em 100% dos módulos assistenciais (1º nível de referência);
- Qualificar 100% dos serviços ambulatoriais e hospitalares do segundo e terceiro níveis de referência, de acordo com a PPI Estadual.

### 6.3 – Elaboração do Plano de Prioridades da Microrregião ou Agenda Microrregional de Assistência à Saúde

Para elaboração do Plano de prioridades da microrregião, foi elaborado o seguinte roteiro:

- Organização da rede de serviços e sistemas: cobertura (ampliação, contratação, construção etc).  
Para atenção primária;  
Para o 1º nível de referência;  
Para o 2º nível de referência;  
Para o 3º nível de referência.
- Garantia de medicamentos;
- Organização e fortalecimento da gestão:

Implementação da PPI/Central de Regulação, Controle e Avaliação e Controle Social, SIOPS, Cartão SUS etc. Investimentos e desenvolvimento de Recursos Humanos.

171

## 7 – Programação dos Tetos Físicos e Financeiros da Assistência Ambulatorial e Hospitalar

Após a apresentação do Plano de Prioridades Estadual, da proposta da NOAS e do roteiro de prioridades construído em cada microrregião, iniciou-se o processo de preenchimento das planilhas e o levantamento da capacidade de oferta de procedimentos e serviços ambulatoriais e hospitalares existentes em cada município para a sua população e atendimento de referência intermunicipais, através de serviços públicos, conveniados ou contratados. Ao mesmo tempo foram identificados os principais encaminhamentos por município e o destino.

Para facilitar o processo de levantamento das informações, foi desenvolvido um programa (software) para a área ambulatorial devido aos inúmeros procedimentos da tabela, com o objetivo de identificar os principais fluxos de referência intermunicipais, a configuração dos municípios com capacidade para habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA, de acordo com a NOAS, bem como a capacidade de oferta do segundo e terceiro níveis de complexidade.

No momento seguinte à revisão do preenchimento das planilhas, foi apresentada a metodologia, contendo os parâmetros para alocação de recursos federais, na definição dos tetos financeiros dos municípios.

Estes parâmetros foram ajustados aos recursos de custeio disponíveis para o Estado de Mato Grosso, tendo como fonte financeira o Ministério da Saúde. Neste valor, não estão incluídos os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC, sendo este de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Nesta proposta de organização dos tetos físico-financeiros da assistência, não foram incluídos a expansão da oferta e os recursos para o financiamento complementar dos módulos assistenciais, que são os procedimentos ambulatoriais definidos no anexo 3 da NOAS.

### 7.1 – Metodologia Utilizada para a Programação dos Tetos Financeiros da Assistência Ambulatorial Especializada de Média e Alta Complexidade

#### – Critérios de programação e alocação de recursos federais

A Secretaria de Estado de Saúde, através de estudos elaborados pelos técnicos do Controle e Avaliação, com base nos projetos prioritários da Atenção à Saúde e nos recursos existentes do teto da assistência de média e alta complexidade, destinados pelo Ministério da Saúde ao Estado, definiu o valor *per capita* de R\$ 2,0945/mês, ou seja, de R\$ 24,4332/ano para os procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial.

Esse *per capita* foi subdividido no 1º, 2º e 3º níveis de referência.

#### a) 1º Nível de Referência

É um conjunto de procedimentos ambulatoriais, que devem ser ofertados para todos os municípios do Estado, garantindo o primeiro nível de referência de atenção à saúde, podendo ser realizado pelo próprio município ou em outro município de referência. Estes procedimentos estão descritos no Quadro I.

Para a definição destes procedimentos, considerou-se um levantamento de necessidade para dar suporte à Atenção Básica, utilizando-se como referência uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), numa área de abrangência de 4.000 habitantes; e/ou uma equipe de atenção básica (EAB), composta, no mínimo, por um médico generalista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem (EAB1) ou um médico generalista e auxiliar de enfermagem (EAB2). Para tanto, definiu-se um elenco mínimo de exames: USG, mamografia, Raio-X simples, Raio-X contrastado, endoscopia, colpocitologia, eletrocardiograma-ECG - com laudo e exames de laboratório de análises clínicas, que estão descritos no quadro I utilizado para a programação ambulatorial.

Estes parâmetros vêm sendo construídos e aprimorados pela Secretaria Estadual de Saúde e pactuados na CIB desde 1998 e estão descritos no trabalho da PPI 1999/2000, encaminhado ao Ministério da Saúde no ato de habilitação do Estado na Gestão Plena do Sistema (Resolução CES Nº 15/2000).

**Quadro I**  
**Demonstrativo de *per capita* para cobertura assistencial do**  
**primeiro Nível de Referência**

ESTADO DE MATO GROSSO

População: 2.438.415

| GRUPO DE PROCEDIMENTOS<br>1º NÍVEL - ATENÇÃO BÁSICA | PROPOSTA A |              |             |            |
|---|------------|--------------|-------------|------------|
|   | FÍSICO     | FINANCEIRO   | CUSTO MÉDIO | PER CAPITA |
| 7 - Proced. Espec. Profis. Médicos, Out.            | 46.440     | 29.257,20    | 0,63        | 0,0120     |
| 8 - Cirurgia Ambulatorial Especializada             | 5.043      | 100.355,70   | 1,99        | 0,0411     |
| 10 - Ações Especializadas em Odontologia            | 4.469      | 18.278,21    | 4,09        | 0,0075     |
| 11 - Patologia Clínica                              | 143.857    | 681.097,90   |             | 0,2793     |
| 11.1 - Teste do Pezinho                             | 3.437      | 46.399,50    | 13,50       | 0,0190     |
| 11.2 - Outros Exames de Patologia                   | 140.420    | 634.698,40   | 4,52        | 0,2603     |
| 12 - Citopatologia                                  | 9.715      | 52.169,55    | 5,37        | 0,0214     |
| 13 - Radiodiagnóstico                               | 25.085     | 352.378,13   |             | 0,1443     |
| 13.1 - Raio-X Simples                               | 20.209     | 147.525,70   | 7,30        | 0,0605     |
| 13.2 - Raio-X Contrastado                           | 1.459      | 78.625,51    | 53,89       | 0,0322     |
| 13.3 - Mamografia                                   | 2.441      | 73.522,92    | 30,12       | 0,0301     |
| 14.4 - Densitometria                                | 976        | 52.704,00    | 54,00       | 0,0215     |
| 14 - Ultrassonografia                               | 7.882      | 55.568,10    | 7,05        | 0,0228     |
| 17 - Diagnose                                       | 3.254      | 34.148,73    |             | 0,0140     |
| 17.1 - Gastro Duodenoscopia                         | 1.457      | 31.471,20    | 21,60       | 0,0129     |
| 17.2 - ECG  | 1.797      | 2.677,53     | 1,49        | 0,0011     |
| 19 - Terapias Especializadas                        | 1.387      | 1.955,67     | 1,41        | 0,0008     |
| Total   | 247.132    | 1.325.209,19 |             | 0,5432     |

173

**b) 2º Nível de Referência**

São procedimentos especializados, contidos no Quadro II Demonstrativo de *per capita* da Assistência Ambulatorial, em unidades públicas, filantrópicas ou contratadas, gerenciadas pelo município ou Estado, na microrregião ou fora dela.

O que caracteriza a programação ambulatorial deste nível são as consultas de especialidades, as cirurgias ambulatoriais, os serviços de apoio diagnóstico-terapêutico, definidos neste nível e que estão no plano prioritário de descentralização da política estadual.

Para efeito de definição da *per capita* deste nível, considerou-se:

- As prioridades da Política Estadual de Saúde no Plano Microrregional;
- A série histórica da produção ambulatorial, aprovada e apresentada nos meses de janeiro a junho/2000;
- O custo real do procedimento e/ou custo médio do procedimento apresentado; nos municípios onde o teto físico ficar abaixo de um, será considerado o mínimo de um procedimento/mês;
- O perfil da produção do município de Cuiabá, para definir os procedimentos e serviços contidos nesse quadro, por ser um município de maior complexidade;

Quadro II  
Demonstrativo da *Per Capita* para a Assistência Ambulatorial do 2º Nível

ESTADO DE MATO GROSSO

População: 2.438.415

| GRUPO DE PROCEDIMENTOS<br>2•NÍVEL - ATENÇÃO BÁSICA | PROPOSTA A     |                     |             |               |
|--|----------------|---------------------|-------------|---------------|
|  | FÍSICO         | FINANCEIRO          | CUSTO MÉDIO | PER CAPITA    |
| 7 - Proced. Espec. Profis. Médicos, Out.           | 178.827        | 599.942,10          |             | 0,2460        |
| 7.1 - Proced. Espec. Profis. Médicos, Out.         | 56.901         | 170.703,00          | 3,00        | 0,0700        |
| 7.2 - Consultas Médicas Especializadas             | 71.816         | 183.130,80          | 2,55        | 0,0751        |
| 7.3 - Consulta Urgência e Emergência               | 29.584         | 93.189,60           | 3,15        | 0,0382        |
| 7.4 - Consulta com Observação                      | 20.526         | 152.918,70          | 7,45        | 0,0627        |
| 8 - Cirurgia Ambulatorial Especializada            | 11.769         | 234.203,10          | 19,90       | 0,0960        |
| 9 - Proc. Traumatol. Ortopédico                    | 11.006         | 301.564,40          | 27,40       | 0,1237        |
| 10 - Ações Espec. em Odontologia                   | 7.988          | 32.670,92           | 4,09        | 0,0134        |
| 11 - Patologia Clínica                             | 54.865         | 247.989,80          | 4,52        | 0,1017        |
| 12 - Anatomopatologia                              | 1.220          | 11.297,20           | 9,26        | 0,0046        |
| 13 - Radiodiagnóstico                              | 9.799          | 136.144,17          |             | 0,0549        |
| 13.1 - Raio-X Simples                              | 8.040          | 58.692,00           | 7,30        | 0,0241        |
| 13.2 - Raio-X Contrastado                          | 7,05           | 37.992,45           | 53,89       | 0,0155        |
| 13.3 - Mamografia                                  | 731            | 22.017,72           | 30,12       | 0,0090        |
| 13.4 - Densitometria                               | 323            | 17.442,00           | 54,00       | 0,0064        |
| 14 - Ultrassonografia                              | 3.401          | 27.375,97           |             | 0,0111        |
| 14.1 - Ultrassonografia                            | 2.974          | 20.966,70           | 7,05        | 0,0086        |
| 14.2 - Ecocardiograma                              | 427            | 6.409,27            | 15,01       | 0,0025        |
| 17 - Diagnose                                      | 15.028         | 95.240,00           |             | 0,0373        |
| 17.1 - ECG   | 8.187          | 12.198,63           | 1,49        | 0,0050        |
| 17.2 - Mapa Holter                                 | 665            | 5.699,05            | 8,57        | 0,0023        |
| 17.3 - Teste Ergométrico                           | 673            | 13.365,78           | 19,86       | 0,0054        |
| 17.4 - EEG   | 3.334          | 26.805,36           | 8,04        | 0,0110        |
| 17.5 - Espirografia                                | 214            | 608,52              | 3,18        | 0,0002        |
| 17.6 - Tonometria                                  | 448            | 1.509,76            | 3,37        | 0,0006        |
| 17.7 - Biometria                                   | 467            | 11.320,08           | 24,24       | 0,0045        |
| 17.8 - Gastro Duodenoscopia                        | 327            | 7.063,20            | 21,60       | 0,0026        |
| 17.9 - Colonoscopia                                | 245            | 14.332,50           | 58,50       | 0,0048        |
| 17.10 - Outras Diagnoses                           | 468            | 2.265,12            | 4,84        | 0,0009        |
| 18 - Fisioterapia                                  | 126.627        | 288.709,56          | 2,28        | 0,1184        |
| 19 - Terapias Especializadas                       | 5.488          | 95.283,94           |             | 0,0325        |
| 19.1 - Litotripsia                                 | 169            | 29.068,00           | 172,00      | 0,0057        |
| 19.2 - Atend. Centros e Núcleos de Re.             | 3.533          | 31.514,36           | 8,92        | 0,0129        |
| 19.3 - Centro de Atenção Psicossocial              | 1.559          | 31.491,80           | 20,20       | 0,0129        |
| 19.4 - Outras Terapias                             | 227            | 3.209,78            | 14,14       | 0,0010        |
| 22 - Anestesia                                     | 170            | 2.522,80            | 14,84       | 0,0005        |
| <b>Total</b>                                       | <b>426.188</b> | <b>2.072.943,96</b> |             | <b>0,8401</b> |

c) 3º Nível de Referência

São procedimentos definidos pelo Ministério da Saúde, com exceção de órtese e prótese, incluídos pela Secretaria de Estado de Saúde como de alto custo.

Para efeito de definição do *per capita* deste nível, considerou-se:

- Os procedimentos de alto custo/alta complexidade serão programados de acordo com os tetos físicos e protocolos estabelecidos em nível estadual, gerenciados pelas Centrais de Regulação;
- O *per capita* definido para este grupo é de R\$ 0,7112/mês, ou seja, R\$ 8,5344/ano, conforme procedimentos do Quadro III;
- Para efeito de programação nas Regionais, serão priorizados os procedimentos e serviços disponíveis na região.
- Aqueles procedimentos existentes somente em Cuiabá serão programados e pactuados na CIB Estadual, incluindo os medicamentos excepcionais e TFD interestadual, que não estão incluídos no Quadro III.

### Quadro III

#### Demonstrativo de *per capita* para a Assistência Ambulatorial

ESTADO DE MATO GROSSO

População: 2.438.415

| GRUPO DE PROCEDIMENTOS<br>1º NÍVEL - ATENÇÃO BÁSICA | PROPOSTA A   |                     |             |               |
|---|--------------|---------------------|-------------|---------------|
|   | FÍSICO       | FINANCEIRO          | CUSTO MÉDIO | PER CAPITA    |
| 21 - Órtese e Prótese                               | 834          | 114.925,20          | 137,80      | 0,0471        |
| 26 - Hemodinâmica                                   | 67           | 31.930,86           | 476,58      | 0,0130        |
| 27 - Terapia Renal Substitutiva                     | 552          | 616.710,96          | 1.117,23    | 0,2521        |
| 28 - Radioterapia                                   |              |                     |             |               |
| 29 - Quimioterapia                                  | 866          | 435.866,46          | 503,31      | 0,1785        |
| 31 - Ressonância Magnética                          | 85           | 23.291,70           | 274,02      | 0,0094        |
| 32 - Medicina Nuclear                               | 259          | 36.228,92           | 139,88      | 0,0148        |
| 33 - Radiologia Intervencionista                    | 19           | 1.564,84            | 82,36       | 0,0005        |
| 35 - Tomografia Computadorizada                     | 754          | 75.535,72           | 100,18      | 0,0310        |
| 36 - Medicamentos                                   |              |                     |             |               |
| 37 - Hemoterapia                                    | 3.281        | 401.922,50          | 122,50      | 0,1648        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>6.717</b> | <b>1.737.977,16</b> |             | <b>0,7112</b> |

175

#### 7.2 - Metodologia utilizada para a programação dos tetos físicos e financeiros da assistência hospitalar especializada de média e alta Complexidade

- a) Na Programação da Assistência Hospitalar, foram considerados três níveis de complexidade:
- 1º Nível de Referência - Internações em Clínicas Básicas:
    - Médica;
    - Pediátrica;
    - Ginecologia/Obstetrícia;

- Cirurgia Geral;
- Psiquiatria (Internação e Leito/dia).
- 2º Nível de Referência – Internações nas Especialidades ou áreas de:
  - Ortopedia
  - Cardiologia;
  - Gestante de Risco II;
  - Otorrinolaringologia;
  - Urologia;
  - Neurologia;
  - Cirurgia Vascular;
  - Tisiologia;
  - Leito/AIDS;
  - Urgência e Emergência II;
  - Neurocirurgia II;
  - Buco-Maxilo.
- 3º Nível de Referência – Além das Especialidades previstas no 2º Nível de Referência, priorizará internações em:
  - Cirurgia Oncológica;
  - Cirurgia Cardíaca;
  - Lábios palatais;
  - Neurocirurgia III;
  - Transplantes;
  - Urgência e Emergência Nível II;
  - Gestante Risco III.

b) Critérios Gerais de Programação

O percentual para programação quantitativa de internação do Estado será de até 8,5% da população/ano, incluindo clínicas básicas, especializadas e de alta complexidade.

O total de internações da população residente e população encaminhada por município não poderá ultrapassar este percentual.

O município que não disponha de hospital credenciado pelo SUS terá que confirmar a necessidade dos encaminhamentos realizados, pactuando seu teto com os municípios de referência.

c) Parâmetros de Programação Física

Para a programação do 1º nível de referência, serão utilizados os parâmetros abaixo, dependendo da capacidade instalada e da resolutividade do atendimento.

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| Clínica Médica              | 2,4 % int/ pop/ano |
| Cirurgia Geral              | 1,5 % int/ pop/ano |
| Ginecologista e Obstetrícia | 2,0 % int/ pop/ano |
| Pediatria                   | 1,1 % int/ pop/ano |
| Psiquiatria                 | 0,5 % int/ pop/ano |
| Total                       | 7,5 % int/ pop/ano |

Para programação do 2º e 3º níveis de referência, serão destinados os parâmetros de 1% int/ pop/ano. Desse percentual, no mínimo 0,2% deverá ser destinado à câmara de compensação regional para as internações eventuais, ou seja, aquelas que não caracterizam necessidade de internações mensais, com exceção dos municípios que possuem capacidade de resolutividade de internação nas Clínicas Especializadas e de Alta Complexidade.

d) Parâmetros de Programação Financeira

Para a programação Financeira, será utilizado o valor médio de acordo com a classificação do município, dependendo da sua complexidade, relacionado na tabela a seguir:

| TIPO DE MUNICÍPIO POR COMPLEXIDADE HOSPITALAR                | V. MÉDIO AIH |
|--|--------------|
| Tipo 1 Apenas uma (1) espec.                                 | R\$ 220,00   |
| Tipo 2 Mun. com Cl. Médica e Pediátrica e/ou Obstétrica      | R\$ 240,00   |
| Tipo 3 Mun. com Cl. Méd. + Cirurg. Geral, Obst. e /ou Ped.   | R\$ 260,00   |
| Tipo 4 Tipo 3 + Ortopedia e/ou Cardiologia                   | R\$ 280,00   |
| Tipo 4.1 Tipo 3 + Ortopedia e/ou Cardiologia (c/ referência) | R\$ 300,00   |
| Tipo 5 Tipo 4 + UTI II + NEURO II + UGR II + Gest. Risco II  | R\$ 320,00   |
| Tipo 6 Tipo 5 + Psiquiatria                                  | R\$ 409,00   |
| Tipo 7 Tipo 6 + SIPAC + GR III + UGR III + UTI III + FIDEPS  | R\$ 580,00   |

e) Situações Especiais para Programação

- Município com pronto atendimento em Clínica Médica, Pediátrica e/ou Cirúrgica.
- Município com população de assentamentos (acampamentos) que não estão somados à população do município, comprovada através de documentação emitida pelo INCRA.
- Município que possui população flutuante em períodos sazonais, comprovada através de documentação específica.
- Municípios que possuem hospitais públicos municipais, que são únicos no município, poderão ser programados com a totalidade das internações para a população residente.

Hospitais de Referência em Urgência e Emergência.

URG I - 20% sobre os procedimentos da Portaria.

URG II - 35% sobre os procedimentos da Portaria.

URG III - 50% sobre os procedimentos da Portaria.

Hospitais de Referência para Gestante de Alto Risco.

Hospitais com Alta Complexidade.

Quando se tratar de municípios que tenham mais de um hospital, sendo um deles público, a programação física e financeira deverá ser realizada primeiramente na unidade pública e, se houver necessidade de complementação, prosseguir programação das unidades filantrópicas e, posteriormente, das privadas.

Os procedimentos considerados estratégicos, constantes da Portaria GM/MS nº 627, anexo IV, serão programados separadamente, não incidindo, assim, no teto financeiro do município.

- f) Fases do Processo de Definição da Proposta de Teto Físico e Financeiro da Área Hospitalar por Município e Região – Ano 2001:
- Primeiramente será calculado o nº de internações da população residente, por especialidades possíveis de serem resolvidas no próprio município, de acordo com sua capacidade instalada, (cruzando o parâmetro de necessidade com a capacidade instalada e série histórica);
  - Levantar a capacidade de oferta para outros municípios e identificar os municípios para pactuação;
  - Identificar as necessidades de encaminhamentos e para onde, de acordo com os problemas de cada município;
  - Caso o município se proponha a aumentar a sua resolutividade para atendimento da população residente, a programação poderá ser alterada, desde que comprove através de cadastro e supervisão técnica;
  - As internações de referência serão acrescidas ao total das internações da população residente, menos os encaminhamentos;
  - O total de internações destinadas ao município = Int. Pop.Residente (+) Total de Recebimentos de outros municípios - Total de Encaminhamentos;
  - O número de internações para população residente não poderá ultrapassar o parâmetro da necessidade;
  - Os encaminhamentos serão subtraídos do quantitativo de internações destinadas à população residente (8,5%).
- g) Instrumentos Utilizados Para Pactuação
- Grade de especialidades e serviços disponíveis na Rede do SUS e não SUS, por município;
  - Estudo e fluxo de internações encaminhadas e recebidas por especialidade e município, que deverá ser analisado pelo gestor municipal, relacionando a real necessidade do município e a possibilidade de pactuação;
  - Proposta de pactuação de internações por especialidade, entre os municípios da microrregional;
  - Resultado da pactuação, com a definição do teto físico e financeiro, por município.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO PDR/PPI

| ATIVIDADES   | LOCAL                 | MICRORREGIÃO CONTEMPLADA                    | PERÍODO (2001/2002)    |
|--|-----------------------|---|------------------------|
| Oficina de Pactuação entre Gestores Municipais   | Tangará da Serra      | Médio Norte                                 | 07 - 10/05             |
|  | Rondonópolis          | Sul Mato-grossense                          | 21 - 25/05             |
|  | Cuiabá                | Cuiabá – município                          | 04 - 08/06             |
|  | Barra do Garças       | Garças-Araguaia e Médio Araguaia            | 18 - 22/06             |
|  | Cuiabá                | Baixada Cuiabana                            | 26 - 29/06             |
|  | Sinop                 | Teles Pires, Alto Tapajós e Vale do Peixoto | 02 - 06/07             |
|  | Diamantino            | Centro Norte                                | 09 - 13/07             |
|  | Cáceres               | Oeste Mato-grossense                        | 16 - 20/07             |
|  | São Félix do Araguaia | Baixo Araguaia                              | 23 - 27/07             |
|  | Cuiabá                | Vale do Arinos                              | 30 - 31/07             |
|  | Cuiabá                | Noroeste Mato-grossense                     | 01 - 03/08             |
| Aprovação do PDR na CIB  | Cuiabá                | Estado de Mato Grosso                       | 29/06/01               |
| Aprovação do PDR na CES  | Cuiabá                | Estado de Mato Grosso                       | 04/07/01               |
| Sistematização dos Relatórios dos Fóruns   | ERS                   |   | Out./Nov.              |
| Validação dos Relatórios   | Cuiabá/ERS            | Estado                                      | Fev./Mar.              |
| Fórum Estadual de Pactuação  | Cuiabá                | Estado                                      | Abril 2002             |
| Indicadores de Atenção Básica e dos Planos Microrregionais   |                       |   |                        |
| Aprovação dos Planos Microrregionais   | Sedes dos ERS         | 13 Micros                                   | Março 2002             |
| Processo de Qualificação das microrregiões   | Cuiabá                | Estado de Mato Grosso                       | A partir de Março 2002 |
| Implementação e acompanhamento da PPI e do Plano Microrregional de Assistência   | Cuiabá                | Estado de Mato Grosso                       | Março a Dez./02        |
| Estabelecimento dos contratos e convênios dos serviços complementares ao SUS   | Cuiabá                | Estado de Mato Grosso                       | Mai 2002               |
| Encaminhamento dos dados do Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde ao DATASUS  | Cuiabá                | Estado de Mato Grosso                       | Nov. a Fev./2002       |
| Implantação da Central de Regulação/Sede Cuiabá  |                       |   | Nov. a Mar./02         |
| Implantação Centrais/Sede de Rondonópolis, Barra do Garças, Diamantino, Tangará da Serra, Cáceres, Sorriso, Alta Floresta, Colider |                       |   | Março/02               |
| Implantação Centrais/Sede de Água Boa, Juína, Juara, Várzea Grande, Alta Floresta, Porto Alegre do Norte                           |                       |   | Julho/02               |

# III – Organização dos Níveis de Atenção e Estruturação das Redes de Serviços e Sistemas de Referência em Mato Grosso

---

## Atenção Primária

A atenção primária constitui o primeiro nível de atenção às pessoas e compreende ações de promoção, prevenção e atenção primária à saúde, que devem ser prestadas pelos serviços de saúde, sob responsabilidade do município mais próximo da residência. Neste nível de atenção, é possível resolver em torno de 90% dos problemas de saúde da população.

Para tanto, o Estado está apoiando a implantação do modelo de atenção primária da saúde da família, onde uma equipe multiprofissional se vincula a uma população adscrita de, aproximadamente, 4.000 habitantes, com contrato dos profissionais de 8 horas diárias, o que permite uma atuação satisfatória, que responde às necessidades da população.

No entanto, a atenção primária necessita da retaguarda de atendimento especializado, para dar resolutividade aos casos que não têm solução técnica no nível primário. A rede de atenção primária é composta por postos e centros de saúde, unidades de saúde da família, unidades de pronto atendimento 24 horas (policlínicas, prontos-socorros, unidades mistas), e sua gerência é de responsabilidade do gestor municipal, cabendo ao Estado e à União a cooperação técnica e o apoio necessário ao desenvolvimento e à modernização desta rede.

As principais ações e serviços da atenção primária estão descritos no manual de atenção básica, e compreendem, entre outros, a realização de consultas em clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia, vacinas, prevenção, detecção precoce de doenças, controle e tratamento de tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, câncer, doenças renais, prevenção e atenção às doenças prevalentes da criança, ações de prevenção, acompanhamento, tratamento e reabilitação às vítimas de trauma, violência, usuários de álcool e drogas químicas, atenção integral aos problemas relacionados ao adolescente, adulto e idosos.

A partir da habilitação dos municípios nas novas modalidades de gestão da NOAS, seja na Gestão de Atenção Básica Ampliada – GABA seja na Gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios terão que garantir os procedimentos definidos nesta norma, que incluem: eletrocardiograma, patologia clínica, cirurgias ambulatoriais e especializadas, ações especializadas em odontologia e realizadas por profissionais médicos, além de procedimentos realizados por profissionais de nível superior e nível médio.

## Atenção Secundária

A organização das ações e serviços definidos na atenção secundária ou de média complexidade constitui um dos projetos essenciais da microrregionalização, uma vez que é neste campo que está incluída a maioria dos atendimentos necessários para diagnóstico, tratamento e reabilitação dos principais agravos diagnosticados e encaminhados pela Atenção Básica, para atendimento ambulatorial e hospitalar, como câncer, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, saúde mental etc.

A atenção secundária é constituída pelas ações e procedimentos especializados de média complexidade, como consultas e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico-terapêutico - SADT, internações e reabilitação, caracterizando unidades especializadas, que exigem maior tecnologia e recursos humanos habilitados para o seu funcionamento.

A organização das ações e serviços deste nível deve ser centralizada, o que difere do nível primário, que é descentralizado. A atenção secundária, de acordo com a proposta da NOAS, é subdividida em 03 grupos: média 1 ( $M_1$ ), média 2 ( $M_2$ ) média 3 ( $M_3$ ), buscando uma classificação para os níveis de complexidade dos procedimentos. O  $M_1$  são aqueles procedimentos definidos como prioritários no primeiro nível de referência, que devem ser garantidos no módulo assistencial, quais sejam: exames de laboratório, raio-X simples, ultra-sonografia obstétrica e ginecológica, fisioterapia, urgência em regime de 24 horas – pronto atendimento e internação nas clínicas básicas (médica pediátrica, obstetrícia e cirurgia geral).

O  $M_2$  contempla procedimentos especializados, como consultas em cardiologia, cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia e psiquiatria.

Já os procedimentos agrupados no  $M_3$  são de maior custo e complexidade, com oferta mais centralizada, embora ainda figurem como média complexidade. Este grupo é constituído por procedimentos como atendimento pré-hospitalar em emergência e trauma, consultas em angiologia, oncologia sem quimioterapia, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, dermatologia, fisioterapia, entre outros.

181

## Atenção Terciária

A atenção terciária compreende as ações e procedimentos considerados de alta complexidade ambulatorial e hospitalar e/ou alto custo que estão localizados em municípios maiores e que possuem especialistas e equipamentos tecnológicos. Fazem parte deste grupo os procedimentos de diagnose ou terapia, como mamografia, ressonância magnética, hemodinâmica, medicina nuclear, quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, litotripsia, o processo de processamento do sangue e hemoderivados, os medicamentos excepcionais e as internações para transplante, cirurgias cardíacas, oncologia, ortopedia, neurologia, assim como procedimentos de reabilitação, localizados em serviços de referência terciária.

Embora as ações e procedimentos possam ser agrupados por níveis de complexidade, para efeito de programação e pagamento, os estabelecimentos de saúde nem sempre podem ser classificados em um único nível, podendo um mesmo serviço realizar

procedimentos de 1º, 2º e 3º níveis de referência, a exemplo de um hospital geral. Busca-se, porém, a organização de uma rede de serviços com sistema hierarquizado, fluxo ordenado de referência e centro de referência, de forma a integrar todos os serviços no sistema.

## Suporte

Os serviços de apoio e suporte são aqueles que estão sendo organizados, de forma a auxiliar os usuários do SUS no processo de diagnose, tratamento como auxílio, transporte e leito de retaguarda para pacientes em tratamento fora do domicílio, casa da gestante (que deve ser garantida por hospitais de referência para gestante de alto risco) e banco de leito humano para os recém-nascidos e prematuros e de alto risco.

### 3.1 – A REESTRUTURAÇÃO DA PORTA DE ENTRADA: A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

#### 1 – Agentes Comunitários

182

Os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram adotados como a principal estratégia, para reorganização da atenção básica no Estado. Além das ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, através desses programas, são realizadas ações de baixa complexidade e o referenciamento de pacientes.

O PACS foi implantado em Mato Grosso em 1995, priorizando-se dez municípios, sendo cinco de maior risco para a mortalidade infantil.

Com o apoio e incentivo da SES/MT, em 2001, este Programa estava implantado em cento e trinta e um (131) municípios, totalizando dois mil, setecentos e noventa e cinco (2.795) agentes comunitários de saúde, garantindo cobertura a, aproximadamente, 1.537.250 habitantes, o que representa 62,39% da população do Estado.

| ANO  | Nº DE ACS | Nº DE MUNICÍPIOS | POP. COBERTA PELO PROGRAMA | % DA POP. ESTADUAL COBERTA |
|------|-----------|------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1995 | 171       | 10               | 76.950                     | 3,32                       |
| 1996 | 452       | 32               | 203.400                    | 9,01                       |
| 1997 | 1.038     | 77               | 467.100                    | 20,41                      |
| 1998 | 1.663     | 91               | 756.900                    | 32,46                      |
| 1999 | 1.828     | 100              | 877.050                    | 36,91                      |
| 2000 | 2.357     | 116              | 1.355.275                  | 56,01                      |
| 2001 | 2.795     | 131              | 1.537.250                  | 62,39                      |

Fonte: SAI/SES/MT.

## 2 - Agentes de Saúde Rurais

Com o objetivo de propiciar o incremento direto da oferta de serviços básicos de saúde às famílias pertencentes a assentamentos rurais, legalizados pelo INCRA ou INTERMAT, a SES/MT criou, em 2001, o Programa de Apoio à Saúde Comunitária e aos Assentados Rurais – PASCAR. Em dezembro, o PASCAR já estava implantado em 48 municípios, com, aproximadamente, 316 agentes. Todo assentamento com mais de 50 famílias deverá ter 1 agente Comunitário Rural em um dos 232 assentamentos existentes no Estado.

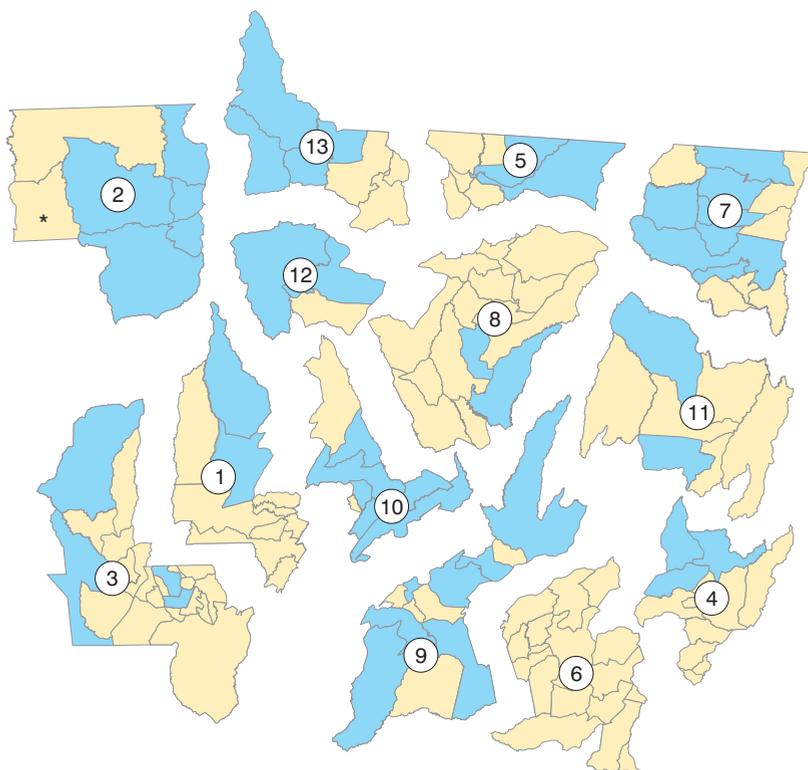
À Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso compete a coordenação estadual do referido Programa e o repasse de recursos financeiros aos municípios que possuem assentamentos reconhecidos pelos órgãos competentes, no valor de R\$ 2.400,00/ano por agente. A SES fez um convênio com a Federação dos Trabalhadores Rurais de Mato Grosso (FETAGRI), que vem fazendo a avaliação de implantação do programa junto aos municípios, com resultados animadores, relativos à finalidade e ao objeto do programa.

### Evolução do Processo de Implantação do Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais, em Relação ao Número de Agentes e de Assentamentos - Dez./2001

|                                     | PREVISTO | COBERTURA |       |
|-------------------------------------|----------|-----------|-------|
|                                     |          | Nº        | %     |
| Agentes Comunitários de Saúde Rural | 678      | 316       | 46,60 |
| Assentamentos                       | 239      | 117       | 48,95 |
| Municípios                          | 85       | 48        | 56,47 |
| População (famílias)                | 53.349   | 26.674    | 49,99 |

Fonte: SAI/SES/MT.

## Distribuição de Agentes Comunitários de Saúde Rural em Mato Grosso – Dezembro de 2001



 Presença de Agentes Comunitários de Saúde Rural

Microrregiões de Saúde :

- 1 Médio Norte
- 2 Noroeste Matogrossense
- 3 Oeste Matogrossense
- 4 Garças-Araguaia
- 5 Vale do Peixoto
- 6 Sul Mato-grossense
- 7 Baixo Araguaia
- 8 Teles Pires
- 9 Baixada Cuiabana
- 10 Médio Norte
- 11 Médio Araguaia
- 12 Vale do Arinos
- 13 Alto Tapajós

\* Pertence à Microrregião Oeste Mato-grossense

Fonte: SAI/SES-MT

### 3 - A Saúde da Família e a Atenção Primária

Iniciou-se, no final de 1996, a sensibilização dos gestores municipais, para a implantação das primeiras equipes de saúde da família que, em 1997, começaram a ser implantadas. Entretanto, a dificuldade de interiorizar e fixar profissionais médicos e enfermeiros era, e é, um dos grandes entraves para a consolidação da implementação da ESF, mesmo com o advento dos incentivos financeiros promovidos pelo Ministério de Saúde.

A partir de novembro de 1999, o Ministério da Saúde criou novos incentivos e mecanismos, para consolidar a implementação da estratégia das Equipes de Saúde da Família.

Como mecanismo fomentador para estimular os gestores municipais na implantação da ESF, a SES formulou uma proposta para flexibilizar a utilização dos profissionais já empregados nos municípios, através da Resolução nº 041 de 03 de dezembro de 1999, da Comissão Intergestores Bipartite, além de criar um incentivo financeiro destinado a implementar o salário de médicos e enfermeiros. São criados mecanismos diferenciados de incentivos financeiros, respeitando o princípio da equidade para os municípios que implantarem ESF nas regiões mais carentes do Estado. Em 2000, os incentivos foram repassados através de Convênios. Em 2001, a transferência se deu Fundo-a-Fundo (Fundo Estadual de Saúde para Fundos Municipais de Saúde).

Em 2000, a SES firma convênio com a Federação Mato-grossense das Associações de Bairro – FEMAB, com o objetivo de avaliar a satisfação do usuário, por parte do próprio movimento associativo de bairro.

Em 2000 e 2001, houve um significativo aumento no número de Equipes de Saúde da Família, como se observa no quadro a seguir. Deve-se ressaltar que, em dezembro de 2001, 72 municípios do Estado (50,2% dos municípios) já possuíam a cobertura populacional do PSF superior a 70%, em decorrência da existência de inúmeros municípios com população abaixo de 10.000 habitantes.

Também é necessário destacar a descentralização da operacionalização do processo de implantação das ESF, para os Pólos Regionais de Saúde que desempenham um papel fundamental no incremento das ESF para os municípios.

A expansão e a qualificação das equipes de saúde da família só foram possíveis, devido ao grande trabalho desenvolvido pelo Pólo de Capacitação da Escola de Saúde Pública, que, tendo este processo como prioridade, desencadeou uma grande ação regionalizada de capacitação, que atingiu todas as microrregiões de saúde. Desse modo, a grande maioria das equipes já fez o curso introdutório e um contingente significativo já realizou o curso básico de saúde da família (80 hs/aulas), assim como o AIDPI e o Curso Integrado para Grandes Endemias (CIGE).

A expectativa é a de que, a persistir a atual política de prioridade absoluta para a organização e o fortalecimento da atenção primária, possamos acelerar o processo de melhoria dos indicadores da atenção básica no Estado, sobretudo se este esforço de organização dos serviços estiver articulado com a prevenção e o controle dos principais agravos prevalentes em nossa realidade, como a hipertensão arterial e o diabetes, a infecção respiratória aguda em crianças, a tuberculose, a hanseníase, as DST-AIDS etc.

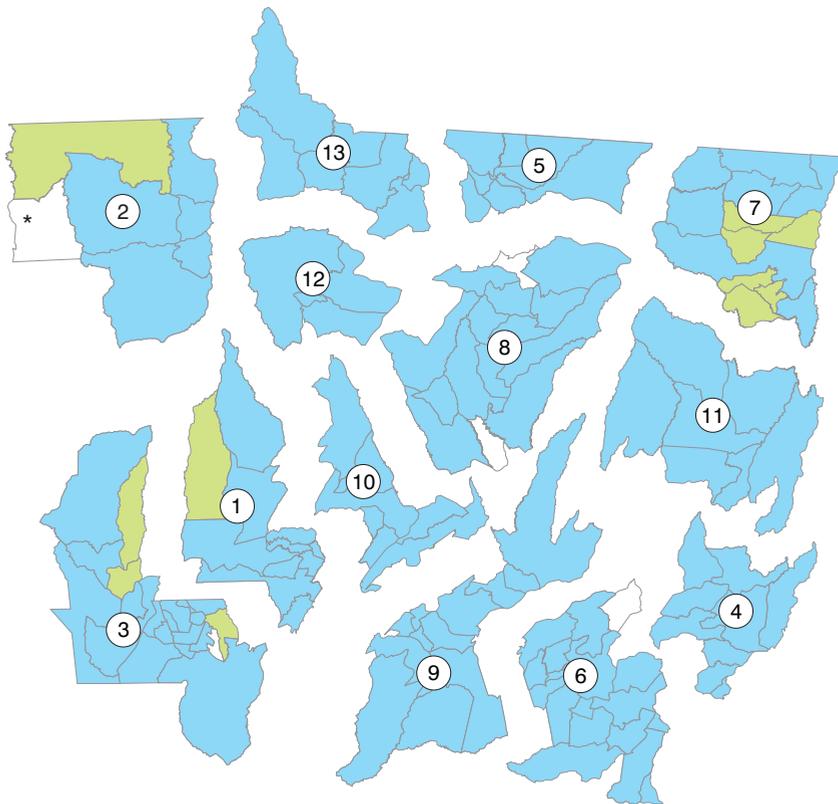
A agenda dos próximos dois anos incorpora, como projeto prioritário da Secretaria Estadual, a construção da rede de referência para as equipes de saúde da família e da atenção básica. De um modo geral, esta rede deve priorizar os problemas mais comuns e tem que ser pensada no espaço municipal e microrregional.

#### Evolução do Processo de Implantação das Equipes de Saúde da Família em Mato Grosso

| ANO  | Nº DE EQUIPES | Nº DE MUNICÍPIOS | ESTIMATIVA POPULACIONAL | % DA POP. ESTADUAL COBERTA PELO PROGRAMA |
|------|---------------|------------------|-------------------------|--|
| 1997 | 08            | 06               | 30.600                  | 1,33                                     |
| 1998 | 22            | 18               | 84.150                  | 3,60                                     |
| 1999 | 36            | 22               | 137.700                 | 5,79                                     |
| 2000 | 146           | 76               | 500.250                 | 20,67                                    |
| 2001 | 299           | 121              | 1.196.000               | 48,54                                    |

Fonte: SAI/SES-MT.

## Equipes de Saúde da Família e Agentes de Saúde em Mato Grosso – Dezembro de 2001



### Distribuição de ACSs , ASCARs e ESFs

- Equipes de Saúde da Família
- Apenas Agentes Comunitários de Saúde ou Agentes de Saúde Comunitários em Assentamentos Rurais
- Não Existente

### Observações :

- Em todas as ESFs tem agentes de saúde
- Municípios com ESF: 121
- Equipes de Saúde da Família: 299
- Municípios sem nenhuma equipe: 07
- População coberta pelas ESF: 1.196.428 hab.
- Cobertura Populacional: 47,8%

### Microrregiões de Saúde:

- 1 Médio Norte
- 2 Noroeste Matogrossense
- 3 Oeste Matogrossense
- 4 Garças-Araguaia
- 5 Vale do Peixoto
- 6 Sul Mato-grossense
- 7 Baixo Araguaia
- 8 Teles Pires
- 9 Baixada Cuiabana
- 10 Médio Norte
- 11 Médio Araguaia
- 12 Vale do Arinos
- 13 Alto Tapajós

\* Pertence à Microrregião Oeste Mato-grossense

Fonte: SAI/SES-MT

#### 4 - Saúde Bucal

A Secretaria de Estado de Saúde vem incentivando, apoiando, assessorando e avaliando as ações educativas e preventivas que contemplam os Procedimentos Coletivos Odontológicos, no intuito de reduzir a prevalência de cárie dental e periodontopatias em Mato Grosso.

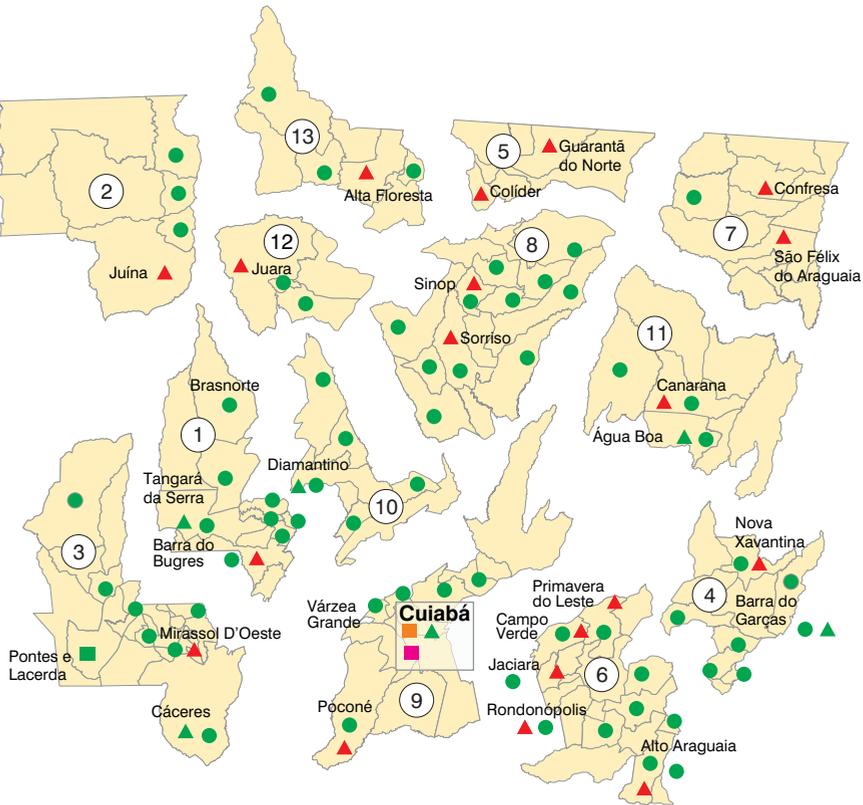
Em 1997, sessenta e nove municípios participaram desse projeto e, em 2001, cento e um municípios desenvolveram esses procedimentos, contando ou não com a retaguarda curativa.

Para subsidiar essas ações, a SES/MT realizou assessoria técnica aos Escritórios Regionais e às Secretarias Municipais de Saúde.

A SES/MT também oferece atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais: HIV/AIDS (Instituto de Especialidades), distúrbios hematológicos (Hemocentro) e neurológicos/físicos (CAOPE/FCRDAC).

Com a inclusão da equipe de saúde bucal no PSF, regulamentada pela Portaria GM Nº 1.444/2000, o Estado passou a contar com oitenta e duas equipes de saúde bucal no PSF, em sessenta e sete municípios. E oitenta odontólogos estão participando dos Cursos Introdutório e Básico do PSF, ingressando, assim, no Curso de Especialização em Saúde da Família.

## Situação das Ações de Saúde Bucal em Mato Grosso, 2001



### Odontologia na Rede de Atenção Primária:

- Municípios com Equipe de Saúde Bucal no PSF

### Rede de Centros Odontológicos Regionalizados:

- ▲ Existentes

- ▲ A implantar

### Rede de Média e Alta Complexidade em Odontologia:

- Atendimento a Portadores de Necessidades Especias

- Referência em Cirurgia Buco-maxilo-facial

### Microrregiões de Saúde:

- 1 Médio Norte
- 2 Noroeste Mato-grossense
- 3 Oeste Mato-grossense
- 4 Garças-Araguaia
- 5 Vale do Peixoto
- 6 Sul Mato-grossense
- 7 Baixo Araguaia
- 8 Teles Pires
- 9 Baixada Cuiabana
- 10 Médio Norte
- 11 Médio Araguaia
- 12 Vale do Arinos
- 13 Alto Tapajós

Obs.: Todos os municípios possuem Gabinete Odontológico

Fonte: SAI/SES-MT

## 3.2 – REDE DE REFERÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

### 1 – Hemorrede

A implantação da Hemorrede, constituída por unidades públicas de coleta, transfusão e processamento do sangue, vem ocorrendo em Mato Grosso a partir de 1995, com o objetivo de ampliar a rede de serviços existente e a cobertura hemoterápica populacional e garantir a qualidade dos serviços prestados.

Nesse sentido, a SES/MT viabilizou recursos financeiros junto ao Ministério da Saúde, para a construção e reforma da estrutura física, aquisição de veículos, equipamentos e materiais permanentes, para a implantação das Unidades de Coleta e Transfusão – UCT e Agências Transfusionais – AT.

Em 1995, o Estado tinha uma cobertura hemoterápica de 5,6%, equivalente a 384 leitos do SUS, enquanto o setor privado cobria 42%, referente a 2.865 leitos, concentrados em Cuiabá, Várzea Grande, Cáceres, Rondonópolis e Tangará da Serra, sendo que o total da cobertura hemoterápica do Estado era de 47,6% dos leitos. A rede pública era composta por uma unidade estadual HEMOMAT e duas unidades de apoio para coleta e transfusão.

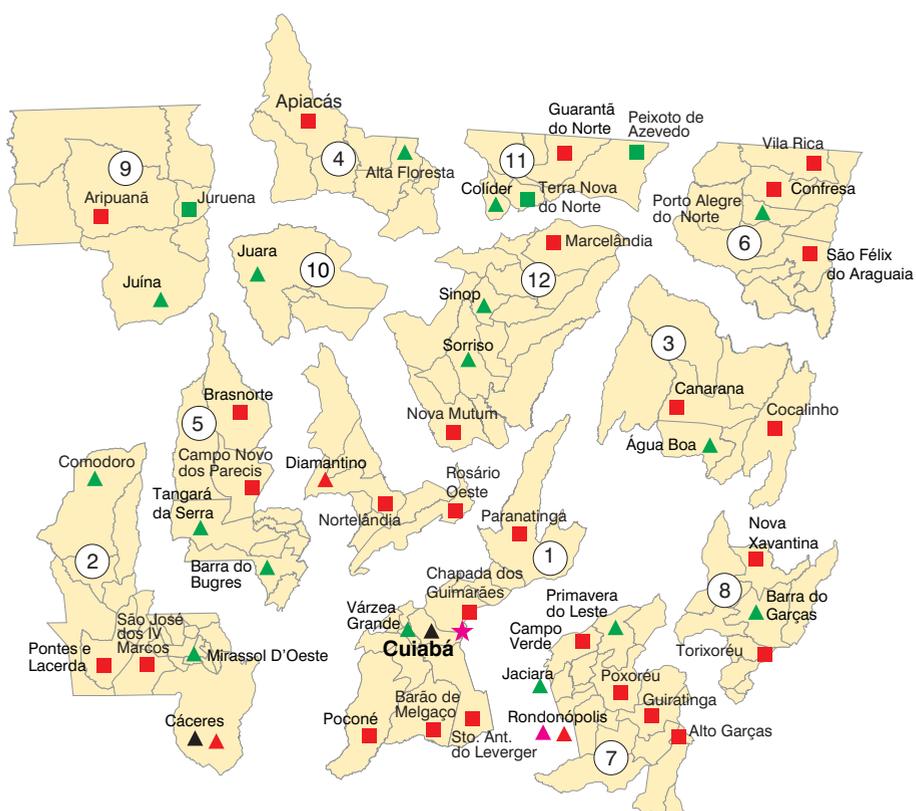
Em 2001, Mato Grosso conta com dezessete Unidades de Coleta e Transfusão e trinta Agências Transfusionais, totalizando 47 unidades, garantindo uma cobertura hemoterápica pelas unidades públicas de 55% dos leitos hospitalares, enquanto o setor privado cobre 32% dos leitos, perfazendo 87% de cobertura em relação ao total de leitos do SUS, inclusive atendimento ambulatorial, como Terapia Renal e Oncologia.

A perspectiva é de que o Estado garanta a cobertura hemoterápica de 96% dos leitos pela Hemorrede em 2002.

Além da busca de parceria com o Ministério da Saúde para a expansão da Hemorrede, a SES/MT aplica recursos financeiros próprios, como incentivo para o custeio das unidades hemoterápicas.

Com o objetivo de aumentar a coleta de sangue no Estado, foi estruturado o Banco de Sangue Volante, que funciona através de um ônibus equipado para a coleta de sangue, percorrendo toda a região da Baixada Cuiabana.

## Hemorrede de Mato Grosso, 2001



### Unidades de Coleta e Transusão

▲ Existentes

▲ A implantar

### Agências Transfusionais

■ Existentes

■ A implantar

### Outras Classificações

▲ Unidade de Coleta e Transusão Privada

★ Hemocentro Coordenador

### Microrregiões de Saúde:

- 1 Baixada Cuiabana
- 2 Oeste Mato-grossense
- 3 Médio Araguaia
- 4 Alto Tapajós
- 5 Médio Norte
- 6 Baixo Araguaia
- 7 Sul Mato-grossense
- 8 Garças-Araguaia
- 9 Noroeste Mato-grossense
- 10 Vale do Arinos
- 11 Vale do Peixoto
- 12 Teles Pires
- 13 Médio Norte

Fonte: SAI/SES-MT

## 2 - Reabilitação

A partir de 1995, a SES/MT definiu um Plano Estadual de Regionalização dos Serviços de Reabilitação, em consonância com o Plano Estadual de Saúde e o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

A Política de Reabilitação adotada no Estado tem como prioridades a descentralização e regionalização dos serviços, a capacitação de recursos humanos, o fortalecimento da atenção primário e dos serviços de referência, com integração dos três níveis de atenção.

Nesse período, houve um incremento considerável na rede pública de serviços de reabilitação: das cinco unidades existentes em 1995, passou-se a sessenta e três unidades em 2001, ampliando o acesso dos portadores de deficiência aos serviços de reabilitação. A referência estadual é a Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa, em Cuiabá.

As Unidades Descentralizadas de Reabilitação (UDR's) estão classificadas em I, II e III, conforme o grau de complexidade dos serviços por eles oferecidos:

Serviços de Reabilitação – Primeiro Nível de Referência Municipal – são unidades ambulatoriais destinadas a prestar atendimento a pessoas portadoras de deficiência. Devem estar articuladas com as Equipes de Saúde da Família, constituindo-se em sua primeira referência aos pacientes portadores de deficiência e integrados tecnicamente a um serviço de reabilitação.

192

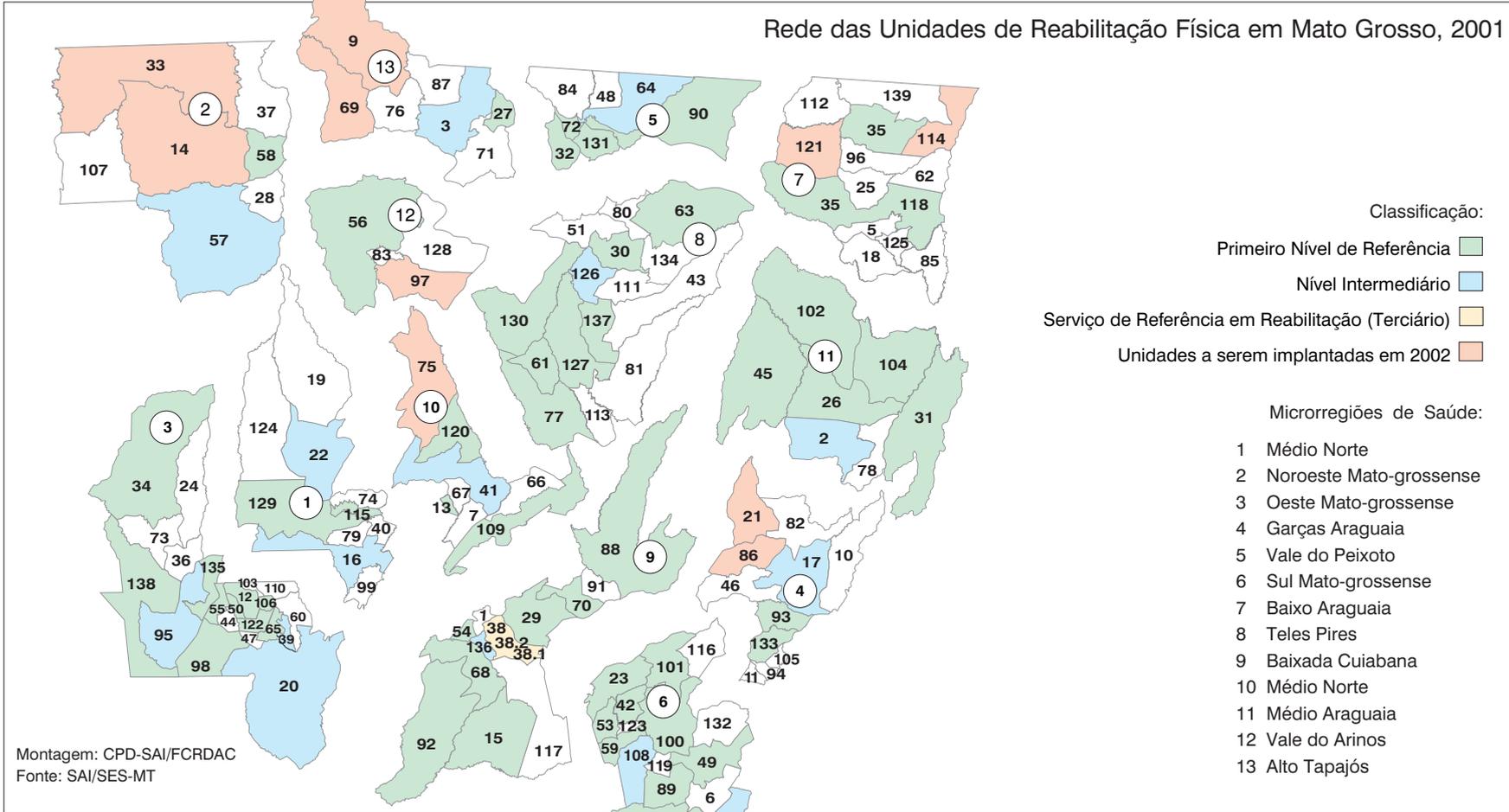
Serviços de Reabilitação – Nível Intermediário Intermunicipal. – Os serviços de reabilitação intermediários têm como finalidade prestar assistência em reabilitação à pessoa portadora de deficiência, encaminhadas ou não por outros serviços de saúde, constituindo-se na referência de média complexidade em reabilitação, de acordo com os princípios definidos pela NOAS 01/2001, devendo integrar-se à Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência de Mato Grosso.

Serviço de Referência em Reabilitação – Os serviços de referência em reabilitação têm como finalidade prestar assistência em reabilitação aos portadores de deficiência referenciada por outros serviços de saúde, constituindo-se na referência de alta complexidade em reabilitação motora e sensório-motora, de acordo com os princípios definidos pela NOAS 01/2001.

Foram implantados também o Centro de Referência de Atendimento ao Deficiente Auditivo – CREADA e o Centro Estadual de Atendimento à Dor. Outro serviço oferecido é o fornecimento de órteses e próteses aos portadores de deficiência auditiva, visual e ortopédica.

O Plano de Expansão dos serviços de reabilitação prevê a implantação de mais treze unidades de reabilitação no Estado até 2002, superando o percentual de 50% dos municípios com unidades em Mato Grosso.

Rede das Unidades de Reabilitação Física em Mato Grosso, 2001



02. Água Boa
03. Alta Floresta
04. Alto Araguaia
07. Alto Taquari
09. Apiacás
12. Araputanga
13. Arenópolis
14. Aripuanã
15. Barão de Melgaço
16. Barra do Bugres
17. Barra do Garças
20. Cáceres
21. Campinápolis
22. Campo Novo do Parecis
23. Campo Verde
26. Canarana
27. Carlinda
29. Chapada dos Guimarães
30. Cláudia
31. Cocalinho
32. Colíder
33. Colniza
34. Comodoro
35. Confresa
38. Cuiabá
- 38.1. Coxipó
- 38.2. CPA III
41. Diamantino
42. Dom Aquino
45. Gaúcha do Norte
49. Guiratinga
50. Indiavaí
52. Itiquira
53. Jaciara
54. Jangada
55. Jauru
56. Juara
57. Juína
58. Juruena
59. Juscimeira
61. Lucas do Rio Verde
63. Marcelândia
64. Matupá
65. Mirassol D'Oeste
68. Nossa Sra. do Livramento
69. Nova Bandeirantes
70. Nova Brasilândia
72. Nova Guarita
75. Nova Maringá
77. Nova Mutum
86. Novo São Joaquim
88. Paranatinga
89. Pedra Preta
92. Poconé
93. Pontal do Araguaia
95. Pontes e Lacerda
97. Porto dos Gaúchos
98. Porto Esperidião
100. Poxoréu
101. Primavera do Leste
102. Querência
104. Ribeirão Cascalheira
106. Rio Branco
108. Rondonópolis
109. Rosário Oeste
114. Santa Terezinha
115. Santo Afonso
117. Santo Antônio do Leverger
118. São Félix do Araguaia
120. São José do Rio Claro
121. São José do Xingú
122. São José dos IV Marcos
126. Sinop
127. Sorriso
129. Tangará da Serra
130. Tapurah
131. Terra Nova do Norte
133. Torixoréu
135. Vale de São Domingos
136. Várzea Grande
136. Vera
138. Vila Bela da Sant. Trindade

### 3 – Saúde Mental – Centro de Atenção Psicossocial

A política de atenção à saúde mental adotada pelo SUS/MT contempla os dispositivos da Reforma Psiquiátrica e está voltada para a criação e ampliação da rede de assistência substitutiva, através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Hospital Dia.

O CAPS é uma unidade que possibilita o desenvolvimento das potencialidades do indivíduo, através de atendimento clínico e psicossocial, individuais e grupais, de oficinas terapêuticas, atividades sócio-culturais e esportivas, visitas domiciliares, objetivando a ressocialização e a atenção humanizada aos pacientes portadores de transtornos mentais.

Atualmente, o Estado possui uma rede assistencial com um Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CIAPS Adauto Botelho, unidade ambulatorial e hospitalar de urgência e emergência psiquiátrica; quatro CAPS e dois Hospitais Dia, além de dois Hospitais Psiquiátricos contratados pelo SUS.

O processo de implantação dos CAPS em todos os municípios com mais de 20.000 habitantes teve início em 2001, com apoio financeiro da SES para equipamentos e custeio. Foram assinados convênios e o treinamento de monitores e multiplicadores já foi concluído, através de parceria com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Está também em processo de implantação o CAPS infantil.

Atualmente, estão sendo treinadas todas as equipes do PSF, para atuar em saúde mental.

### 4 – DST/AIDS

195

A atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis é realizada pelos diferentes níveis de atenção no Estado. No que se refere à AIDS, os municípios de Cuiabá, Várzea Grande, Rondonópolis e Sinop são referência para atendimento e oferecem o Teste-HIV, através do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA. Está em fase de implantação o serviço de referência para AIDS, nos municípios de Tangará da Serra, Cáceres e Confresa.

A triagem, a realização do teste CDV e carga viral são realizados no Laboratório Central, em Cuiabá. Os serviços de Assistência Especializada – SAE e a distribuição de medicamentos antiretrovirais são realizados em Cuiabá, Rondonópolis e Sinop.

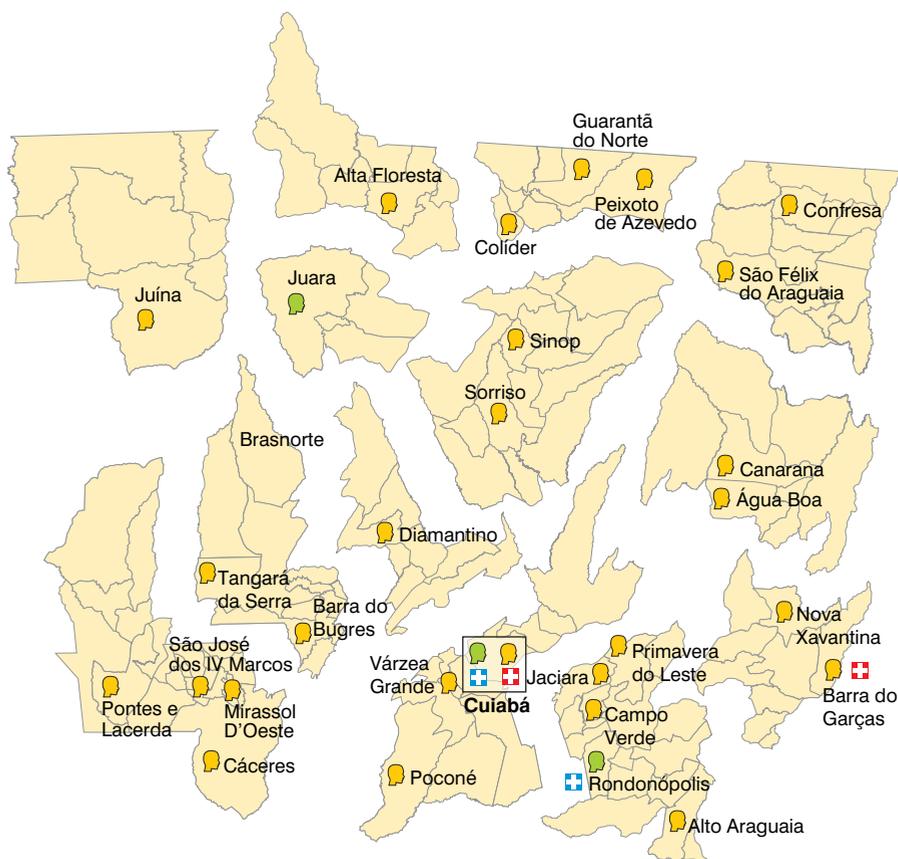
A meta é implantar serviços de referência em DST/AIDS em todas as microrregiões de Saúde do Estado.

### 5 – Oncologia

A partir de 1998, o Ministério da Saúde vem concentrando esforços, no sentido de aprimorar a regulamentação da assistência oncológica no Brasil. A SES/MT vem se adequando às modificações propostas pelo nível federal.

Em 2001, foi realizado um diagnóstico e avaliação do atendimento oncológico no Estado. Entre as neoplasias, as causas mais frequentes de óbitos, em 1998 foram as neoplasias do estômago, representando 11,7% dos casos, seguida das neoplasias da traquéia, brônquios e pulmões (11,1%), do sangue (8,1%), próstata (6,0%), cólon, reto e ânus (5,2%), fígado e vias biliares (5,1%), colo do útero (5,0%) e ovário (5,0%).

## Rede de Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, 2001



196

Redes de CAPs (Centro de Atenção Psicossocial)

 Existentes

 A implantar

Tipo de Hospital

 Hospital Dia

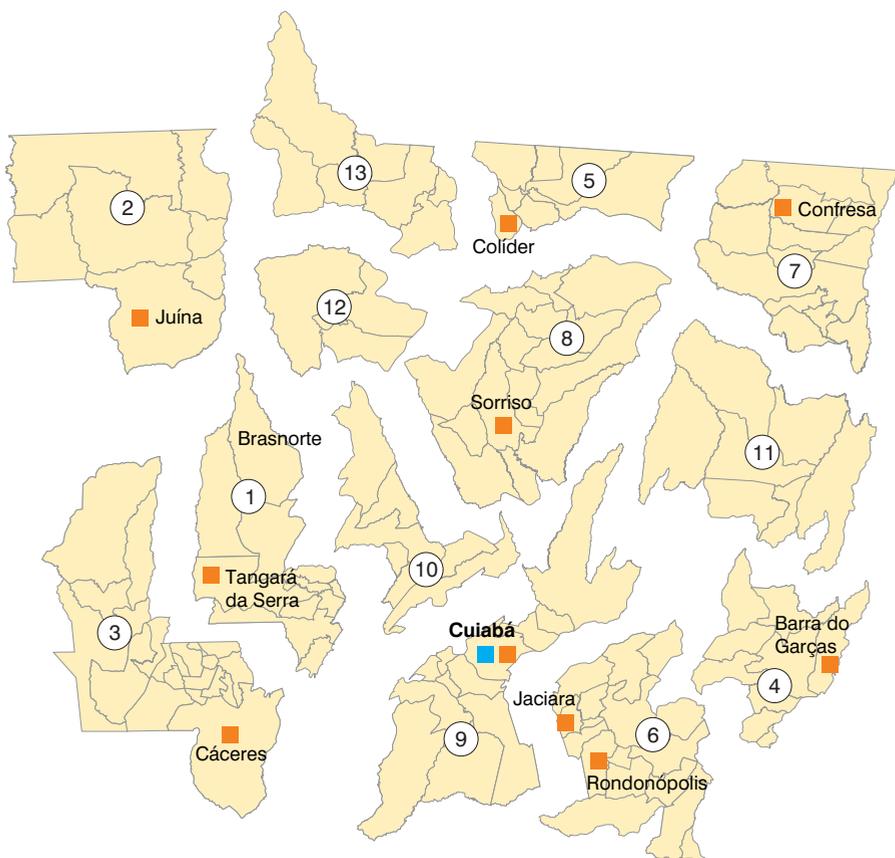
 Hospitais Psiquiátricos

Microrregiões de Saúde:

- 1 Médio Norte
- 2 Noroeste Mato-grossense
- 3 Oeste Mato-grossense
- 4 Garças-Araguaia
- 5 Vale do Peixoto
- 6 Sul Mato-grossense
- 7 Baixo Araguaia
- 8 Teles Pires
- 9 Baixada Cuiabana
- 10 Médio Norte
- 11 Médio Araguaia
- 12 Vale do Arinos
- 13 Alto Tapajós

Fonte: SAI/SES-MT

## Rede de Atendimento em Oncologia em Mato Grosso, 2001



**Serviços**

- CACON - Centro de Alta Complexidade Tecnológica
- Atendimento de Referência Secundária

**Microrregiões de Saúde:**

- 1 Médio Norte
- 2 Noroeste Mato-grossense
- 3 Oeste Mato-grossense
- 4 Garças-Araguaia
- 5 Vale do Peixoto
- 6 Sul Mato-grossense
- 7 Baixo Araguaia
- 8 Teles Pires
- 9 Baixada Cuiabana
- 10 Médio Norte
- 11 Médio Araguaia
- 12 Vale do Arinos
- 13 Alto Tapajós

Fonte: UEPC/SAI/SES-MT

Entre os principais problemas encontrados, destacam-se a desorganização da política assistencial, com a desintegração entre os níveis de atenção, a falta de hierarquização dos serviços e de fluxos definidos.

Esse diagnóstico subsidiou a elaboração do Plano de Reestruturação da Assistência Oncológica em Mato Grosso.

Atualmente, a rede de assistência oncológica é composta por unidades de atenção primária, por unidades de referência secundária microrregionais, pela Unidade Estadual de Prevenção e Controle de Câncer – UEPC; o Hospital do Câncer, três Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON e uma unidade isolada de quimioterapia, além dos serviços contratados e conveniados pelo SUS. Quanto à rede laboratorial, o Estado possui laboratórios de citologia oncológica descentralizados para seis municípios.

Entre as ações desenvolvidas, ressaltamos a implantação do Programa Viva Mulher, em treze municípios do Estado, abrangendo dez microrregiões. Este Programa realiza consultas especializadas, colposcopia, biópsia e a implantação da Central de Regulação/Oncologia/alta complexidade, que fará a regulação da assistência, a organização da referência secundária em Cuiabá e municípios-pólo das microrregiões e o programa de paliativos.

Entre as prioridades já em andamento, destacamos a transformação da UEPC no Instituto Estadual do Câncer, que integrará a coordenação das ações de promoção, prevenção e controle dos principais tipos e causas de câncer.

## 6 – Rede de Laboratório

A rede de laboratórios de patologia clínica, pública e conveniada pelo SUS-MT, passou, em 2001, por um processo de avaliação e classificação, de acordo com os critérios definidos pela Resolução CIB Nº 034/99.

Este trabalho foi realizado pelo GT de Patologia Clínica, composto por representantes dos setores de Controle e Avaliação, Vigilância Sanitária e Laboratório Central.

O diagnóstico realizado apontou a necessidade de investimentos para a adequação dos laboratórios de níveis I, II e III, capacitação de recursos humanos, modernização gerencial e ações para o controle de qualidade.

Os procedimentos do nível I incluem exames de glicose, hemograma, urina e fezes. Os do nível II, englobam, além desses procedimentos, exames de imunologia para tuberculose, hanseníase, cultura e bioquímica. O nível III contempla, além dos procedimentos dos níveis I e II, exames de maior complexidade.

## 7 – Sistema de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e Atendimento Materno-Infantil

O Programa de Atenção à Gestante e ao Recém-Nascido de Alto Risco vem sendo desenvolvido no Estado desde 1998, a partir de um convênio firmado entre a SES/MT e o Ministério da Saúde.

Este programa visa a organizar, de forma descentralizada, a assistência hospitalar à gestante e ao recém-nascido de risco, em níveis secundário nas regionais de saúde e terciário, tendo como referência o município de Cuiabá.

Atualmente, o atendimento à gestante e ao recém-nascido de risco é realizado no Estado por dezoito unidades hospitalares. Entre as ações desenvolvidas, destacam-se a aquisição de equipamentos, capacitação de recursos humanos e repasse de recursos financeiros às unidades cadastradas como referência estadual e regional.

Na atenção primária, ressalta-se o desenvolvimento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto, com ênfase na reorganização do modelo de atenção e humanização dos serviços.

Está em andamento a implantação de Casas de Parto Normal e de quatro Bancos de Leite Humano das Casas de Gestantes de Alto Risco, a capacitação de Recursos Humanos, a expansão da rede de serviços para as microrregiões, a avaliação das unidades de referência regional e a articulação com a Central de Regulação.

## 8 – Urgência e Emergência

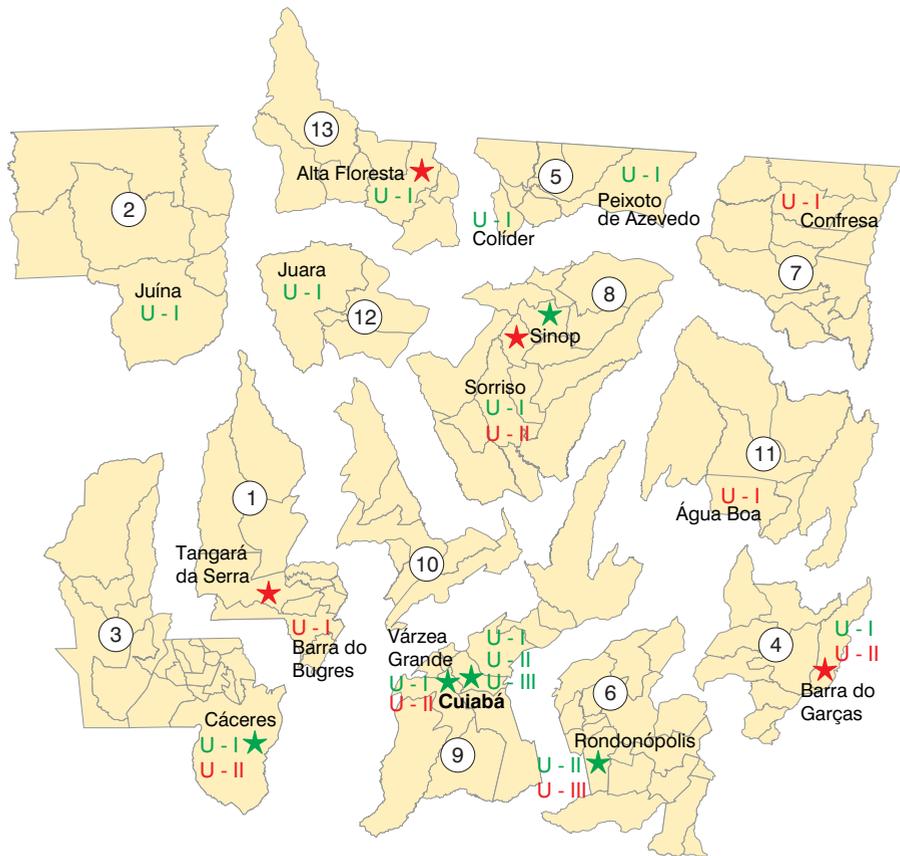
O Programa de Urgência e Emergência vem sendo desenvolvido em Mato Grosso desde 1998, a partir de um convênio firmado entre a SES/MT e o Ministério da Saúde. Este programa contempla a atenção na área pré-hospitalar, através da implantação do Sistema Integrado de Atenção ao Trauma em Emergência – SIATE e na área hospitalar.

Entre as ações desenvolvidas, destacam-se a modernização gerencial, com ênfase na humanização da assistência, capacitação de recursos humanos, aquisição de equipamentos, implantação da Central Estadual e Regionais de Regulação, reorganização dos serviços de Pronto Atendimento por níveis de complexidade e repasse de recursos financeiros próprios do Estado para custeio das unidades de referência.

No processo de regionalização dos serviços de urgência e emergência foram definidos como referência regional os municípios de Cuiabá, Várzea Grande, Sorriso, Colíder, Barra do Garças, Rondonópolis, Alta Floresta, Peixoto de Azevedo, Cáceres, Água Boa, Confresa, Barra do Bugres, Juína e Juara.

A meta de curto prazo da SES/MT é consolidar o Programa de Urgência e Emergência no Estado, dando continuidade à implantação das unidades de referência regional.

### Rede de Urgência e Emergência em Mato Grosso, 2001



SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma):

★ Existentes

★ A implantar

Rede Hospitalar de Urgência e Emergência

Existentes:

U - I = Nível I

U - II = Nível II

U - III = Nível III

Existentes:

U - I = Nível I

U - II = Nível II

U - III = Nível III

Microrregiões de Saúde:

- 1 Médio Norte
- 2 Noroeste Matogrossense
- 3 Oeste Matogrossense
- 4 Garças-Araguaia
- 5 Vale do Peixoto
- 6 Sul Mato-grossense
- 7 Baixo Araguaia
- 8 Teles Pires
- 9 Baixada Cuiabana
- 10 Médio Norte
- 11 Médio Araguaia
- 12 Vale do Arinos
- 13 Alto Tapajós

## 9 – A Perspectiva de Outros Projetos Prioritários da Assistência Ambulatorial e Hospitalar

Em relação à assistência hospitalar, o principal objetivo é consolidar as referências regionais, priorizando a ampliação e reforma das estruturas físicas, capacitação de recursos humanos, qualificação da gerência, modernização tecnológica, incentivos financeiros e melhoria do atendimento.

Nesse sentido, além dos Hospitais Regionais de Sorriso e Sinop, o término da construção e a entrada em funcionamento dos Hospitais Regionais de Cáceres e Rondonópolis vão melhorar a qualidade da assistência nas regiões oeste e sul e aumentar a capacidade reguladora dos gestores do SUS.

Entre os projetos prioritários, destacam-se: a retomada da construção do Hospital Central, destinado ao atendimento de alta complexidade em Cuiabá, a construção do Hospital Metropolitano de Várzea Grande e do Hospital da Criança em Cuiabá, além do Hospital Regional de Água Boa.

Ainda na assistência hospitalar, serão priorizados, a curto prazo, a implantação do Programa Hospital Amigo da Criança, o cadastramento de hospital para a realização de cirurgia cardíaca neonatal e pediátrica, cirurgia bariátrica e lábios palatais.

Na Assistência Ambulatorial, vamos trabalhar para consolidar as referências do primeiro nível, com a implantação dos módulos assistenciais e a implantação de Centros de Especialidades e Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT, definidos no nível secundário em todas as microrregiões.

201

### A reestruturação do Instituto Estadual de Especialidades.

A Central de Transplantes, em funcionamento no Estado desde 1998, responsável pela coordenação das atividades de transplantes no Estado, atua na captação e distribuição de órgãos e no gerenciamento da lista única de receptores de órgãos. Há duas unidades e equipes credenciadas para transplante de córnea e uma unidade para transplante renal.

O objetivo imediato é aumentar o número de transplantes realizados pelo SUS/MT, estimulando a doação de órgãos e realizando o credenciamento de novos serviços.

Finalmente, a implantação da Central Estadual e de treze Centrais Regionais de Regulação da Assistência, com o objetivo de organizar o fluxo de atendimento, estabelecer critérios para a definição de prioridades e facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, que será descrita no próximo capítulo.

### Leitos de Retaguarda

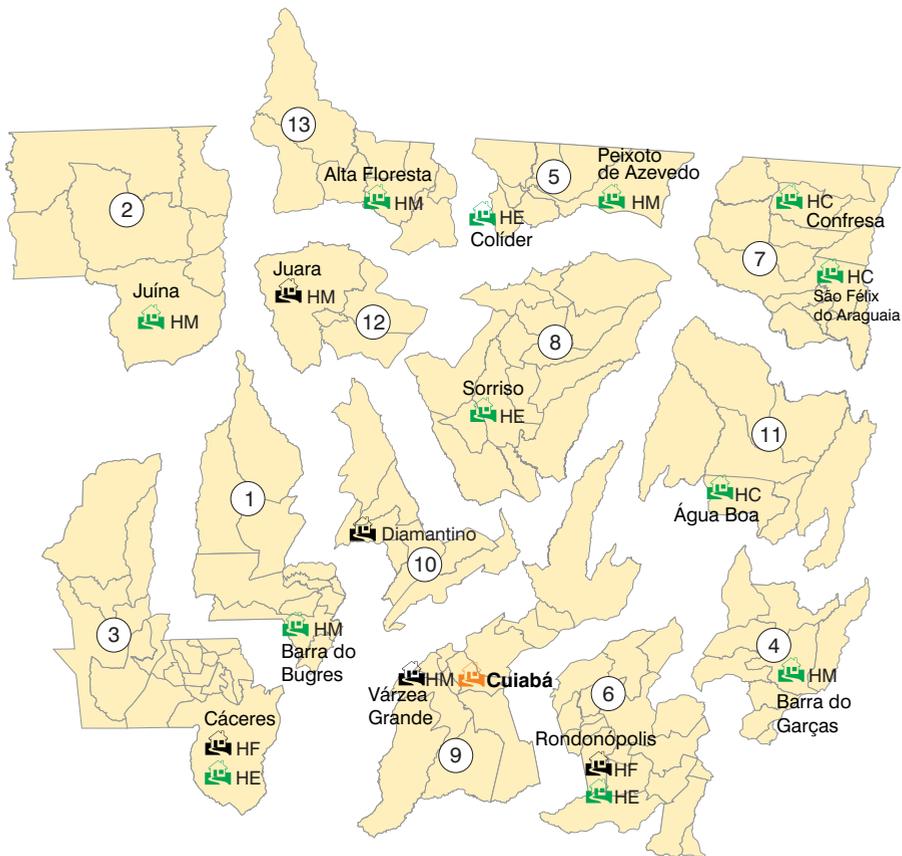
A Secretaria de Estado de Saúde criou, através do Decreto Nº 2.928, de 15/08/2001, o Programa Casas de Apoio Leitos de Retaguarda do SUS, com o objetivo de colocar à disposição de pacientes do SUS que se encontram em tratamento de saúde ou em esclarecimento diagnóstico, serviços de hospedagem, por curta duração.

Este Programa é desenvolvido pela SES/MT, em parceria com Organizações Não-Governamentais que atuam nessa área. São repassados recursos financeiros às Casas de Apoio, através de um convênio firmado pela Secretaria com as referidas Casas, com base no estabelecido no Decreto acima citado.

De acordo com os serviços oferecidos, as Casas de Apoio são classificadas nos tipos *A* e *B*. As do tipo *A* oferecem hospedagem e alimentação e as do tipo *B* oferecem, além desses serviços, transporte.

Com o objetivo de estruturar uma rede de Casas de Apoio no Estado, a SES/MT definiu, através da Portaria Nº 121/2001, um incentivo financeiro para municípios-pólo, sedes de módulo ou consórcios intermunicipais de saúde, que estruturarem Casas de Apoio em sua localidade. A perspectiva é garantir pelo menos uma Casa em cada Microrregião e várias na Capital. Atualmente, foram credenciadas as Casas *Vera Helena* e *Irmã Dulce*, em Cuiabá.

## Rede de Hospitais de Referência nas Microrregiões em Mato Grosso, 2001



**Tipo de Hospital de Referência**

 Hospital de Referência Microrregional com Consórcio

 Hospital de Referência Microrregional

 Hospital de Referência Estadual

**Siglas**

- HM = Hospital Municipal
- HF = Hospital Filantrópico
- HE = Hospital Estadual
- HP = Hospital Particular
- HC = Hospital do Consórcio

**Microrregiões de Saúde:**

- 1 Médio Norte
- 2 Noroeste Matogrossense
- 3 Oeste Matogrossense
- 4 Garças-Araguaia
- 5 Vale do Peixoto
- 6 Sul Mato-grossense
- 7 Baixo Araguaia
- 8 Teles Pires
- 9 Baixada Cuiabana
- 10 Médio Norte
- 11 Médio Araguaia
- 12 Vale do Arinos
- 13 Alto Tapajós

Fonte: SAI/SES-MT

## IV – Implantação das Centrais de Regulação

---

A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso –SES/MT está desenvolvendo o projeto de implantação das Centrais de Regulação do CER-SUS. Este projeto coloca o usuário como foco central do Sistema de Saúde. Trata-se de garantir a comunicação dos serviços e centrais, agilizando e racionalizando o atendimento ao usuário.

A organização do Sistema Estadual de Referência e Contra-Referência para a Atenção à Saúde em Mato Grosso é um dos projetos prioritários do Plano Estadual de Saúde-PES, que está sendo implementado gradativamente em todo o Estado, obedecendo à lógica da regionalização do Sistema de Saúde. A organização das Centrais é um dos sub-projetos deste sistema, criado a partir da Resolução CIB Nº 21, de 05/06/98.

O sistema de regulação está associado e articulado à estratégia de reestruturação das redes de serviços assistenciais básicos e especializados nos três níveis de atenção, com hierarquização e normatização de fluxos de referência, em todas as áreas programáticas prioritárias da política de saúde.

Várias operações necessárias à implantação da Central de Regulação Estadual e das treze Centrais Regionais vêm sendo desenvolvidas no Estado desde 1.998, com o desenvolvimento de mecanismos de regulação, para facilitar a garantia do acesso aos serviços de referência da população residente e referenciada.

A regulação está fortemente articulada e integrada à Programação Pactuada Integradado-PPI da Atenção à Saúde, ao Controle e à Avaliação e à Ouvidoria do SUS, e, atualmente, encontra uma base sólida de sustentação no nível regional, a partir do funcionamento das Comissões Intergestores Bipartites Regionais e dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

A recente reforma administrativa da Secretaria Estadual de Saúde, que criou a Superintendência de Atenção Integral-SAI e Superintendência Adjunta de Regulação com Coordenadorias e Gerências próprias, conforme organograma demonstrado neste texto, institucionalizou esta missão no âmbito da SES, proporcionando grandes avanços no processo. Anteriormente à criação da SAI, este projeto era coordenado pela Coordenação de Administração Hospitalar e Ambulatorial-CAHA, através do Grupo de Trabalho Interinstitucional-GT, instituído pela Portaria GAB/SES Nº 083, de 06/10/98.

A definição do local de implantação das treze centrais em todo o Estado se deu a partir do Plano Estadual de Saúde e da própria dinâmica de construção do espaço regional/microrregional, explicitados no Plano Diretor de Regionalização. Sua área de

abrangência coincide com a organização das microrregiões de saúde. Futuramente, a partir da qualificação das microrregiões à NOAS, espera-se avançar no processo de implantação de sub-centrais nas sedes de módulos.

O texto a seguir apresenta o conceito, os objetivos e a proposta de organização, gestão e funcionamento das Centrais de Regulação no Estado-CER – SUS.

## 1 – DEFINIÇÃO, IMPORTÂNCIA, OBJETIVOS

O conceito adotado compreende a regulação como a *função pública de responder de forma sistemática às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência*.

Neste sentido, uma Central de Regulação tem o objetivo de se constituir em instrumento ordenador, regulador e definidor da atenção à saúde, devendo atuar de forma rápida, qualificada e integrada, visando sempre ao interesse social e coletivo.

Este objetivo apenas poderá ser alcançado, se situarmos o usuário como o foco do Sistema Único de Saúde-SUS.

Em Mato Grosso, segundo dados divulgados pela Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (IBGE, 2000), o SUS atende atualmente cerca de 87% da população, o que representa um universo extenso e complexo, em face das reais condições e recursos de que o Sistema dispõe, para, em muitos casos, oferecer atendimento com a agilidade e qualidade desejáveis. Isto coloca aos gestores do sistema público de saúde a grande tarefa de pactuação e criação de mecanismos de ampliação de cobertura das ações e serviços, sem perder o foco da busca pela qualidade e humanização, num Estado em que, até 95, a saúde não fôra priorizada pelos governos Federal e Estadual, além de ser um Estado de dimensões continentais.

É bem verdade que, em determinadas áreas, o SUS realiza trabalho em níveis de excelência. Vale mencionar, por exemplo, a cobertura total proporcionada em tratamentos oncológicos, em UTI, o atendimento aos pacientes soropositivos e transplantados, e o fornecimento de medicamentos de alto custo e de alta complexidade. Pode-se, também, citar, como experiências bem sucedidas, os Programas de Saúde da Família, de Interiorização da Reabilitação e da Rede de Hemoterapia.

Contudo, é inegável que o Sistema ainda apresenta deficiências, tais como:

- Problemas de transporte e comunicação, que dificultam o acesso da população;
- Dificuldade de interiorização de recursos humanos especializados;
- Concentração de serviços e especialidades de saúde na Capital do Estado;
- Desconhecimento por parte dos usuários dos caminhos e mecanismos de acesso ao atendimento;
- Existência de filas de espera não organizadas e sem critérios para priorização;
- Ocorrência de mau atendimento;
- Demora na marcação de consultas;
- Demora no recebimento de resultados de exames;
- Dificuldade para se obter autorização para cirurgia;

- Dificuldade para se dar continuidade ao tratamento clínico-ambulatorial e pós-cirúrgico;
- Concessão de prioridade de atendimento por ingerências externas ao sistema e seletividade, decorrentes de práticas corporativas e culturais, entre outras dificuldades.

Estes problemas caracterizam, para o usuário, desumanidade e injustiça social, para os gestores representa óbvio desgaste político e para o Sistema como um todo, um permanente desafio para a sua legitimação.

O projeto de implantação da Central de Regulação articulado vem sendo desenvolvido, com vistas a solucionar ou, pelo menos, minimizar os problemas acima elencados.

Em termos gerais, o objetivo das Centrais é facilitar o acesso do usuário aos serviços do SUS, centralizando os encaminhamentos para o atendimento, evitando duplicidade e paralelismos de ações e, por via de consequência, a dispersão de esforços e recursos. Em outras palavras, a racionalização na utilização dos recursos levará à agilidade e rapidez nas providências, ocasionando maior resolutividade e traduzindo-se na humanização do atendimento. Esta é a expectativa.

Especificamente, a Central buscará atingir os seguintes objetivos:

- Promover a regulação dos serviços do SUS, de forma a integrar a atenção, a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a hierarquização dos níveis de complexidade no atendimento ao usuário, ou seja, ter a porta de entrada do sistema organizada pela atenção básica, via modelo de saúde da família e pela urgência e emergência.
- Estruturar o fluxo entre os três níveis de assistência hospitalar e ambulatorial de complexidade e de referência e contra-referência, com base na proposta da PPI, entendendo-se como nível primário, a atenção básica, como nível secundário, as especialidades e serviço de apoio e diagnóstico de média complexidade e o nível terciário, como a rede hospitalar e os serviços de alta complexidade.
- Garantir também a contra-referência, com fluxos e encaminhamentos orientados ao usuário e ao seu domicílio, na atenção básica.
- Propor e acompanhar os contratos e convênios, em conjunto com os serviços de controle e avaliação.
- Gerenciar a oferta de serviços, quantitativa e qualitativamente, no processo de Programação Pactuada Integrada (PPI).
- Estimular a participação do usuário, no sentido de torná-lo um parceiro informado dos seus direitos e deveres, ativo e influente na melhoria do atendimento que recebe.
- Humanizar o atendimento nas Centrais, treinando e acompanhando, permanentemente, os funcionários que trabalham diretamente com o usuário.

## 2 – OPERACIONALIZAÇÃO

Este projeto prioritário vem sendo desenvolvido desde o ano 2000 e as seguintes etapas foram cumpridas:

- Elaboração do Projeto.
- Pactuação da proposta na CIB (1999).
- Oficinas e Seminários de Planejamento da Central.
- Treinamentos e capacitação de recursos humanos.
- Desenvolvimento de Software.
- Contratação de recursos humanos (foram contratados, aproximadamente, 125 funcionários pela SES).
- Aquisição de equipamentos de informática (foram adquiridos 38 computadores completos).
- Aquisição de veículos (foram adquiridos 09 veículos, para apoiar o trabalho das centrais).
- Criação da Superintendência Adjunta de Regulação.
- Implantação do Sistema de Telefonia.
- Elaboração do Manual do Usuário.
- Confecção de Material Explicativo.
- Coordenação do Atendimento Pré-Hospitalar (SIATE).
- Contratação de Consultoria.
- Aquisição de ambulâncias para o Sistema Estadual de Urgência/Emergência e Gestante de Risco (ambulâncias para os Municípios, para as Unidades de Referência e para o Corpo de Bombeiros, que compõem o SIATE), ambulâncias de transporte, de suporte básico e de suporte avançado de vida.

O software de sistema de informação, utilizado para o gerenciamento das Centrais de Mato Grosso, foi desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA, que vem cooperando tecnicamente com o Estado neste processo.

Foi elaborado o manual de normas, rotinas, fluxos e protocolos técnicos, que subsidia o funcionamento da Central. Em anexo, mostramos um modelo de fluxo, elaborado pela equipe de regulação de urgência e emergência. A Central Estadual iniciou formalmente os seus trabalhos em março de 2002, apesar de vir funcionando experimentalmente desde outubro de 2001.

Os técnicos contratados para atuarem na Central Estadual já receberam vários treinamentos, inclusive os médicos reguladores.

O projeto das Centrais foi incorporado na Agenda de Prioridades das Comissões Bipartites – CIBs Regionais, a partir da realização dos fóruns de Programação e Pactuação.

As Centrais Regionais de Cáceres, Rondonópolis, Tangará da Serra, Alta Floresta, Barra do Garças, Colíder e Sorriso estão funcionando parcialmente, devendo gradualmente ir assumindo novas atribuições. As demais Centrais serão implementadas de acordo com a capacidade de operação e pactuação de cada microrregião.

### 3 – ÁREAS DE ATUAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO – CER-SUS

A atuação da Central abrange a regulação das seguintes áreas:

### 1. Sistema de Transplante

A Coordenadoria Estadual de Transplante funciona 24 horas, com equipe de abordagem para captação de órgãos. Atualmente, a Central regula transplantes de rins e córneas, mas, como Mato Grosso está ligado à Central Nacional, trabalha também na captação de outros órgãos, como coração, para envio para outros Estados que realizam esses transplantes.

### 2. Serviço de Apoio Diagnóstico-Terapêutico de Média e Alta Complexidade

Através de protocolos, procede ao ordenamento e à regulação de exames, como ultra-sonografia, raios X, tomografia etc., de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, de procedimentos na área de reabilitação, fisioterapia, fonoaudiologia, quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia, entre outros.

A vantagem da realização desse serviço através de uma Central de Regulação está na maior agilidade com que os exames são agendados, sem necessidade de o usuário deslocar-se de um setor para outro, pois a Central se encarrega de todas as providências necessárias.

### 3. Leitos hospitalares ou vagas

Providencia o ordenamento e a autorização para internação nos hospitais credenciados pelo SUS.

### 4. Consultas especializadas

Trata do ordenamento e agendamento de encaminhamentos oriundos da rede básica e das equipes de saúde da família e rede secundária e terciária para especialistas médicos e não-médicos.

### 5. Urgência e emergência

A Coordenadoria de Apoio ao Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência conta com uma equipe de médicos, enfermeiros e tele-atendentes, em regime de plantão de 24 horas. O objetivo é garantir o rápido acesso do usuário do SUS em estado grave a um serviço de referência. Esta Coordenadoria coordena também o Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar-SIATE.

### 6. Retaguarda ambulatorial e tratamento fora do domicílio

Este serviço consiste no agendamento de consultas e tratamento ambulatorial e cirúrgico fora do domicílio do usuário, quando a cidade em que reside não dispõe do serviço de saúde de que ele necessita. O atendimento inclui também a concessão de passagens e o encaminhamento a casas de apoio para a sua hospedagem, nos denominados leitos de retaguarda ambulatorial.

### 7. Apoio e informação ao usuário

Este serviço busca criar e manter canais sempre abertos entre o usuário e o sistema. Contará com os serviços de atendimento a pacientes e familiares, atendimento a órgãos públicos, ONG's e prestadores de serviço. Também disponibilizará aos usuários Serviço 0-800, balcão de informações, caixa de sugestões, murais e informativos. Encaminharão denúncias às ouvidorias estadual e municipal. Para tanto, conta com o apoio da comunicação social.

## 4 – UNIDADES COMPONENTES DO COMPLEXO REGULADOR

As Unidades de atendimento integrantes do Sistema Estadual de Referência e Regulação são as seguintes:

- Central Estadual;
- Centrais Microrregionais;
- Centrais Municipais;
- Unidades básicas, incluindo Saúde da Família e pronto atendimento 24 horas;
- Unidades especializadas ambulatoriais e hospitalares;
- Sistema de Atendimento Integrado ao Trauma e Emergência – SIATE;
- Casas de Apoio.

## 5 – MODELO DE GESTÃO

A gestão da Central Estadual é de responsabilidade da Comissão Intergestores Bipartite Estadual – CIB e a das Centrais Regionais, de responsabilidade das CIB's Regionais, conforme Resolução CIB Nº 031, de 16/08/99. O acompanhamento da gestão se dará através de comissões que ainda serão instituídas pela CIB Estadual e em cada uma das microrregiões, envolvendo representação do Estado e dos Municípios. Desse modo, a gestão da regulação em Mato Grosso é um processo de parceria, de co-gestão entre Estado e Município.

O Gerenciamento da Central de Regulação-Sede Cuiabá é da Secretaria de Estado de Saúde, em parceria com a Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC), município em gestão plena, de acordo com as responsabilidades explicitadas em instrução normativa conjunta SES/FUSC. O gerenciamento das Centrais Regionais é de responsabilidade da SES, em parceria com o órgão local, podendo ser o Consórcio ou a Secretaria Municipal local.

Na Central/Sede Cuiabá, a Secretaria Estadual de Saúde atua através da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAI), assumindo a responsabilidade pelo gerenciamento e pela regulação de transplantes, urgência e emergência, apoio às centrais regionais, auxílio ao paciente fora de seu domicílio, articulação com casas de apoio e gerenciamento de vagas em leitos de retaguarda e sistema de apoio e informação ao usuário.

A Central de leitos, exames, procedimentos e consultas especializadas e de alta complexidade, que normalmente é administrada pela FUSC, funciona junto à Central Estadual, tendo apoio da SES para sua modernização gerencial.

Está sendo discutida a proposta de criação de um grupo de gestão, com dois representantes da Secretaria Estadual de Saúde, dois da Fundação de Saúde de Cuiabá, dois do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, um do Conselho Estadual de Saúde e um do Conselho Municipal de Saúde.

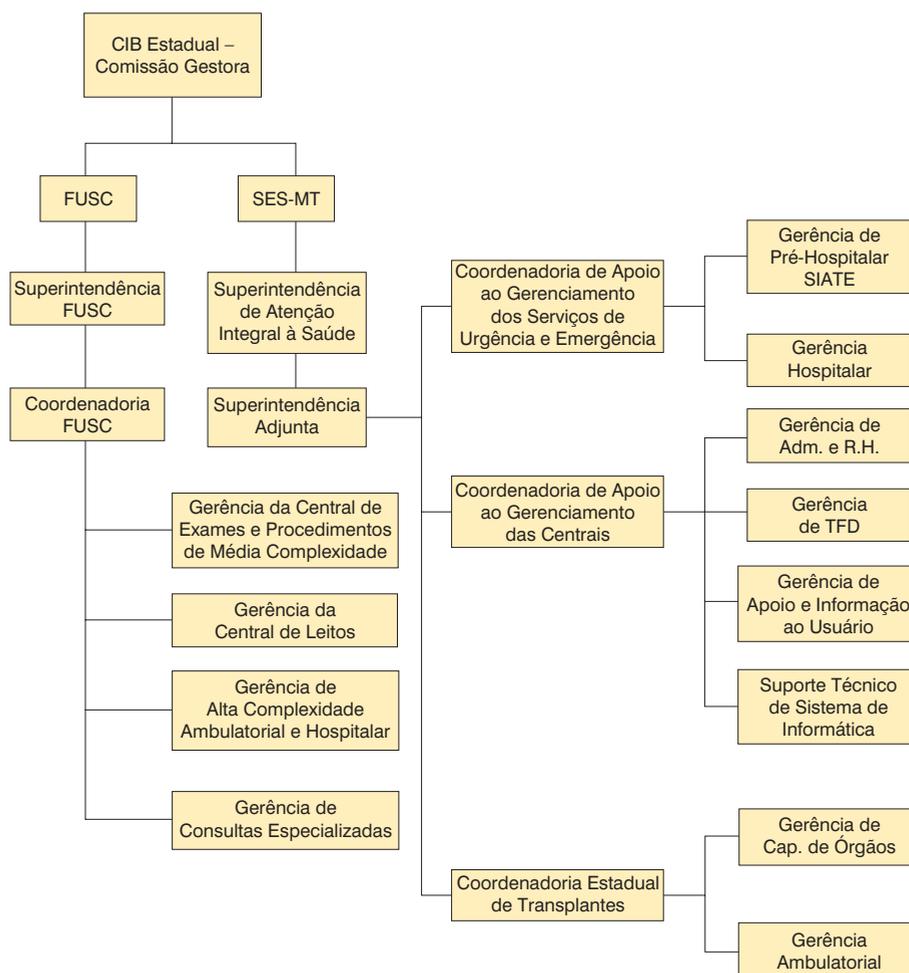
Para interação entre a SES e a FUSC, no gerenciamento e execução do Complexo Regulador Estadual, está sendo proposta a constituição de um Grupo de Trabalho, com representantes das gerências diretamente envolvidas na central, para agilização dos processos administrativos e técnicos.

### No Nível Regional

A gestão é da Comissão Intergestores Bipartite Regional, com participação dos Escritórios Regionais de Saúde e dos Municípios (co-gestão). A partir da realidade de cada local e região, vem sendo constituída a equipe de gestores e técnicos, responsável pela implantação das centrais. A proposta também inclui criar Comissões de Avaliação Bipartites Regionais e Grupos de Trabalho – GT operacionais, nas microrregiões onde há consórcios constituídos. Eles participam ativamente da Central e, em alguns casos, inclusive, a gerenciam, como ocorre em Cáceres (Microrregião Oeste Mato-grossense).

A seguir, apresentamos um desenho dos órgãos existentes no âmbito da Central Estadual de Regulação-Sede Cuiabá.

### Estrutura Organizacional de Gestão e Gerenciamento da Central Estadual de Regulação



Como se pode notar, ainda falta constituir as comissões colegiadas de acompanhamento e de apoio ao gerenciamento da Central.

## 6 - RECURSOS

A Central de Regulação Estadual já está com toda a estrutura física, equipamentos e recursos humanos adequados ao seu funcionamento. As Centrais Microrregionais estão sendo estruturadas gradativamente. Todos os recursos financeiros são do orçamento próprio do Estado de Mato Grosso.

- a) Os recursos humanos atualmente existentes da Central Estadual, por categoria profissional, são os seguintes:

| ESPECIALIDADE                        | NÚMERO |
|--------------------------------------|--------|
| Médico Regulador                     | 21     |
| Enfermeiro                           | 13     |
| Técnico em Enfermagem                | 08     |
| Assistente Social                    | 07     |
| Nutricionista                        | 01     |
| Psicólogo                            | 02     |
| Agente de Serviços Gerais            | 08     |
| Assistente Administrativo            | 26     |
| Motorista                            | 06     |
| Tele-Atendentes                      | 20     |
| Analista de Sistemas                 | 01     |
| Técnicos e Auxiliares de Informática | 12     |
| Jornalista                           | 01     |
| Digitadores                          | 16     |

211

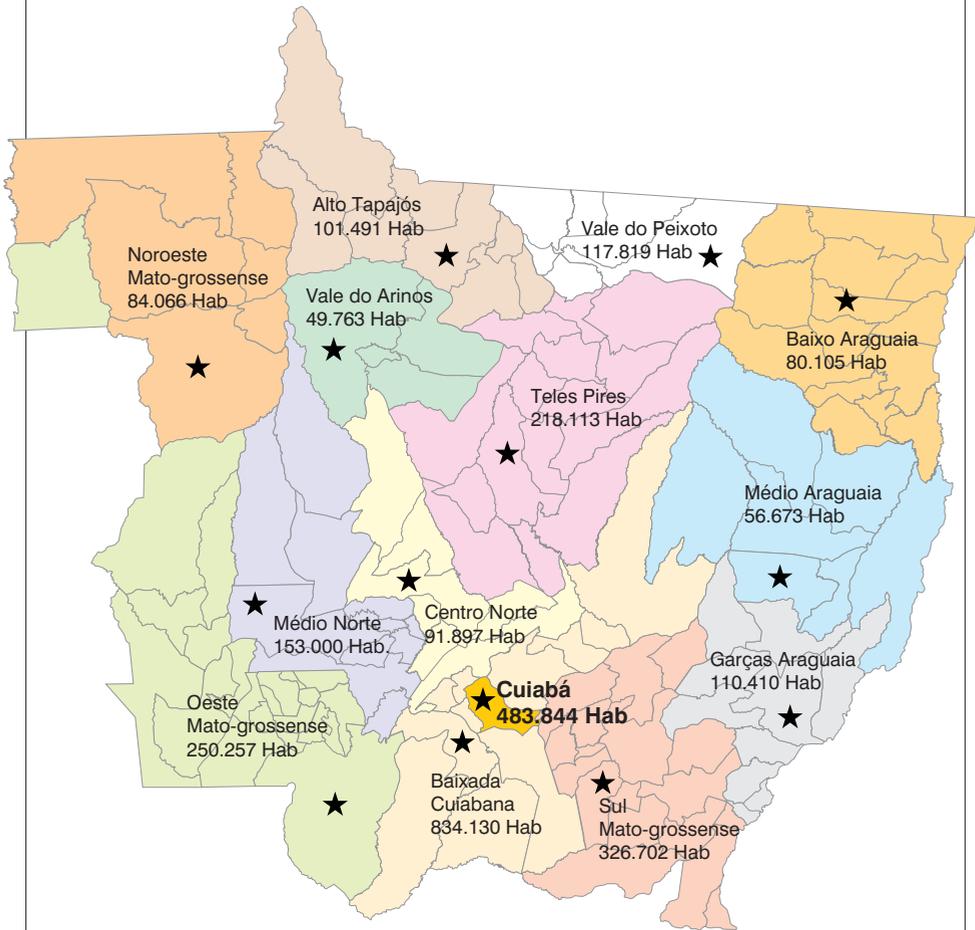
- b) Estrutura Física, Equipamentos e veículos

A SES também disponibilizou espaço físico reformado, estruturando um ambiente amplo, arejado, luminoso, respeitando-se os critérios de acessibilidade e mobiliário adequado, além de veículos de apoio à Central.

- c) Os recursos existentes nas Regionais são variáveis. Cada Central conta inicialmente com equipe técnica/gerencial, de acordo com as condições de complexidade e resolutividade apresentada na rede de serviços da microrregião. A SES também está disponibilizando apoio de recursos humanos e equipamentos
- d) Ambulâncias

Ao todo, foram adquiridas 184, para todos os municípios, para as unidades de referência para urgência/emergência e para o SIATE (pré-hospitalar).

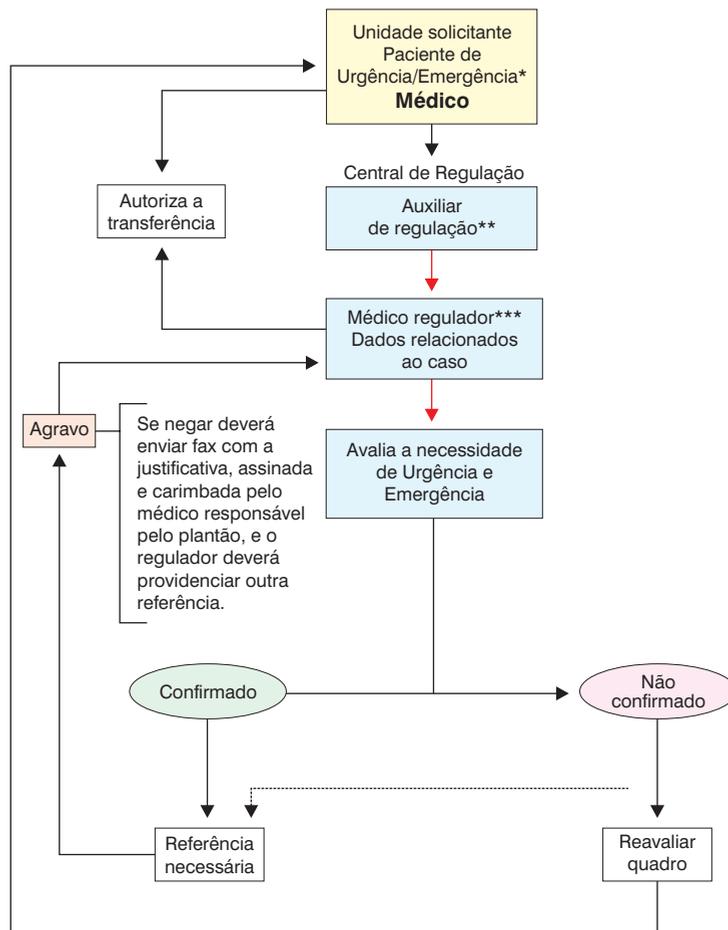
Microrregiões de Saúde, população por microrregião  
e localização das sedes das Centrais de Regulação  
CER/SUS – Mato Grosso, 2001



Microrregiões de Saúde e Sedes das Centrais de Regulação do SUS (★):

- Médio Norte (Tangará da Serra)
- Noroeste Mato-grossense (Juína)
- Oeste Mato-grossense (Cáceres)
- Garças-Araguaia (Barra do Garças)
- Vale do Peixoto (Peixoto de Azevedo)
- Sul Mato-grossense (Rondonópolis)
- Baixo Araguaia (Porto Alegre do Norte)
- Teles Pires (Sinop)
- Baixada Cuiabana (Cuiabá)
- Médio Norte (Diamantino)
- Médio Araguaia (Água Boa)
- Vale do Arinos (Juara)
- Alto Tapajós (Alta Floresta)
- Central Estadual

## Fluxo de Urgência e Emergência



- > Fluxo de comunicação
- .....> Fluxo de paciente
- > Fluxo interno da Central de Regulação

\* Paciente deverá ser transportado em ambulância apropriada para o caso e acompanhado de médico para caso de intercorrência no transporte  
 \*\* Preencher ficha de transferência  
 \*\*\* O médico regulador deverá preencher um livro de intercorrências, para anotar as eventualidades

# V – Relato de Experiência: A Microrregionalização de Atenção à Saúde na Região Oeste de Mato Grosso

---

## 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

O processo de elaboração da Programação Pactuada e Integrada e do Plano Diretor de Regionalização da Assistência em Mato Grosso foi desenvolvido em parceria com os Escritórios Regionais e as Secretarias Municipais de Saúde, envolvendo técnicos da área e gestores do sistema de saúde.

214

Numa etapa preparatória à realização das oficinas de trabalho, os Escritórios Regionais de Saúde elaboraram, em conjunto com os municípios, um diagnóstico da situação de saúde e dos serviços ambulatoriais e hospitalares de cada município e da microrregião, contendo informações sobre os serviços existentes, dados epidemiológicos – morbidade e mortalidade, situação de transporte (ambulância), investimentos previstos, cobertura do PSF, capacidade das unidades, consórcios, serviços de urgência e emergência, população, distribuição das unidades, fluxos adotados e outros. Essas informações foram consolidadas pelos níveis central e regional, subsidiando a elaboração de gráficos, tabelas e mapas.

As oficinas tiveram a duração de 60 horas ou mais, distribuídas no decorrer de cinco dias. Foram iniciadas com uma minuciosa explanação sobre a Programação Pactuada e Integrada, com ênfase em seus objetivos e instrumentos de trabalho. A seguir, discutiram-se os diagnósticos por município e da região, previamente elaborados.

A partir do diagnóstico, foram preenchidas as planilhas da área ambulatorial, com base nos 2.500 procedimentos definidos pela NOAS/01, identificando-se os procedimentos realizados nos municípios/microrregião e a forma de pagamento dos mesmos. Esses dados foram registrados no sistema informatizado GPA – Gerenciamento de Procedimentos Ambulatoriais.

Na seqüência, foram elaboradas as grades de serviços e especialidades da área ambulatorial e hospitalar, com o objetivo de se identificar os municípios com capacidade de receber pacientes e a necessidade de encaminhamento para outros municípios, delimitando-se o melhor fluxo de atendimento para a microrregião, compondo os requisitos para programação e pactuação hospitalar e ambulatorial, respectivamente.

Após a análise dos serviços ambulatoriais e hospitalares de cada município e a identificação dos possíveis módulos assistenciais, discutiu-se com os gestores municipais a definição dos referidos módulos e sede de módulos.

Foram identificados os problemas e prioridades de cada município e das microrregiões e definidos os investimentos necessários em cada município-sede de módulo assistencial, de forma a subsidiar a elaboração dos Planos Microrregionais.

A metodologia utilizada nos fóruns está explicitada no Manual da PPI, elaborado com o objetivo de orientar os técnicos e gestores no seu processo de elaboração.

No processo de elaboração da PPI em Mato Grosso, realizou-se uma experiência-piloto na microrregião médio norte do Estado, com o objetivo de testar a metodologia e os instrumentos propostos no Manual.

A experiência-piloto foi realizada em três momentos, contemplando o planejamento da PPI, a aplicação dos instrumentos e a avaliação do processo.

A partir da realização da experiência-piloto foram redefinidos aspectos metodológicos e os próprios instrumentos de trabalho, contribuindo para uma melhor adequação do processo às realidades regionais.

Foram realizados ao todo 14 Fóruns Regionais, envolvendo 138 municípios, 13 ERS e mobilizando 16 técnicos do nível central e 347 gestores e técnicos do nível municipal.

## 2 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PPI DA ASSISTÊNCIA NA MICRORREGIÃO OESTE MATO-GROSSENSE

215

Na microrregião oeste-mato-grossense, como nas demais, foi realizada previamente à oficina, a sensibilização e mobilização dos gestores e técnicos dos municípios e o preenchimento do roteiro do diagnóstico por município, sob a coordenação dos Escritórios Regionais.

A equipe do nível central cuidou da atualização dos mapas e *banners*, utilizando dados do cadastro dos estabelecimentos de saúde e informações colhidas junto aos gestores e escritórios regionais.

Nesta etapa, a principal dificuldade foi o pouco conhecimento dos gestores municipais acerca da situação de saúde do seu município. Entretanto, a participação no processo da PPI contribuiu para um maior conhecimento da realidade local, por parte dos gestores municipais e da própria SES.

A segunda etapa teve início com a apresentação dos objetivos e da metodologia da PPI, aos técnicos e gestores municipais.

A seguir, foi apresentado e discutido com os presentes o diagnóstico dos municípios e da microrregião, de acordo com o roteiro previamente elaborado, bem como os mapas, detalhando-se por município: especialidades, serviços ambulatoriais e hospitalares, demonstrativo do acesso por fluxo de internação, leitos hospitalares disponíveis, incentivos, principais causas de internação para Cuiabá e da microrregião, demonstrativo de etnias indígenas e distribuição dos distritos sanitários indígenas, demonstrativo do acesso, com enfoque para a situação das estradas e a distância entre os municípios da região, resultando no diagnóstico da microrregião.

Nesta etapa, foram levantados os principais problemas da microrregião.

Na seqüência, foram apresentados a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, o Plano Estadual Anual de Prioridades da Atenção à Saúde, o Decreto e as Portarias que definem a transferência direta de recursos do Fundo Estadual para os Fundos Municipais.

Este conjunto de informações, juntamente com o diagnóstico elaborado, subsidiou a identificação e seleção de prioridades para a assistência em âmbito regional, bem como a primeira proposta de configuração dos módulos assistenciais e municípios-sede.

A seguir, foi apresentada a metodologia utilizada para definição dos tetos físico e financeiro da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, com detalhamento dos critérios, parâmetros e as planilhas e quadros com informações previamente elaboradas e aquelas que seriam preenchidas no decorrer do fórum – Área Ambulatória – Área Hospitalar, por nível de referência e complexidade.

As situações especiais para programação, como municípios com assentamentos, municípios que recebem incentivos indígenas de urgência e emergência, gestante de risco e outros também foram analisadas.

Finalizando, os gestores e técnicos presentes fizeram a avaliação do fórum, destacando a grande contribuição do mesmo para o processo de organização da assistência à saúde na microrregião. Entre os aspectos positivos, foram destacadas as articulações entre gestores e técnicos dos municípios que compõem a microrregião; a troca de informações e experiências entre os municípios; a pactuação da assistência na microrregião; a metodologia utilizada no Fórum e a assessoria dos técnicos da Secretaria de Estado de Saúde. Como aspecto negativo foi citada a escassez da carga horária para tratar do conteúdo previsto.

Como perspectiva de continuidade do processo da PPI/PDR no espaço da Microrregião Oeste-mato-grossense, em 2002, será priorizada a consolidação do Plano Microrregional da Assistência à Saúde e a qualificação da microrregião, de acordo com a NOAS.

A Central Regional de Regulação está prevista para funcionar a partir de março/2002.

Os principais produtos da PPI da Microrregião Oeste-mato-grossense, bem como os instrumentos utilizados na realização do fórum, encontram-se detalhados nos anexos a seguir.

A) Anexos relacionados aos produtos:

- Mapas e relatórios, contendo informações e indicadores da Microrregião Oeste-mato-grossense.
- Problemas levantados no painel de discussão do diagnóstico.
- Seleção de prioridades e levantamento de subsídios para o Plano Microrregional.
- Mapa com a configuração da Microrregião Oeste-mato-grossense e os módulos assistenciais pactuados pelos gestores.
- Tetos físicos e financeiros da Assistência Ambulatorial e Hospitalar por município.

### 3 – A OPERACIONALIZAÇÃO

#### Dados Gerais:

- Área territorial: 96.714,71 Km<sup>2</sup>
- Localização: Região Oeste do Estado, na divisa com a Bolívia e Rondônia.
- Número de Municípios: 21.
- Condição habilitacional dos municípios: Todos os municípios estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica.
- Sede do Escritório Regional de Saúde: Cáceres
- População total: 262.608 habitantes, sendo: 146.101 (55,6%) população urbana: 116.598 (44,4%) população rural. Da população geral, 52,4% pertence ao sexo masculino e 47,6%, ao sexo feminino; 35,5% pertencem à faixa etária < de 14 anos; 43,7%, à faixa etária entre 15 e 39 anos; 20,8%, a faixa etária > de 40 anos. A população média flutuante é de 9.426 (3,6%).

#### Número de Assentamentos Rurais e Famílias Assentadas

| MUNICÍPIO                  | N•ASSENTAMENTOS | N•DE FAMÍLIAS |
|----------------------------|-----------------|---------------|
| Cáceres                    | 11              | 1.793         |
| Comodoro                   | 06              | 1.532         |
| Jauru                      | 02              | 897           |
| Mirassol D'Oeste           | 01              | 50            |
| Pontes e Lacerda           | 09              | 2.034         |
| Salto do Céu               | 01              | 154           |
| São José dos Quatro Marcos | 01              | 73            |
| Vila Bela da SS. Trindade  | 04              | 665           |
| TOTAL                      | 35              | 7198          |

Fonte: INCRA/MT, 2000.

## Demonstrativo Populacional da Região Oeste de Mato Grosso, por Faixa Etária e População Flutuante

| MUNICÍPIO                 | POPULAÇÃO GERAL | POPULAÇÃO INDÍGENA | POPULAÇÃO < DE 14 | POPULAÇÃO 15 A 39 | POPULAÇÃO 40 A 70+ | POPULAÇÃO FLUTUANTE | MOTIVO                         |
|---------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------|
| Araputanga                | 14.287          | -                  | 4.901             | 6.572             | 2.814              | -                   | -                              |
| Cáceres                   | 81.269          | -                  | 28.525            | 35.108            | 17.636             | -                   | -                              |
| Campos de Júlio           | 1.902           | -                  | 654               | 972               | 276                | 2.420               | Agricultura                    |
| Comodoro                  | 16.338          | 1.523              | 6.339             | 7.009             | 2.990              | 2.800               | Divisa c/ RO                   |
| Conquista                 | 2.584           | 176                | 917               | 1.129             | 538                | 600                 | Cont. Usina, Garimpo e Fazenda |
| Curvelândia               | 4.518           | -                  | 1.604             | 1.974             | 940                | -                   | -                              |
| Figueirópolis             | 4.085           | -                  | 1.373             | 1.776             | 936                | -                   | -                              |
| Glória D'Oeste            | 3.286           | -                  | 1.058             | 1.453             | 775                | -                   | -                              |
| Indiavaí                  | 1.584           | -                  | 562               | 684               | 338                | -                   | -                              |
| Jauru                     | 10.488          | -                  | 3.954             | 4.237             | 2.197              | 1.200               | Const. Usinas                  |
| Lambari D'Oeste           | 4.642           | -                  | 1.750             | 2.000             | 892                | 95                  | Usina Cana                     |
| Mirassol D'Oeste          | 22.642          | -                  | 7.472             | 10.098            | 5.072              | -                   | -                              |
| Nova Lacerda              | 4.474           | 500                | 1.611             | 1.977             | 866                | 500                 | Garimpo                        |
| Pontes e Lacerda          | 35.563          | -                  | 12.731            | 15.968            | 6.864              | 1.000               | Trab. setor primário produção  |
| Porto Espiridião          | 6.736           | -                  | 2.438             | 2.964             | 1.334              | -                   | -                              |
| Reserva do Cabaçal        | 2.363           | -                  | 879               | 952               | 532                | -                   | -                              |
| Rio Branco                | 5.593           | -                  | 1.868             | 2.409             | 1.319              | 90                  | Busca p/ serv. saúde           |
| Salto do Céu              | 4.752           | -                  | 1.687             | 2.001             | 1.064              | -                   | -                              |
| S. J. do Quatro Marcos    | 21.196          | -                  | 6.825             | 9.495             | 4.876              | -                   | -                              |
| Vale S. Domingos          | 3.224           | -                  | 1.144             | 1.409             | 671                | 1.006               | Constr. Usina                  |
| Vila Bela da SS. Trindade | 11.082          | -                  | 4.455             | 4.588             | 2.039              | -                   | -                              |
| Total Regional            | 262.608         | 2.199              | 92.747            | 114.772           | 55.089             | -                   | -                              |

Fonte: ERS Cáceres. Pop. IBGE/-

## Distribuição dos Municípios por Faixa Populacional

| Nº HABITANTES      | MUNICÍPIOS               | Nº HABITANTES | MUNICÍPIOS  |
|--------------------|--------------------------|---------------|---|
| > 80.000 < 100.000 | Cáceres                  | < 5000        | Campos de Júlio<br>Nova Conquista<br>Curvelândia<br>Figueirópolis D'Oeste<br>Glória D'Oeste<br>Nova Lacerda<br>Reserva do Cabaçal<br>Salto do Céu<br>Vale São Domingos<br>Rondolândia |
| > 30.000 < 40.000  | Pontes e Lacerda         |               |   |
| > 20.000 < 25.000  | Comodoro                 |               |   |
| > 10.000 < 20.000  | Jauru                    |               |   |
|                    | Vila Bela SS. Trindade   |               |   |
|                    | São J. dos Quatro Marcos |               |   |
|                    | Araputanga               |               |   |
|                    | Porto Espiridião         |               |   |
| > 5.000 < 10.000   |                          |               |   |
|                    |                          |               |   |

Fonte: SUP/SES

Principais atividades econômicas da microrregião:

1º. Agricultura;

2º. Pecuária;

3º. Comércio.

## Indicadores da Situação de Saúde

### Nascidos Vivos - 2000

| ESPECIFICAÇÕES        | NÚMERO | PERCENTUAL |
|-----------------------|--------|------------|
| Baixo peso < 2.500 gr | 360    | 6          |
| Ocorrência hospitalar | 5.923  | 99         |
| Cesáreas              | 2.795  | 46,7       |
| Partos domiciliares   | 55     | 1          |
| Gestante adolescente  | 1.783  | 29,8       |
| Total nascidos vivos  | 5.983  | -          |

Fonte: SUP/SES-MT.

### Mortalidade - 2000

| ESPECIFICAÇÕES   | NÚMERO     |
|--|------------|
| Número de óbitos   | 1.270      |
| Coeficiente de mortalidade geral (1.000 hab.)                | 4,9        |
| Número de óbitos informados de menores de 1 ano              | 127        |
| Coeficiente de mortalidade infantil                          | 21,2/1.000 |
| Coeficiente de mortalidade materna por 10.000 nascidos vivos | 10         |

Fonte: SUP/SES-MT.

### Distribuição Percentual das Três Maiores Causas de Mortalidade em Menores de 1 ano - 2000

| CAUSAS   | NÚMERO | PERCENTUAL |
|--|--------|------------|
| Transt. Resp. e cardiovasc. do período perinatal | 94     | 26,1       |
| Pneumonia  | 19     | 5,3        |
| Septcemia  | 15     | 4,2        |

Fonte: SUP/SES-MT.

- Mortalidade Perinatal
  - Coeficiente de mortalidade perinatal/1000 nascidos vivos: 21,00
  - Meta  $\leq$  21,0
- Mortalidade proporcional por câncer de colo de útero (%), em mulheres de 15 a 19 anos (0,7)
  - Meta  $\leq$  4,0

#### Distribuição percentual das cinco maiores causas de mortalidade 1997/2000.

| PRINCIPAIS CAUSAS | 1997  |       |       | 1998  |       |       | 1999  |       |       | 2000  |       |       |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                   | Nº    | CM    | %     |
| DIP               | 75    | 29,7  | 7,0   | 73    | 28,7  | 6,3   | 72    | 28,2  | 6,0   | 55    | 21,4  | 4,3   |
| Ap. Circ.         | 246   | 97,3  | 23,0  | 302   | 118,7 | 26,0  | 332   | 129,8 | 27,6  | 354   | 137,7 | 27,9  |
| Ap. Resp.         | 69    | 27,3  | 6,4   | 92    | 36,2  | 7,9   | 105   | 41,1  | 8,7   | 88    | 34,2  | 6,9   |
| Causas Ext.       | 253   | 100,0 | 23,4  | 239   | 94,0  | 20,6  | 239   | 93,5  | 19,9  | 258   | 100,3 | 20,3  |
| Neoplasmas        | 104   | 41,9  | 9,7   | 101   | 39,7  | 8,7   | 121   | 47,3  | 10,0  | 118   | 45,9  | 9,3   |
| Outros (1)        | 327   | -     | 30,5  | 353   | -     | 30,4  | 335   | -     | 27,8  | 397   | -     | 31,3  |
| Total             | 1.074 | 4,2   | 100,0 | 1.160 | 4,6   | 100,0 | 1.204 | 4,7   | 100,0 | 1.270 | 4,9   | 100,0 |

Fonte: SUP/SES-MT.

CM = Coeficiente de Mortalidade por Causa por 100.000 habitantes.

DIP = Doença Infecto Parasitárias

(1) Trata-se de agrupamento dos demais capítulo da CID10, não sendo apropriado o cálculo do CM.

#### Cinco Maiores Causas de Internação pelo SUS - 2000.

| CAUSAS                                      | NÚMERO | PERCENTUAL |
|---|--------|------------|
| Parto Normal                                | 2.731  | 12,5       |
| Pneumonia                                   | 2.247  | 10,3       |
| Infecções Intestinais Virais e Outras N. E. | 1.264  | 5,8        |
| Insuficiência Cardíaca                      | 851    | 3,9        |
| Parto Cesáreo                               | 836    | 3,8        |
| Demais Causas                               | 13.985 | 63,8       |
| Total                                       | 21.914 | 100,0      |

Fonte: DATASUS/MS.

Obs.: Dados do SIH segundo município de ocorrência.

#### Cinco Maiores Causas de Internação pelo SUS em Menores de 5 anos/2000

| CAUSAS   | NÚMERO | PERCENTUAL |
|--|--------|------------|
| Pneumonia  | 979    | 28,9       |
| Infecções Intestinais Virais e Outras N. E.      | 664    | 19,6       |
| Bronquiolite Aguda                               | 90     | 2,7        |
| Transt. Relac. gest. curt. dur. peso baixo nasc. | 72     | 2,1        |
| Infecção específica do período perinatal         | 53     | 1,6        |
| Demais Causas                                    | 1.532  | 45,2       |
| Total  | 3.390  | 100,0      |

Fonte: DATASUS/MS.

Obs.: Dados do SIH segundo município de ocorrência.

Principais Causas de Morbidade da Microrregião Oeste, por Município (Ambulatorial)

| Municípios | Cáceres          | Curvelândia                       | Araputanga                        | Res. do Cabaçal                   | Jauru                             |
|------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| GERAL      | 1ª               | Dengue                            | Dengue                            | Síndrome Corrimento uretral       | Dengue                            |
|            | 2ª               | Hanseníase                        | Hanseníase                        | Leishmaniose Tegumentar Americana | Hanseníase                        |
|            | 3ª               | Atendimento Anti-rábico           | -                                 | Leishmaniose Tegumentar Americana | Leishmaniose Tegumentar Americana |
| Municípios | Pontes e Lacerda | Comodoro                          | C. de Júlio                       | N. Lacerda                        | Conquista D'Oeste                 |
| GERAL      | 1ª               | Dengue                            | Leishmaniose Tegumentar Americana | Hanseníase                        | Leishmaniose Tegumentar Americana |
|            | 2ª               | Síndrome Corrimento cervical      | Dengue                            | Leishmaniose Tegumentar Americana | Hanseníase                        |
|            | 3ª               | Hanseníase                        | Hanseníase                        | Dengue                            | -                                 |
| Municípios | Figueirópolis    | Vila Bela                         | Rio Branco                        | S. do Céu                         | Lamb. D'Oeste                     |
| GERAL      | 1ª               | Hanseníase                        | Hanseníase                        | Leishmaniose Tegumentar Americana | Hanseníase                        |
|            | 2ª               | Leishmaniose Tegumentar Americana | Tuberculose                       | Atendimento Anti-rábico           | Leishmaniose Tegumentar Americana |
|            | 3ª               | Malária                           | Leishmaniose Tegumentar Americana | Acidentes animais peçonhentos     | Condioloma Acuminado              |

Fonte: SINAM

- Coeficiente de internação por IRA em crianças menores de 5 anos (1000 hab. < 5 anos/2000): 45,2.

*Meta ≤ 51,0.*

### Percentual de Pacientes Portadores de Tuberculose e Hanseníase Curados - 2000

| MUNICÍPIOS                 | TUBERCULOSE | HANSENÍASE |
|----------------------------|-------------|------------|
| Araputanga                 | -           | 88,10      |
| Cáceres                    | 55,1        | 95,00      |
| Campos de Júlio            | 66,7        | -          |
| Comodoro                   | 66,7        | 86,96      |
| Jauru                      | 85,7        | -          |
| Lambari D'Oeste            | -           | 80,00      |
| Mirassol D'Oeste           | 71,4        | 94,00      |
| Nova Lacerda               | -           | 100,00     |
| Pontes e Lacerda           | 65,2        | 93,15      |
| Porto Esperidião           | 75,0        | 100,00     |
| Rio Branco                 | 66,7        | 87,50      |
| Salto do Céu               | 100,0       | 66,67      |
| São José dos Quatro Marcos | 50,0        | 100,00     |
| Vila Bela da SS. Trindade  | 50,0        | 66,67      |

Fonte: Área Técnica de Tuberculose/GPE/CADRRS/SAI/SES-MT

Percentual de Parturientes com cobertura de 4 ou mais consultas de pré-natal, por município e número de municípios com implantação do Programa de Humanização do pré-natal e parto implantado.

| MUNICÍPIOS                 | % CONSULTAS | PROGRAMA HUMANIZAÇÃO |
|----------------------------|-------------|----------------------|
| Araputanga                 | 96,4        | PHPN                 |
| Cáceres                    | 79,1        | -                    |
| Campos de Júlio            | 96,1        | -                    |
| Comodoro                   | 87,3        | PHPN                 |
| Figueirópolis D'Oeste      | 98,6        | PHPN                 |
| Glória D'Oeste             | 98,2        | -                    |
| Indiavaí                   | 88,9        | -                    |
| Jauru                      | 58,8        | -                    |
| Lambari D'Oeste            | 83,7        | -                    |
| Mirassol D'Oeste           | 80,4        | PHPN                 |
| Nova Lacerda               | 73,2        | PHPN                 |
| Pontes e Lacerda           | 72,4        | PHPN                 |
| Porto Esperidião           | 84,6        | PHPN                 |
| Reserva do Cabaçal         | 81,3        | PHPN                 |
| Rio Branco                 | 90,2        | PHPN                 |
| São José dos Quatro Marcos | 68,5        | PHPN                 |
| Salto do Céu               | 74,7        | PHPN                 |
| Vila Bela da SS. Trindade  | 58,8        | PHPN                 |

Fonte: SUP/SES-MT.

Demonstrativo da Cobertura do PSF na  
Região Oeste Mato-grossense - Dezembro 2001

| MUNICÍPIO               | Nº DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA | %     | Nº DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE | %     |
|-------------------------|-----------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| Araputanga              | 01                                | 25,6  | 21                                  | 92,0  |
| Cáceres                 | 07                                | 29,0  | 69                                  | 58,0  |
| Comodoro                | 02                                | 46,6  | 15                                  | 63,0  |
| Indiavaí                | 01                                | 100,0 | 06                                  | 100,0 |
| Jauru                   | 02                                | 54,7  | 22                                  | 100,0 |
| Pontes e Lacerda        | 01                                | 8,5   | 21                                  | 34,0  |
| Reserva do Cabaçal      | 01                                | 100,0 | 06                                  | 100,0 |
| Rio Branco              | 02                                | 100,0 | 12                                  | 100,0 |
| Salto do Céu            | 01                                | 63,5  | 05                                  | 57,0  |
| S. J. dos Quatro Marcos | 04                                | 71,3  | 28                                  | 89,9  |
| Nova Lacerda            | 01                                | 86,0  | 16                                  | 100,0 |
| Vila Bela               | 02                                | 54,3  | 18                                  | 88,0  |
| Campos de Júlio         | —                                 | —     | 04                                  | 86,7  |
| Lambari D'Oeste         | —                                 | —     | 14                                  | 100,0 |
| Mirassol D'Oeste        | —                                 | —     | 12                                  | 33,0  |
| Porto Esperidião        | —                                 | —     | 06                                  | 37,6  |
| TOTAL                   | 25                                | 33,6  | 275                                 | 66,6  |

Fonte: ERS/Cáceres.

Principais causas de encaminhamento de internação hospitalar da microrregião para Cuiabá (2001):

- 1º) transtornos mentais;
- 2º) doenças do aparelho circulatório;
- 3º) doenças do aparelho genito-urinário;
- 4º) freqüência mensal – 112 internações – Valor R\$ 86.494,13.

Número de consultas médicas e clínicas (PAB) básicas e especializadas (não PAB) / hab/ano – 2000:

|                                       |         |       |
|---------------------------------------|---------|-------|
| Total de consultas médicas básicas:   | 391.534 | 77,5% |
| Total de consultas especializadas/ano | 113.211 | 22,5% |
| Total de consultas/ano                | 504.745 |       |
| Consultas média/hab/ano:              | 2,0     |       |

CAPACIDADE INSTALADA POR TIPO DE UNIDADE, POR MUNICÍPIO

| MUNICÍPIO                  | POSTO DE SAÚDE | CENTRO DE SAÚDE | UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA | CENTRO ODONTOLÓGICO | CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO | UNIDADE MÓVEL |
|----------------------------|----------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|--------------------------|---------------|
| Araputanga                 | 3              | 1               | 1                           | -                   | 1                        | -             |
| Cáceres                    | 5              | 2               | 7                           | 1                   | 8                        | -             |
| Campos de Júlio            | 1              | 1               | -                           | -                   | 1                        | -             |
| Comodoro                   | 8              | 1               | 1                           | -                   | 3                        | -             |
| Conquista D'Oeste          | -              | 1               | -                           | -                   | 1                        | -             |
| Curvelândia                | 1              | -               | -                           | -                   | -                        | -             |
| Figueirópolis D'Oeste      | -              | 1               | -                           | -                   | 1                        | -             |
| Glória D'Oeste             | 1              | 1               | -                           | -                   | 3                        | -             |
| Indiavaí                   | -              | 1               | 1                           | -                   | 1                        | -             |
| Jauru                      | 5              | 1               | 2                           | -                   | 1                        | -             |
| Lambari D'Oeste            | 1              | 1               | -                           | -                   | 2                        | -             |
| Mirassol D'Oeste           | 5              | 2               | 2                           | 1                   | 6                        | -             |
| Nova Lacerda               | -              | 1               | 1                           | -                   | 1                        | -             |
| Pontes e Lacerda           | 2              | 2               | 1                           | -                   | 2                        | Med/Odo       |
| Porto Esperidião           | 4              | 1               | 1                           | -                   | 1                        | Odo           |
| Reserva do Cabaçal         | -              | 1               | 1                           | -                   | 1                        | Odo           |
| Rio Branco                 | -              | 1               | 2                           | -                   | 1                        | -             |
| Salto do Céu               | 1              | 1               | -                           | -                   | 1                        | Med           |
| São José dos Quatro Marcos | 4              | 1               | 4                           | -                   | 2                        | -             |
| Vale São Domingos          | 1              | 1               | -                           | -                   | 1                        | -             |
| Vila Bela da SS. Trindade  | 3              | 1               | 1                           | -                   | 2                        | Odo           |
| Rondolândia                | 1              | -               | -                           | -                   | -                        | -             |
| <b>TOTAL</b>               | <b>46</b>      | <b>23</b>       | <b>25</b>                   | <b>2</b>            | <b>40</b>                | <b>5</b>      |

Fonte: ERS/GEAB - SAI/SES.

## REDE AMBULATORIAL ESPECIALIZADA POR TIPO DE UNIDADE

| MUNICÍPIO                  | PRONTO ATENDIMENTO | UAE      | CENTRO REABILITAÇÃO |          |          | HEMOTERAPIA |          | LAB. AN. CLÍN. |          |          | LAB. CITOLOGIA ONCÓTICA |
|----------------------------|--------------------|----------|---------------------|----------|----------|-------------|----------|----------------|----------|----------|-------------------------|
|                            |                    |          | 1                   | 2        | 3        | UCT         | AT       | 1              | 2        | 3        |                         |
| Araputanga                 | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Cáceres                    | 1                  | 2        | -                   | 1        | -        | 1           | -        | 1              | 1        | -        | 1                       |
| Campos de Júlio            | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | -              | -        | -        | -                       |
| Comodoro                   | -                  | -        | -                   | -        | -        | 1           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Conquista D'Oeste          | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | -              | -        | -        | -                       |
| Curvelândia                | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | -              | -        | -        | -                       |
| Figueirópolis D'Oeste      | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Glória D'Oeste             | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | -              | -        | -        | -                       |
| Indiavaí                   | -                  | -        | 1                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Jauru                      | -                  | -        | 1                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Lambari D'Oeste            | -                  | 1        | -                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Mirassol D'Oeste           | 1                  | -        | 1                   | -        | -        | 1           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Nova Lacerda               | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Pontes e Lacerda           | -                  | -        | -                   | 1        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Porto Esperidião           | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | -              | -        | -        | -                       |
| Reserva do Cabaçal         | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Rio Branco                 | -                  | 1        | 1                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Salto do Céu               | -                  | 1        | -                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| São José dos Quatro Marcos | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | 1              | -        | -        | -                       |
| Vale São Domingos          | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | -              | -        | -        | -                       |
| Vila Bela da SS. Trindade  | 1                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | -              | -        | -        | -                       |
| Rondolândia                | -                  | -        | -                   | -        | -        | -           | -        | -              | -        | -        | -                       |
| <b>TOTAL</b>               | <b>3</b>           | <b>5</b> | <b>4</b>            | <b>2</b> | <b>0</b> | <b>3</b>    | <b>0</b> | <b>14</b>      | <b>1</b> | <b>0</b> | <b>1</b>                |

Fonte: ERS/SAI/SES.

Legenda: UAE - Unidade Ambulatorial Especializada UCT - Unidade de Coleta e Transfusão AT - Agência Transfusional Lab. An. Clín. - Laboratório de Análises Clínicas.

REDE HOSPITALAR

| MUNICÍPIO                  | HOSPITAL  |          |           |              |           |          | LEITOS POR CLÍNICA |            |            |           |           |            | TOTAL LEITOS | TOTAL LEITOS/ 1000 hab. | INTERN. > 8,5 % | INTERN. < 8,5 % |
|----------------------------|-----------|----------|-----------|--------------|-----------|----------|--------------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|--------------|-------------------------|-----------------|-----------------|
|                            | PÚBLICO   |          |           | FILANTRÓPICO | PRIVADO   | REG.     | CM                 | CIR        | GO         | PED       | OUTROS    |            |              |                         |                 |                 |
|                            | MUN.      | EST.     | REG.      |              |           |          |                    |            |            |           |           |            |              |                         |                 |                 |
| Araputanga                 | -         | -        | -         | -            | 02        | -        | 24                 | 08         | 12         | 02        | -         | 46         | 3,36         | -                       | *               |                 |
| Cáceres                    | -         | -        | 01        | 02           | 01        | -        | 70                 | 95         | 26         | 45        | 25        | 261        | 3,20         | *                       | -               |                 |
| Campos de Júlio            | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| Comodoro                   | -         | -        | -         | -            | 01        | -        | 13                 | 03         | 05         | 05        | -         | 26         | 1,73         | -                       | *               |                 |
| Conquista D'Oeste          | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| Curvelândia                | -         | -        | -         | -            | 01        | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| Figueirópolis D'Oeste      | 01        | -        | -         | -            | -         | -        | 06                 | 02         | 03         | 03        | 01        | 16         | 3,74         | -                       | *               |                 |
| Glória D'Oeste             | -         | -        | -         | -            | 01        | -        | 04                 | 01         | 02         | 04        | -         | 11         | 3,26         | *                       | -               |                 |
| Indiavaí                   | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| Jauru                      | -         | -        | -         | 01           | -         | -        | 02                 | 10         | 05         | 01        | 02        | 20         | 1,56         | -                       | *               |                 |
| Lambari D'Oeste            | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| Mirassol D'Oeste           | -         | -        | -         | -            | 02        | -        | 21                 | 21         | 17         | 11        | -         | 72         | 3,17         | *                       | -               |                 |
| Nova Lacerda               | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| Pontes e Lacerda           | -         | -        | -         | -            | 01        | -        | 17                 | 05         | 05         | 01        | -         | 28         | 0,75         | *                       | -               |                 |
| Porto Esperidião           | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| Reserva do Cabaçal         | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| Rio Branco                 | -         | -        | -         | -            | 01        | -        | 01                 | 02         | 02         | 01        | 02        | 08         | 1,57         | *                       | -               |                 |
| Salto do Céu               | 01        | -        | -         | -            | 01        | -        | 11                 | 08         | 08         | 03        | 02        | 32         | 5,80         | -                       | *               |                 |
| São José dos Quatro Marcos | 01        | -        | -         | -            | 01        | -        | 30                 | 21         | 21         | 06        | 02        | 80         | 4,07         | *                       | -               |                 |
| Vale São Domingos          | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | *               |                 |
| Vila a SS. Trindade        | -         | -        | -         | -            | 01        | -        | 32                 | 06         | 16         | 05        | 01        | 60         | 4,74         | -                       | -               |                 |
| Rondolândia                | -         | -        | -         | -            | -         | -        | -                  | -          | -          | -         | -         | -          | -            | -                       | -               |                 |
| <b>TOTAL</b>               | <b>03</b> | <b>-</b> | <b>01</b> | <b>03</b>    | <b>13</b> | <b>-</b> | <b>231</b>         | <b>182</b> | <b>122</b> | <b>87</b> | <b>35</b> | <b>660</b> | <b>2,45</b>  | <b>-</b>                | <b>-</b>        |                 |

Fosnte: ERS/DATASUS/SAI/SES.

Legenda: Mun. - Municipal Est. - Estadual Reg. - Regional CM - Clínica Médica CIR - Cirurgia Geral GO - Ginecologista e Obstetrícia PED - Pediatra.

## Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Especializados por Município

| MUNICÍPIO                  | RX | US    | ECG   | PAT. CLÍN. | END. | EEG | TOMO. | FISIOT. | PEC |
|----------------------------|----|-------|-------|------------|------|-----|-------|---------|-----|
| Araputanga                 | C  | CS    | CS    | PP         | -    | CS  | -     | PP      | PP  |
| Cáceres                    | PP | CS    | PP/CS | PP/C       | -    | CS  | PP    | PP      | PP  |
| Campos de Júlio            | C  | CS/C  | CS    | C          | -    | CS  | -     | PP      | PP  |
| Comodoro                   | C  | C     | C     | PP         | -    | C   | -     | C       | C   |
| Conquista D'Oeste          | C  | C     | C     | C          | C    | -   | -     | PP      | PP  |
| Curvelândia                | C  | CS    | CS    | C          | -    | CS  | -     | -       | PP  |
| Figueirópolis D'Oeste      | PP | C     | -     | PP         | -    | -   | -     | -       | PP  |
| Glória D'Oeste             | C  | CS/C  | CS    | C          | -    | CS  | -     | -       | PP  |
| Indiavaí                   | C  | C     | C     | PP         | C    | C   | -     | PP      | PP  |
| Jauru                      | PP | CS    | CS    | PP         | -    | CS  | -     | PP      | PP  |
| Lambari D'Oeste            | PP | PP/CS | CS    | PP         | -    | CS  | -     | C       | PP  |
| Mirassol D'Oeste           | C  | CS/C  | CS    | PP         | C    | CS  | -     | PP      | PP  |
| Nova Lacerda               | C  | C     | -     | -          | C    | -   | -     | -       | -   |
| Pontes e Lacerda           | PP | PP/C  | C     | PP/C       | C    | -   | -     | PP      | PP  |
| Porto Esperidião           | C  | CS/C  | CS    | C          | -    | CS  | -     | C       | PP  |
| Reserva do Cabaçal         | -  | CS    | CS    | PP         | -    | CS  | -     | -       | PP  |
| Rio Branco                 | -  | CS/C  | CS    | PP         | -    | CS  | -     | PP      | PP  |
| Salto do Céu               | PP | CS    | CS    | PP         | -    | CS  | -     | PP      | PP  |
| São José dos Quatro Marcos | PP | CS    | CS/C  | PP         | -    | CS  | -     | C       | PP  |
| Vale São Domingos          | -  | CS    | CS    | -          | -    | CS  | -     | -       | PP  |
| Vila Bela da SS. Trindade  | PP | C     | C     | PP         | C    | C   | -     | PP      | PP  |
| Rondolândia                | -  | -     | -     | C          | -    | -   | -     | -       | PP  |

Fonte: ERS/PP1 – SAI/SES.  
 Natureza do Serviço: PP = Próprio C = Comprado CS = Consórcio.  
 Tipos de Serviços: RX = Raio X US = Ultrassom Tomo. = Tomografia END. = Endoscopia EEC = Electroencefalograma Pat. Clín. = Patologia Clínica PEC = Pequenas Cirurgias ECG = Eletrocardiograma.

Assistência Hospitalar – Serviços

| MUNICÍPIO                  | RX    | US   | LAB. AN. CLÍN. | ECG  | UTI | QUEIMADOS | ORTOP. | FISIOT. | TOMO. | TERAP. RENAL | EEG | PRONT. ATEND. |
|----------------------------|-------|------|----------------|------|-----|-----------|--------|---------|-------|--------------|-----|---------------|
| Araputanga                 | *     | CT   | CT             | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | NS  | -             |
| Cáceres                    | */CT  | CT   | */CT           | */CT | *   | *         | *      | */CT    | *     | *            | *   | -             |
| Campos de Júlio            | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Comodoro                   | CT    | -    | CT             | NS   | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Conquista D'Oeste          | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Curvelândia                | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Figueirópolis D'Oeste      | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Glória D'Oeste             | -     | -    | CT             | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | NS  | -             |
| Indiavaí                   | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Jauru                      | *     | NS   | *              | *    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | *             |
| Lambari D'Oeste            | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Mirassol D'Oeste           | *     | */CT | */CT           | *    | -   | -         | *      | *       | -     | -            | NS  | -             |
| Nova Lacerda               | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Pontes e Lacerda           | CT/NS | N    | CT/NS          | -    | -   | -         | */NS   | -       | -     | -            | NS  | -             |
| Porto Esperidião           | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Reserva do Cabaçal         | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Rio Branco                 | -     | *    | *              | *    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | NS  | -             |
| Salto do Céu               | *     | *    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | *   | -             |
| São José dos Quatro Marcos | *     | NS   | *              | NS   | -   | -         | -      | -       | -     | -            | NS  | -             |
| Vale São Domingos          | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |
| Vila Bela da SS. Trindade  | *     | -    | *              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | *   | -             |
| Rondolândia                | -     | -    | -              | -    | -   | -         | -      | -       | -     | -            | -   | -             |

Fonte: ERS/PIPI – SAJ/SES;  
 Natureza do Serviço: \* = SUS CT = Contrato ou Tercerizado NS = Não SUS.  
 Tipos de Serviços: RX = Raio X Lab. An. Clín. = Laboratório de Análises Clínicas Terap. Renal = Terapia Renal UTI = Unidade de Terapia Intensiva Ortop. = Ortopedia US = Ultrassom Tomo. = Tomografia Queimados = Atendimento de Pacientes queimados Pront. Atend. = Pronto Atendimento Fisiot. = Fisioterapia ECG = Eletrocardiograma EEG = Eletroencefalograma.

## Capacidade instalada por especialidades profissionais, por Unidade Ambulatorial e Hospitalar

| MUNICÍPIO                  | Ci. Méd. | Cir. | Card. | Ort. | Rad. | Oftal. | Neur. | Uro. | BU | Derm. | Otor. | GO | Ped. | Bloq. | Fisiot. | Odon. | AS | Fono. | Psic. | Enf. | Méd. S. F. |
|----------------------------|----------|------|-------|------|------|--------|-------|------|----|-------|-------|----|------|-------|---------|-------|----|-------|-------|------|------------|
| Araputanga                 | *        | *    | -     | -    | CT   | -      | -     | -    | -  | -     | -     | *  | *    | *     | *       | *     | -  | -     | -     | *    | *          |
| Cáceres                    | *        | *    | CT    | CT   | *    | CT     | CT    | *    | *  | *     | CT    | -  | *    | *     | *       | *     | *  | *     | *     | *    | *          |
| Campos de Júlio            | *        | -    | -     | -    | CT   | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | *     | *    | -          |
| Comodoro                   | *        | -    | *     | *    | CT   | -      | -     | -    | -  | -     | -     | *  | *    | *     | -       | *     | *  | *     | *     | *    | *          |
| Conquista D'Oeste          | *        | -    | -     | -    | -    | CT     | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | -     | *    | -          |
| Curvelândia                | *        | -    | -     | -    | CT   | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | -     | -       | -     | -  | -     | -     | -    | -          |
| Figueirópolis D'Oeste      | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | -       | *     | -  | -     | -     | -    | -          |
| Glória D'Oeste             | *        | -    | -     | -    | CT   | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | -       | *     | -  | -     | *     | -    | -          |
| Indiavaí                   | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | -     | *    | *          |
| Jauru                      | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | *  | *    | *     | *       | *     | -  | -     | -     | -    | *          |
| Lambari D'Oeste            | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | *  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | -     | *    | -          |
| Mirassol D'Oeste           | *        | -    | *     | -    | -    | *      | -     | -    | -  | -     | -     | *  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | -     | *    | -          |
| Nova Lacerda               | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | -     | *    | -          |
| Pontes e Lacerda           | *        | *    | *     | *    | -    | CT     | -     | -    | -  | -     | -     | *  | *    | *     | *       | *     | *  | *     | *     | *    | *          |
| Porto Esperidião           | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | CT      | *     | -  | -     | *     | *    | -          |
| Reserva do Cabaçal         | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | -       | *     | -  | -     | *     | *    | *          |
| Rio Branco                 | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | *     | *    | *          |
| Salto do Céu               | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | *     | *    | *          |
| São José dos Quatro Marcos | *        | *    | -     | -    | *    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | *    | *     | *       | *     | *  | *     | *     | *    | *          |
| Vale São Domingos          | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | -     | -       | -     | -  | -     | -     | *    | -          |
| Vila Bela da SS. Trindade  | *        | -    | *     | *    | -    | CT     | -     | CT   | -  | -     | -     | -  | -    | *     | *       | *     | -  | -     | *     | *    | -          |
| Rondolândia                | *        | -    | -     | -    | -    | -      | -     | -    | -  | -     | -     | -  | -    | -     | -       | -     | -  | -     | -     | -    | -          |

Fonte: ERS/PPI/SAI/SES

\* = SUS/Próprio CT = SUS/Contratado

Especialidades: Ci. Méd. = Clínica Médica Card. = Cardiologia Cir. = Cirurgia Geral Odon. = Odontólogo Méd. S. F. = Médico Saúde da Família Rad. = Radiologia Neur. = Neurologia Ort. = Ortopedia AS = Assistente Social BU = Buco Maxilo Oftal. = Oftalmologia Uro. = Urologia Fono. = Fonoaudiologia Derm. = Dermatologia Otor. = Otorrino Psic. = Psicólogo Enf. = Enfermagem Ped. = Pediatra Bioq. = Bioquímico Fisiot. = Fisioterapia GO = Ginecologia e Obstetrícia.

Assistência Hospitalar – Especialidades

| MUNICÍPIO                  | CL. MÉD. | CIR. | PED. | GO | CARD. | ORT. | VASC. | OFTAL. | NEUR. | URO. | DERM. | PSIQ. | GASTRO. | ANEST. | MED. INT. | NEFRO. |
|----------------------------|----------|------|------|----|-------|------|-------|--------|-------|------|-------|-------|---------|--------|-----------|--------|
| Araputanga                 | -        | -    | *    | *  | -     | -    | -     | -      | -     | *    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Cáceres                    | *        | CT   | *    | *  | *     | *    | *     | *      | *     | *    | *     | -     | *       | *      | *         | *      |
| Campos de Júlio            | *        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Comodoro                   | *        | *    | -    | *  | *     | *    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | *      | -         | -      |
| Conquista D'Oeste          | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Curvelândia                | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Figueirópolis D'Oeste      | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Glória D'Oeste             | *        | *    | -    | *  | -     | *    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Indiavaí                   | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Jauru                      | *        | -    | -    | *  | -     | *    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | *      | -         | -      |
| Lambari D'Oeste            | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Mirassol D'Oeste           | *        | *    | *    | *  | *     | *    | -     | *      | *     | -    | -     | *     | *       | *      | -         | -      |
| Nova Lacerda               | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Pontes e Lacerda           | -        | *    | *    | *  | *     | *    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | *      | -         | -      |
| Porto Esperidião           | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Reserva do Cabaçal         | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Rio Branco                 | *        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Salto do Céu               | *        | -    | -    | *  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| São José dos Quatro Marcos | *        | *    | *    | -  | *     | *    | -     | *      | -     | -    | -     | -     | -       | *      | -         | -      |
| Vale São Domingos          | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Vila Bela da SS. Trindade  | *        | *    | *    | *  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |
| Rondolândia                | -        | -    | -    | -  | -     | -    | -     | -      | -     | -    | -     | -     | -       | -      | -         | -      |

Fonte: SIA/SAM/SES.

\* = SUS/Próprio CT = SUS/Contratado.

Especialidades: Cl. Méd. = Clínica Médica Uro. = Urologia Cir. = Cirurgia Ped. = Pediatra Gastro. = Gastrologia Derm. = Dermatologia GO = Ginecologia e Obstetrícia Card. = Cardiologia Ort. = Ortopedia Anest. = Anestesiologia Psiq. = Psiquiatria Vasc. = Vascular Oftal. = Oftalmologista Neur. = Neurologista Med. Int. = Medicina Interna Nefro. = Nefrologia.

## Total de Recursos Humanos existentes nos municípios

| MUNICÍPIO                  | MÉDICOS    | ENFERMEIROS | ODONTÓLOGOS | FARMAC. BIOQUÍMICO | AUX. DE ENFERMAGEM | OUTROS NÍVEL MEDIO/ELEMEN. | OUTROS NÍVEL SUPERIOR | TOTAL      |
|----------------------------|------------|-------------|-------------|--------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------|------------|
| Araputanga                 | 16         | 03          | 01          | 02                 | 01                 | 11                         | 03                    | 37         |
| Cáceres                    | 68         | 17          | 17          | 12                 | 14                 | 47                         | 10                    | 185        |
| Campos de Júlio            | -          | -           | -           | -                  | -                  | -                          | -                     | -          |
| Comodoro                   | 09         | -           | -           | 02                 | -                  | 01                         | 01                    | 13         |
| Conquista D'Oeste          | -          | -           | -           | -                  | -                  | -                          | -                     | -          |
| Curvelândia                | -          | -           | -           | -                  | -                  | -                          | -                     | -          |
| Figueirópolis D'Oeste      | 13         | 02          | 01          | 02                 | -                  | 04                         | -                     | 22         |
| Glória D'Oeste             | 03         | -           | 02          | 01                 | -                  | 02                         | -                     | 08         |
| Indiavaí                   | 04         | 01          | 01          | 01                 | 02                 | 03                         | -                     | 21         |
| Jauru                      | 15         | 04          | 02          | 02                 | 04                 | 15                         | 04                    | 46         |
| Lambari D'Oeste            | 09         | -           | -           | 02                 | -                  | -                          | -                     | 11         |
| Mirassol D'Oeste           | 16         | 01          | -           | 03                 | 01                 | 01                         | 01                    | 23         |
| Nova Lacerda               | 11         | -           | 01          | 03                 | -                  | 01                         | -                     | 16         |
| Pontes e Lacerda           | 32         | 02          | 04          | 04                 | -                  | 11                         | 02                    | 55         |
| Porto Esperidião           | 11         | -           | 01          | 03                 | -                  | 08                         | 01                    | 24         |
| Reserva do Cabaçal         | 13         | 02          | 01          | 03                 | 01                 | 03                         | -                     | 23         |
| Rio Branco                 | 13         | 05          | 01          | 03                 | 02                 | 07                         | 04                    | 35         |
| Salto do Céu               | 11         | 02          | 01          | 02                 | -                  | 04                         | -                     | 20         |
| São José dos Quatro Marcos | 21         | 04          | 03          | 02                 | 05                 | 17                         | 03                    | 55         |
| Vale São Domingos          | -          | -           | -           | -                  | -                  | -                          | -                     | -          |
| Vila Bela da SS. Trindade  | 10         | -           | -           | 02                 | 01                 | 06                         | 02                    | 21         |
| Rondolândia                | -          | -           | -           | -                  | -                  | -                          | -                     | -          |
| <b>TOTAL</b>               | <b>275</b> | <b>43</b>   | <b>36</b>   | <b>49</b>          | <b>31</b>          | <b>141</b>                 | <b>31</b>             | <b>615</b> |

Fonte: SIA/SIAI/SES.

\* - Em processo de atualização.

### Característica do serviço de atendimento de Urgência e Emergência

| MUNICÍPIO                 | UNIDADE         | PRÓPRIO | CONT/TERC | ATENDIMENTO 24 Hrs | URG/EMERG TIPO I |
|---------------------------|-----------------|---------|-----------|--------------------|------------------|
| Cáceres                   | Posto PAM-4     | *       | -         | *                  | *                |
| Mirassol D'Oeste          | Centro de Saúde | *       | -         | *                  | -                |
| Salto do Céu              | Centro de Saúde | *       | -         | *                  | -                |
| Vila Bela da SS. Trindade | Ambulatório     | *       | -         | *                  | -                |

### Oferta de Serviços através do Consórcio Intermunicipal do Oeste Mato-grossense – CISOMT

O consórcio intermunicipal do Oeste-mato-grossense foi criado em 11 de maio de 1996, em parceria com os municípios, sendo implementado a partir de junho de 1997, com a finalidade de garantir ao usuário o acesso à prestação de serviços especializados. Atualmente, 15 municípios com uma população total estimada em 210 mil habitantes participam do consórcio, contribuindo com um valor *per capita* de R\$ 0,30 por habitante/mês.

#### Participação Financeira dos Municípios

| MUNICÍPIO                  | POPULAÇÃO      | R\$ 0,30         | PORCENTAGEM |
|----------------------------|----------------|------------------|-------------|
| Araputanga                 | 13.653         | 4.095,90         | 6,53        |
| Cáceres                    | 85.500         | 25.650,00        | 40,90       |
| Campos de Júlio            | 2.906          | 871,80           | 1,39        |
| Curvelândia                | 4.495          | 1.348,50         | 2,15        |
| Glória D'Oeste             | 3.364          | 1.009,20         | 1,60        |
| Jauru                      | 12.777         | 3.833,10         | 6,11        |
| Lambari D'Oeste            | 4.683          | 1.404,90         | 2,24        |
| Mirassol D'Oeste           | 22.884         | 6.865,20         | 10,95       |
| Porto Esperidião           | 10.039         | 3.011,70         | 4,80        |
| São José dos Quatro Marcos | 19.622         | 5.886,60         | 9,39        |
| Reserva do Cabaçal         | 2.421          | 726,30           | 1,16        |
| Rio Branco                 | 5.072          | 1.521,60         | 2,43        |
| Salto do Céu               | 5.513          | 1.653,90         | 2,64        |
| Vale de São Domingos       | 3.229          | 998,70           | 1,55        |
| Vila Bela da SS. Trindade  | 12.880         | 3.864,00         | 6,16        |
| <b>TOTAL</b>               | <b>209.038</b> | <b>62.711,40</b> | <b>100</b>  |

Fonte: CIS/MT.

Está sediado na cidade de Cáceres, que possui uma rede de serviços especializados mais complexos, configurado como município-referência para a microrregião. O Ambulatório de especialidades sediado em Cáceres é gerenciado e co-financiado pelo consórcio.

O ambulatório de especialidades é do Consórcio e oferece a programação das seguintes especialidades para os Municípios:

| MUNICÍPIO                  | NEUROLOGIA | CARDIOLOGIA | ORTOPEDIA | OTORRINO | OFTALMO |
|----------------------------|------------|-------------|-----------|----------|---------|
| Araputanga                 | 18         | 32          | 36        | 18       | 18      |
| Cáceres                    | 115        | -           | 230       | 115      | 115     |
| Campo de Júlio             | 4          | 7           | 8         | 4        | 4       |
| Curvelândia                | 6          | 11          | 12        | 6        | 6       |
| Glória D'Oeste             | 5          | 8           | 10        | 5        | 5       |
| Jauru                      | 17         | 30          | 34        | 17       | 17      |
| Lambari D'Oeste            | 6          | 11          | 12        | 6        | 6       |
| Mirassol D'Oeste           | 31         | 55          | 62        | 31       | 31      |
| Porto Esperidião           | 14         | 24          | 28        | 14       | 14      |
| São José dos Quatro Marcos | 26         | 47          | 52        | 26       | 26      |
| Reserva do Cabaçal         | 3          | 6           | 6         | 3        | 3       |
| Rio Branco                 | 7          | 12          | 16        | 7        | 7       |
| Salto do Céu               | 8          | 13          | 14        | 8        | 8       |
| Vale de São Domingos       | 4          | 8           | 8         | 4        | 4       |
| Vila Bela da SS. Trindade  | 17         | 30          | 34        | 17       | 17      |
| TOTAL                      | 281        | 294         | 562       | 281      | 281     |

Fonte: CIS/MT.

Em junho de 1998, a Secretaria de Estado de Saúde assinou o Termo de Convênio, que prevê o repasse da metade da cota de cada município diretamente para o Consórcio, para fortalecer o custeio.

A partir de 28 de março de 2001, com a criação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, os municípios adimplentes recebem mensalmente um incentivo no valor de 50% de sua parcela. Desse modo, a Secretaria de Estado aplica o mesmo valor que os municípios, para garantir o custeio das ações.

Desde o final de 2001, o Consórcio ampliou seu campo de atuação: gerencia a Central de Regulação e uma Casa de Apoio, com leitos de retaguarda.

A construção do Hospital de referência em Cáceres possibilitou o fortalecimento do Consórcio na região.

A partir da entrada em funcionamento do Hospital Regional, foi feito novo arranjo na relação da SES com os municípios consorciados. O hospital tem capacidade para 110 leitos e oferece assistência especializada em urgência e emergência, internações, cirurgias e apoio diagnóstico, garantindo um atendimento de excelência. O resultado se faz sentir no alto grau de resolutividade.

O hospital está caracterizado como uma referência para urgência geral e pediatria e oferece serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nas seguintes áreas: patologia clínica, endoscopia, mamografia, RX, ultra-sonografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ecocardiograma. A cirurgia ambulatorial atende as áreas de oftalmologia, otorrino, orto-

pedia, ginecologia e cirurgia geral. O hospital será administrado em co-gestão pela Secretaria de Estado da Saúde e os Municípios consorciados, através de um Conselho Diretor, que incorpora a participação dos usuários.

## Saúde Indígena

A população indígena existente na microrregião Oeste Mato-grossense é de 2.199 habitantes, localizados nos municípios de Pontes e Lacerda e Comodoro.

A administração dessas etnias está sob a responsabilidade do município de Vilhena, Estado de Rondônia. A Fundação Médica e Assistencial aos Trabalhadores Rurais de Pontes e Lacerda e o Hospital das Clínicas de Comodoro recebem um incentivo mensal do Ministério da Saúde, para atendimento e internação dos índios.

## Câmara de Compensação de AIH

A Secretaria de Estado de Saúde (SES) vem desenvolvendo, nos últimos anos, importantes ações, como a definição de novos parâmetros na distribuição de Autorização para Internação Hospitalar (AIH). A partir desses parâmetros a SES retirou as AIH's das mãos dos donos dos hospitais, repassando-as para os municípios.

Foram estabelecidas também uma série de normas técnicas, que orientam o gerenciamento de AIH's em Mato Grosso.

Com o objetivo de pactuar a programação, o controle e a avaliação da assistência hospitalar em nível regional, foram criadas as Câmaras de Compensação e Distribuição de AIH's.

235

Estas estão implantadas em todas as Regionais de Saúde e são distribuídas:

- Na Gerência Municipal, cada município tem sua quantia de AIH's definida pelo número populacional.
- A Câmara de Compensação Regional define melhor o destino das AIH's, de acordo com o fluxo de internações de pacientes. A liberação das mesmas é feita por ordem de prioridade:
  - 1°. Para o município-sede de referência de maior complexidade;
  - 2°. Para outros municípios da região que são referência de maior complexidade.

As Câmaras de Compensação Regional deverão ficar com as AIH's destinadas a internações de referência e as cotas de municípios que não possuem hospital credenciado.

A Câmara de Compensação da Microrregião Oeste foi instituída na primeira reunião da Comissão Intergestores Bipartite, em 27/09/95. Nesta, definiu-se que todas as AIH's da região serão distribuídas pela CIB Regional e, a liberação de AIH na Câmara, terá que ter autorização do gestor do município e o laudo. Os municípios que recebem 8% da AIH não deixarão esta na Câmara de Compensação; este tem o direito de internar 1% de sua população nas especialidades. Caso ultrapasse, terão que enviar AIH e todas as internações ocorridas em Clínica Básica. O município deverá também encaminhar a AIH junto.

Para o atendimento das referências em especialidades não existentes no município, ficaram fechadas 238 AIH's na câmara e, para aqueles que não possuem hospital, 215 AIH's.

No mês de outubro do mesmo ano, em reunião extraordinária da CIB regional, foi colocado em discussão o documento de normatização e operacionalização da Câmara de Compensação da Regional de Cáceres, sendo aprovado por unanimidade.

Atualmente, está sendo reformulada esta normatização.

### Levantamento dos Principais Problemas

Os problemas destacados estão relacionados a seguir, agrupados em:

1. Principais agravos;
2. Modelo assistencial;
3. Garantia de acesso aos serviços de saúde e suporte;
4. Assistência farmacêutica;
5. Gestão.

A partir dos dados e indicadores levantados durante o processo de construção do diagnóstico, os gestores e técnicos selecionaram, à luz da realidade local, os principais problemas por eles sentidos, de modo a subsidiar a elaboração do Plano Microrregional.

Problemas Levantados no Fórum de Pactuação – PPI/Assistência Microrregião Oeste-mato-grossense:

#### 1 – Agravos

Alto índice de doenças crônico-degenerativas e alto índice de gestantes adolescentes.

Prevalência de doenças causadas pela ausência ou deficiência de saneamento básico.

#### 2 – Rede de Assistência

Falta de prédio próprio para o funcionamento do Centro Municipal em Vila Bela da Santíssima Trindade, Conquista D'Oeste, Rondolândia e São Domingos (estes 3 últimos são municípios criados em 2001).

Falta de serviço para atendimento às doenças psicossociais.

Inexistência de Programa de Saúde da Família nos municípios de Lambari D'Oeste e Curvelândia.

Inexistência de laboratório próprio nos municípios de Curvelândia e Glória D'Oeste.

Inexistência de Centro de Reabilitação nos municípios de Curvelândia, Lambari D'Oeste, Figueirópolis D'Oeste, Nova Lacerda, Campos de Júlio, Reserva do Cabaçal, Salto do Céu, Porto Esperidião, Vila Bela da Santíssima Trindade e Glória D'Oeste.

Insuficiência de oferta de consultas especializadas e exames nas áreas de dermatologia, neurologia, urologia, cirurgia vascular, otorrinolaringologia e bucomaxilo.

#### 3 – Garantia de Acesso aos Serviços de Saúde e Suporte

Dificuldade para garantir internação através da Central de Vagas de Cáceres e Cuiabá e auxílio do transporte e leito de retaguarda, para os pacientes e acompanhantes em tratamento fora de domicílio.

Grandes distâncias de alguns municípios às unidades de referência ambulatorial e hospitalar.

Falta de ambulância para transporte de pacientes graves e não graves.

Necessidade de implantação de uma Central de Regulação Regional, para atender a todos os municípios da microrregião com coordenação neutra.

#### 4 - Assistência Farmacêutica

Dificuldade para garantir, em quantidade suficiente e com regularidade, medicamentos de hipertensão, diabetes, saúde mental e da mulher.

Repasse de recursos financeiros federais insuficientes para a aquisição de medicamentos básicos.

Irregularidade no cronograma de distribuição de medicamentos, referente à contrapartida do Estado.

Alguns municípios não possuem farmácia básica organizada.

Dificuldade de acesso aos medicamentos de alto custo.

Dificuldade para garantir medicamentos especializados de médio custo, que não constam na lista do Ministério da Saúde e dos medicamentos básicos.

#### 5 - Gestão

237

Rever os critérios de distribuição de quotas de AIH pela Câmara de Compensação.

Gerenciamento do Fundo Municipal pelo Prefeito ou Secretário de Administração e não pelo Secretário Municipal de Saúde.

Longa distância entre os municípios e o município-sede do Escritório Regional, principalmente Rondolândia (300 km).

Dificuldade para compra de exames especializados, devido à tabela diferenciada (ex.: endoscopia).

Existência de assentamento do Movimento dos Sem-Terra, ocasionando aumento de demanda.

Cobrança por fora de consultas, medicamentos, exames (gastro, urologia etc.), de pacientes internados pelo SUS em hospitais credenciados.

Demora na entrega de resultados de exames pelo CECAP e LACEN.

#### 6 - Recursos Humanos

Dificuldade em manter a alta remuneração salarial do profissional de nível superior em Campos de Júlio.

Necessidade de capacitação de profissionais de nível superior nos programas básicos, principalmente nas áreas de doenças crônico-degenerativas, atenção ao adolescente, saúde mental, em vacina BCG, para digitadores, conselheiros e gestores.

## Seleção de Prioridades e Subsídios para o Plano Microrregional

A partir da identificação e seleção dos principais problemas, definiram-se os projetos prioritários e as metas para a elaboração do Plano Microrregional:

- 1) Redução dos agravos de saúde da população, relacionados à atenção básica.
- 2) Mudança no modelo de atenção básica (ênfase na saúde da família e agentes comunitários de saúde).
- 3) Articular referência para os principais agravos relacionados à atenção básica.
- 4) Melhorar a rede de serviços e sistemas de referência da assistência ambulatorial e hospitalar.
- 5) Gestão do SUS.

O detalhamento dos projetos acima citados pode ser conferido no quadro a seguir:

Com o objetivo de facilitar a visualização da Microrregião Oeste-mato-grossense, a partir da organização definida de acordo com a NOAS/01, foram elaborados dois mapas, um, contendo a configuração da microrregião e módulos assistenciais, explicitando-se os municípios pertencentes à microrregião, o município-sede de módulo assistencial, o município-sede da micro e o município sede do Escritório Regional de Saúde. O outro mapa mostra as distâncias entre os municípios da microrregião e a situação das estradas, diferenciando trechos pavimentados e não pavimentados. Acompanhando os mapas, foram elaborados dois quadros com a distribuição dos municípios em relação à sede da microrregião (Cáceres) e os municípios pertencentes aos módulos assistenciais, com o total da população residente e referenciada. No segundo quadro, estão incluídas as distâncias entre os municípios e a respectiva sede de módulo e da sede da microrregião.

238

Considerando as grandes distâncias de alguns municípios à sede do módulo assistencial conforme a configuração proposta pelos gestores, para qualificação da microrregião para curto prazo, foi proposta a configuração de mais dois módulos, a serem implantados de médio a longo prazo, sendo eles:

- Comodoro, como sede de módulo para Rondônia.
- Pontes e Lacerda, como sede de módulo para Vila Bela da Santíssima Trindade, Nova Lacerda, Vale São Domingos e Campos de Júlio.

Prioridades e Metas para Organização da Atenção à Saúde da Microrregião Oeste Mato-grossense

| PROJETOS PRIORITÁRIOS  | METAS   | ONDE   | RESPONSÁVEL |
|--|---|--|-------------|
| I – REDUÇÃO DOS AGRAVOS DA POPULAÇÃO RELACIONADOS À ATENÇÃO BÁSICA | 1. Aumentar à detecção dos casos de Hanseníase.<br>– Tratar 100% dos casos.<br>– Aumentar índice de cura.   | Todos os municípios da Regional                          | SMS/ERS/SES |
|  | 2. Elevar para 85% o percentual de cura da Tuberculose – prioridade municípios com pop. acima de 10.000 hab. (9 munic.).<br>– Reduzir a taxa de abandono em 50%.  | Todos os municípios elencados                            | SMS/ERS/SES |
|  | 3. Capacitar 50% das ESFs em AIDPI.   | Na Regional, para município onde tem PSF                 | SMS/ERS/SES |
|  | 4. Garantir acompanhamento de 50% de pacientes Diabéticos e Hipertensos cadastrados e em tratamento.  | Município onde tem PSF                                   | SMS/ERS/SES |
|  | 5. Acompanhar 50% dos egressos hospitalares.  | Cáceres, S. J. dos Quatro Marcos e Mirassol D'Oeste      | SMS/ERS/SES |
|  | 6. Aumentar para 80% o número de Gestantes cadastradas em 06 consultas de pré-natal.<br>Implantar o Programa de Atendimento Humanizado à Gestante.  | Todos os municípios da Regional                          | SMS/ERS/SES |
|  | 7. Aumentar a cobertura vacinal acima de 80%.   | Todos os municípios da Regional                          | SMS/ERS/SES |
|  | 8. Implementar os Procedimentos Coletivos Odontológicos.  | Todos os municípios da Regional                          | SMS/ERS     |
|  | 9. Garantir a oferta dos medicamentos básicos, pactuados na CIB para 100% dos municípios.   | Todos os municípios da Regional                          | SMS/ERS     |
|  | 10. Realizar treinamento e capacitação dos profissionais de saúde relacionados aos principais agravos nos problemas de saúde da atenção básica relacionada à criança, ao adolescente, adulto (mulher, homem e ao idoso) como por ex. AIDPI, planejamento familiar, pré-natal, vacinas, aleitamento materno. |  |             |
| II – MUDANÇAS NO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA                          | 1. Garantir cobertura de 50% da população com ESF.  | Municípios com PSF implantados e municípios interessados | SMS/ERS     |
| a) - Saúde da Família<br>b) - Agente Comunitário de Saúde          | – Garantir 100% de cobertura de Agentes de Saúde.   |  |             |
|  | – Implantar o PASCAR em 100% dos municípios com o assentamento rural.<br>Expandir e melhorar a rede física e tecnológica das unidades do PSF.   |  |             |

continua...

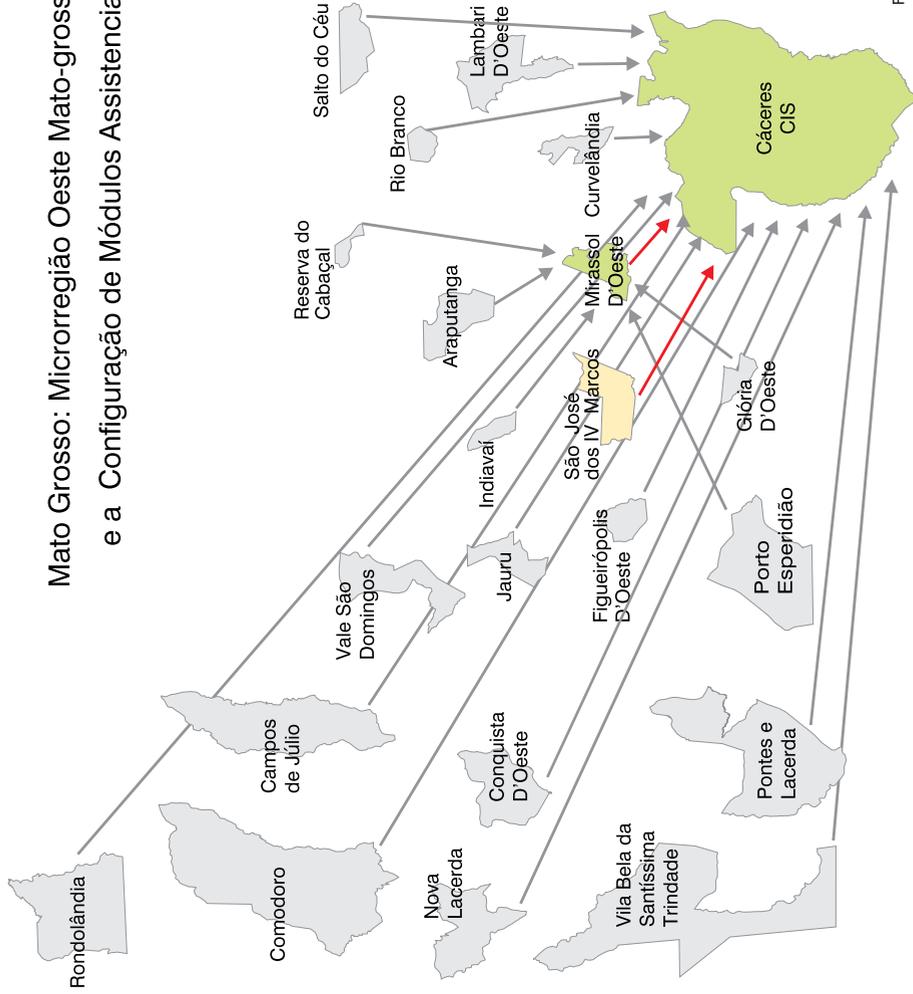
| PROJETOS PRIORITÁRIOS   | METAS  | ONDE  | RESPONSÁVEL   |  |
|---|--|---|---|--|
| III – ARTICULAR REFERÊNCIA PARA OS PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADOS À ATENÇÃO BÁSICA | 1. Garantir o acesso aos serviços de referência para 100% dos municípios.<br>1.1. implementar os serviços e procedimentos ambulatoriais, definidos no primeiro nível nos módulos assistenciais (USG, RAI0 X, ECG, Laboratório Patologia Clínica, Cirurgias e Pronto Atendimento 24 horas).<br>1.2. garantir internação em Clínica Médica Pediátrica e Parto Normal a 100% dos municípios.<br>1.3. implantar referência ambulatorial, hospitalar e SADT para principais endemias.<br>1.4. implementar serviços de referência secundária para portadores de Hipertensão, Diabetes e Câncer.<br>1.5. implementar referência secundária em ginecologia, pediatria e obstetria.<br>1.6. implementar referência para DST/HIV/AIDS.<br>– implantar Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA.<br>1.7. implementar o atendimento à gestante de alto risco (Urgência/Emergência).<br>– implantar o Sistema de Atendimento Emergencial, pré-hospitalar – SIATE.<br>– implementar as cirurgias especializadas no Hospital Regional.<br>1.8. implementar o centro de especialidades regional.<br>1.9. implantar CAPS.<br>1.10. implantar centro de reabilitação.<br>1.11. expandir a hemorrede.<br>1.12. implementar a rede de laboratórios de análises clínicas I e II e citonotomo patológico.<br>1.13. implementar a rede especializada de odontologia. | Todos os municípios da Regional Cáceres, S. J. dos Quatro Marcos e Mirassol DOeste<br><br>Todos os municípios que contêm rede hospitalar<br><br>Todos os municípios da Regional<br><br>Em municípios Sede de Módulo<br><br>Cáceres, S. J. dos Quatro Marcos e Mirassol DOeste<br>Cáceres – Todos os municípios que contêm rede hospitalar<br><br>Hospital São Luiz Cáceres<br>Hospital Regional de Cáceres<br><br>Cáceres | SMS/ERS/SES<br>SMS/ERS/SES<br><br>SMS/ERS/SES<br><br>SMS/ERS<br><br>SMS/ERS/SES<br>SMS/ERS/SES<br><br>SMS/ERS/SES/CIS<br><br>ERS/SES Corpo de Bombeiros |  |
|   | IV – MELHORAR A REDE DE SERVIÇOS E SISTEMA DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL/HOSPITALAR  | 1. Promover capacitação de Recursos Humanos nas diversas áreas, técnico de Raio X, laboratório, administração e assistência hospitalar, urgência e emergência, assistência ao parto de baixo e alto risco, assistência ao recém-nascido, Reabilitação, parto humanizado e Iniciativa Hospitalar Amigo da Criança – IHAC   |   |  |
|   |  | 2. Implementar Sistema de controle e avaliação e auditoria na microrregião.<br>– avaliar a camará de compensação.   |   |  |
|   |  | 3. Melhorar a rede física e tecnológica dos serviços assistenciais especializados do SUS.   |   |  |
|   |  | 4. Implementar hospitais Amigos da Criança e parto humanizado.  |   |  |

continua...

| PROJETOS PRIORITÁRIOS | METAS   | ONDE                                 | RESPONSÁVEL     |
|-----------------------|---|--------------------------------------|-----------------|
| V - GESTÃO DO SUS     | 1. Implantar e funcionar a Central de Regulação Regional.<br>- articular casas de apoio e leito de reguarda para pacientes em TFD.  | Cáceres                              | SMS/ERS/SES/CIS |
|                       | 2. Implementar o Consórcio com adesão para os municípios não consorciados.  | Todos os municípios não consorciados | SMS/ERS/SES/CIS |
|                       | 3. Implantar e implementar 100% dos Conselhos Municipais de Saúde<br>- realizar capacitação e orientação aos CMS.   | Todos os municípios da Regional      | SMS/ERS/SES     |
|                       | 4. Aquisição de ambulâncias pelo Estado para os municípios e hospitais regional (pacientes graves).   | Todos os municípios da Regional      | SMS/ERS/SES     |
|                       | 5. Melhorar a resolutividade do Consórcio nas especialidades e diagnóstico.   |                                      |                 |
|                       | 6. Criação do ERS em Pontes e Lacerda.  |                                      |                 |
|                       | 7. Criar mecanismos de intermediação do ERS na contratação de profissionais médicos em relação ao piso salarial.  |                                      |                 |
|                       | 8. Implantação de sistema de malote de programas via INTERNET para transmissão de produtividade e relatórios.   |                                      |                 |
|                       | 9. Assistência farmacêutica.<br>- cooperativa/consórcio para aquisição de medicamentos básicos.<br>- rever os critérios de programação de medicamentos sob responsabilidade da SES, baseado no cadastro dos pacientes.<br>- promover a capacitação de gestores e técnicos envolvidos na assistência farmacêutica. |                                      |                 |
|                       | 10. Promover a articulação com outros setores do governo para a construção de rede de saneamento básico em todos os municípios.   |                                      |                 |
|                       | 11. Qualificar a rede de informática a capacitar Recursos Humanos na área de sistema de informações.  |                                      |                 |
|                       | 12. Promover capacitação e encontros de sensibilização dos gestores.  |                                      |                 |

Fonte: Escritório Reg. Saúde de Cáceres.

### Mato Grosso: Microrregião Oeste Mato-grossense e a Configuração de Módulos Assistenciais



Setas cinzas:  
Indica a sede de módulo de referência para aquele Município

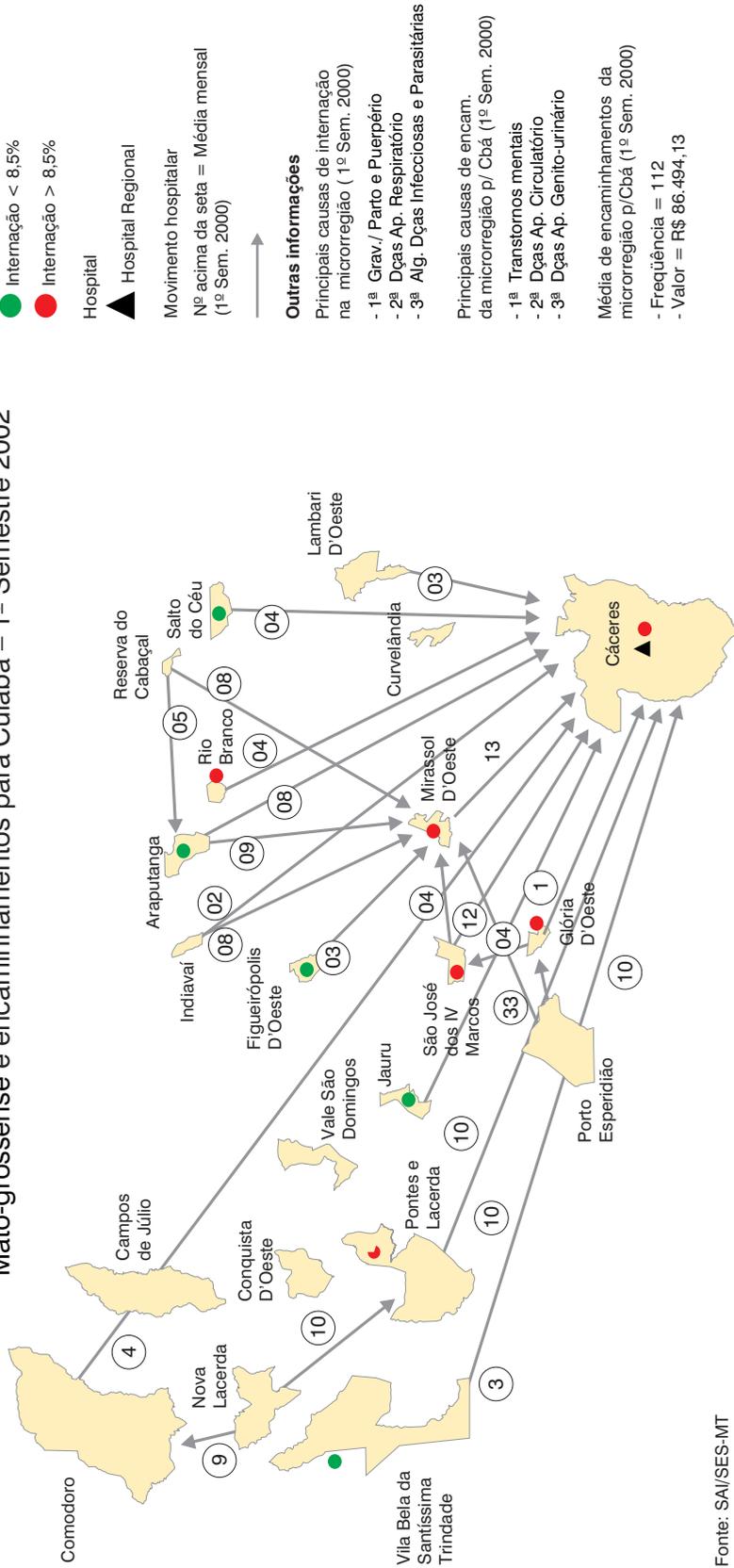
**Setas vermelhas:**  
Indicam o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Sigla: CIS  
Indica o Município sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde

- Mapas :
- Município Sede de Módulo Assistencial
  - Município Módulo Assistencial para sua própria população
  - Município Adscrito ao Módulo Assistencial

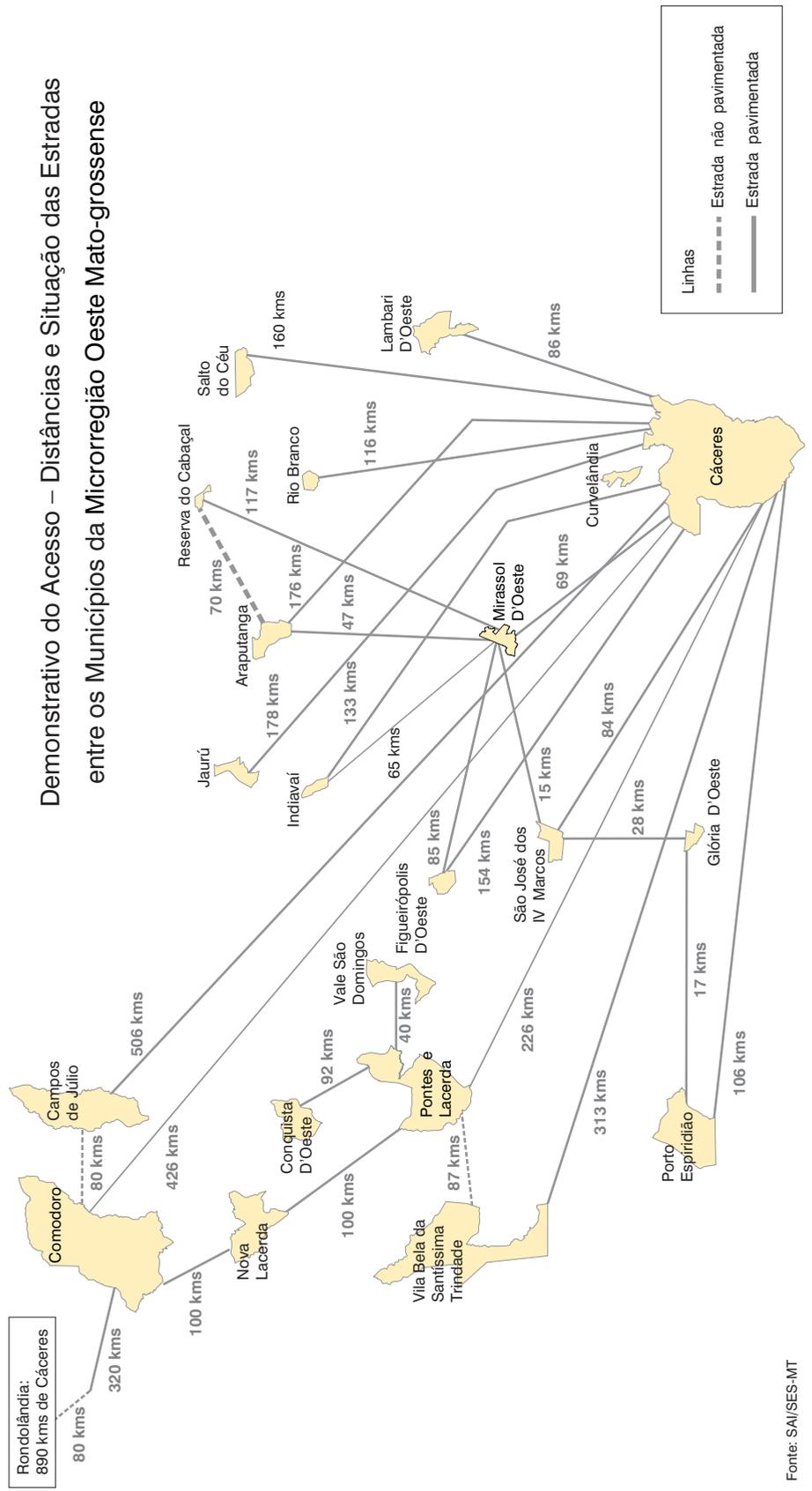
Fonte: SAI/SES-MT

## Movimento das Internações Hospitalares na Microrregião Oeste Mato-grossense e encaminhamentos para Cuiabá – 1º Semestre 2002



Fonte: SAI/SES-MT

### Demonstrativo do Acesso – Distâncias e Situação das Estradas entre os Municípios da Microrregião Oeste Mato-grossense



Acesso Rodoviário na Microrregião

| MUNICÍPIOS-SEDE DE MÓDULO      | MUNICÍPIOS ADSCRITOS         | DISTÂNCIA DO MUNICÍPIO-SEDE MÓDULO |                 | DISTÂNCIA DO MUNICÍPIO-PÓLO |                 |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|
|                                |                              | Pavimentado                        | Não Pavimentado | Pavimentado                 | Não Pavimentado |
| 1 - CÁCERES                    | 1. Curvelândia               | 56 km                              | -               | 56 km                       | -               |
|                                | 2. Lambari D'Oeste           | 86 km                              | -               | 86 km                       | -               |
|                                | 3. Rio Branco                | 101 km                             | -               | 101 km                      | -               |
|                                | 4. Salto do Céu              | 116 km                             | -               | 116 km                      | -               |
|                                | 5. Comodoro                  | 419 km                             | -               | 419 km                      | -               |
|                                | 6. Vila Bela da SS. Trindade | 262 km                             | 43 km           | 262 km                      | 43 km           |
|                                | 7. Campos de Júlio           | 419 km                             | 80 km           | 419 km                      | 80 km           |
|                                | 8. Conquista D'Oeste         | 319 km                             | -               | 319 km                      | -               |
|                                | 9. Vale São Domingos         | 185 km                             | 35 km           | 185 km                      | 35 km           |
|                                | 10. Nova Lacerda             | 327 km                             | -               | 327 km                      | -               |
|                                | 11. Pontes e Lacerda         | 227 km                             | -               | 227 km                      | -               |
|                                | 12. Rondoniândia             | 830 km                             | 80 km           | 830 km                      | 80 km           |
| 2 - MIRASSOL D'OESTE           | 1. Araputanga                | 47 km                              | -               | 117 km                      | -               |
|                                | 2. Indiavaí                  | 65 km                              | -               | 135 km                      | -               |
|                                | 3. Glória D'Oeste            | -                                  | 18 km           | 92 km                       | -               |
|                                | 4. Reserva do Cabaçal        | 47 km                              | 70 km           | 117 km                      | 70 km           |
|                                | 5. Porto Esperidião          | 73 km                              | -               | 106 km                      | -               |
|                                | 6. Figueirópolis D'Oeste     | 85 km                              | -               | 155 km                      | -               |
|                                | 7. Jauru                     | 109 km                             | -               | 180 km                      | -               |
| 3 - SÃO JOSÉ DOS QUATRO MARCOS | - (sozinho)                  | -                                  | -               | 84 km                       | -               |

Fonte: Escritório Regional de Saúde de Cáceres, 2001.

Obs.: Foi proposta a criação de mais dois módulos em Comodoro e Pontes e Lacerda, a serem implantados a médio e longo prazos.

## Configuração dos Módulos Assistenciais da Microrregião Oeste Mato-grossense

| MUNICÍPIO SEDE DA MICRORREGIÃO  | SEDE MÓDULO ASSISTENCIAIS (M1)          | MUNICÍPIOS ADSCRITOS NOS MÓDULOS ASSISTENCIAIS  | POPULAÇÃO RESIDENTE   | POPULAÇÃO REFERENCIADA |
|---|---|---|---|------------------------|
| 1. CÁCERES (Referência p/ 22 Municípios) EM MÉDIA 2 e 3 E ALTA COMPLEXIDADE | I - São José dos Quatro Marcos (Módulo) | (Sozinho)   | 21.196  | -----                  |
|   | II - MIRASSOL DOESTE                    | Mirassol D'Oeste<br>1. Araputanga<br>2. Indiavaí<br>3. Glória D'Oeste<br>4. Reserva do Cabaçal<br>5. Porto Esperidião<br>6. Figueirópolis<br>7. Jauru<br><b>Total</b>   | 22.642<br>14.287<br>1.584<br>3.286<br>2.363<br>6.736<br>4.085<br>10.488<br><b>65.471</b>  | <b>42.829</b>          |
|   | III - CÁCERES                           | Cáceres<br>1. Curvelândia<br>2. Lambari D'Oeste<br>3. Rio Branco<br>4. Salto do Céu<br>5. Comodoro<br>6. Vila Bela<br>7. Campos de Júlio<br>8. Conquista D'Oeste<br>9. Vale São Domingos<br>10. Nova Lacerda<br>11. Pontes e Lacerda<br>12. Rondolândia<br><b>Total</b> | 81.269<br>4.518<br>4.642<br>5.593<br>4.752<br>16.338<br>11.082<br>1.902<br>2.584<br>3.227<br>4.474<br>35.563<br>4.027<br><b>179.969</b> | <b>98.699</b>          |

Fonte: Escritório Regional de Saúde de Cáceres, 2001.

## PROGRAMAÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA

A programação dos tetos físico e financeiro da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, dos municípios da Microrregião Oeste mato-grossense, foi elaborada, seguindo a metodologia definida no manual da PPI e as orientações estabelecidas na NOAS-SUS e Portaria GM/MS 95, de 26/01/2001, que define os tetos de recurso federal, para o atendimento da população residente e referenciada, independente da condição de gestão do município.

A programação constante no quadro a seguir demonstra que os municípios com maior fluxo de referência ambulatorial (de média complexidade) são Cáceres e Mirassol D'Oeste, cuja oferta se dá pela pactuação do Consórcio Intermunicipal de Saúde, principalmente consultas especializadas, procedimentos e exames.

Na área ambulatorial de alta complexidade, são também os municípios de Mirassol D'Oeste (hemoterapia) e Cáceres (hemoterapia, terapia renal substitutiva e tomografia), que possuem os serviços cadastrados.

Na área hospitalar, os municípios de Glória D'Oeste, Araputanga, Rio Branco, Pontes e Lacerda e Comodoro são referência em clínicas básicas, para os municípios que não possuem hospital. Os municípios de Mirassol D'Oeste e Cáceres oferecem internações especializadas viabilizadas através do Consórcio.

A abertura do Hospital Regional de Cáceres, em outubro/2001, sob gestão do Estado, vem consolidar a referência regional e ampliar o acesso da população da microrregião às especialidades, aos serviços e às cirurgias especializadas, inclusive na área de trauma e gestante de risco. Este processo de pactuação das referências nesta microrregião está em fase avançada, devido à articulação do Consórcio.

Considerando que o recurso federal do teto do Estado ainda é insuficiente para o financiamento do custeio das ações de saúde, o volume de recursos alocados na definição dos tetos da microrregião não corresponde ao total da capacidade instalada dos municípios e nem representa o total de procedimentos previstos no parâmetro de necessidade da PPI. Porém, sua adequação e distribuição buscam uma maior equidade *per capita* entre municípios, priorizando aqueles que garantem maior número de atendimento de referência do 1º e 2º níveis de complexidade.

O Estado, através do Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros Fundo-a-Fundo, instituído pelo Decreto Nº 2.312, de 12/02/01, repassa mensalmente aos municípios recursos destinados ao custeio da assistência nas áreas de Programa de Saúde Familiar e Comunitária, Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS, Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentamentos Rurais – PASCAR e Programa de Incentivo à Microrregionalização de Saúde nas áreas de hemoterapia, reabilitação e CAPS, cujo valor executado nesta microrregião, no ano de 2001, foi de R\$ 922.828,18.

O Estado também participa diretamente do financiamento do Consórcio com recursos próprios, cujo valor anual é de aproximadamente R\$ 240.000,00, o que corresponde a um total de 50% de contrapartida dos municípios.

A partir de 2002, a participação financeira do Estado no Consórcio vai aumentar, em decorrência do funcionamento do Hospital Regional e da nova pactuação com os municípios consorciados.

O novo convênio entre a Secretaria de Estado e o Consórcio eleva a participação financeira dos municípios e da SES.

Além disso, todas as despesas de custeio do Hospital correrão por conta do orçamento estadual, o que ainda não pode ser precisado com exatidão, apesar de estar previsto, no exercício orçamentário de 2002, o montante de R\$ 7.200.000,00 para tal finalidade.

Vale ressaltar que nesta fase de trabalho da PPI não foi possível mensurar a contrapartida municipal no financiamento das ações e serviços de saúde, uma vez que nem todos os municípios estão informando o SIOPS (Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde). Quanto à contrapartida do Estado, é possível levantar apenas os recursos destinados aos consórcios e transferências fundo-a-fundo, ficando excluídos recursos de convênio e investimentos em obras, equipamentos, ambulâncias e recursos humanos, além dos recursos indiretos destinados à capacitação de recursos humanos, cooperação técnica e articulação.

Pela grandeza do trabalho realizado e a ausência de um centro de custo e acompanhamento do orçamento e financiamento da microrregião através do SIOPS, apontamos a criação deste elemento como uma das prioridades para o plano Microrregional da Saúde.

Demonstrativo Financeiro da Microrregião Oeste Mato-grossense

| Município               | PAB Fixo            | FAE                 | PACS              | PSF                 | Inc. Saúde Bucal | Epidem. e Confr. Doenças | Farmácia Básica   | Incentivo VISA   | Inc. Ações Comb. Car. Nutricionais | Cad. Nac. Usuários SUS | Inc. Saúde Indígena | Inc. Adic. ao Prog. de Int. do Trab. em Saúde | TOTAL/MUNICÍPIO      |
|-------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|--------------------------|-------------------|------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------|---|----------------------|
| Araputanga              | 141.624,00          | 34.131,91           | 48.033,15         | 38.520,00           | -                | 46.223,28                | 14.161,98         | 3.490,54         | 15.120,00                          | 462,00                 | -                   | -   | 341.766,86           |
| Comodoro                | 161.862             | 47.803,53           | 36.666,53         | 84.150,00           | 5.333,32         | 86.618,40                | 110.892,00        | 4.046,55         | 17.280,00                          | -                      | 13.890,00           | -   | 588.542,33           |
| Figueiropolis D'Oeste   | 55.032,00           | 7.783,71            | -                 | -                   | -                | 12.516,60                | 4.097,52          | 1.024,35         | 6.435,00                           | 320,00                 | -                   | -   | 87.209,18            |
| Glória D'Oeste          | 39.747,00           | 15.105,26           | -                 | -                   | -                | 11.981,64                | 3.271,47          | 817,89           | 378,00                             | -                      | -                   | -   | 71.303,26            |
| Conquista D'Oeste       | 2.204,00            | -                   | -                 | -                   | -                | -                        | -                 | 55,08            | -                                  | 77,92                  | -                   | -   | 2.337,00             |
| Indiavaí                | 16.293,00           | 9.455,73            | 8.799,96          | 54.000,00           | 10.416,65        | 5.155,20                 | 1.702,74          | 425,70           | 2.430,00                           | -                      | -                   | -   | 108.678,98           |
| Jauru                   | 126.852,00          | 34.319,18           | 41.799,87         | 83.016,00           | 4.333,32         | 30.468,72                | 1.045,76          | 2.496,49         | 15.592,50                          | 268,20                 | -                   | -   | 340.192,011          |
| Mirassol D'Oeste        | 281.370,00          | 129.059,58          | 37.399,93         | 24.650,00           | -                | 65.574,00                | 22.389,96         | 5.597,52         | 23.490,00                          | 862,92                 | -                   | -   | 590.393,91           |
| Lambari D'Oeste         | 60.153,00           | 12.399,90           | 20.899,98         | -                   | -                | 15.736,80                | 4.464,96          | 1.209,04         | 5.670,00                           | -                      | -                   | -   | 120.533,68           |
| Nova Lacerda            | 36.513,00           | 4.010,60            | -                 | -                   | -                | 14.480,16                | 3.651,24          | 840,49           | 4.590,00                           | 121,74                 | -                   | 10.000,00                                     | 74.207,23            |
| Pontes e Lacerda        | 360.750,00          | 248.753,95          | 48.949,86         | 27.899,00           | -                | 138.042,12               | 36.073,98         | 9.018,51         | 47.250,00                          | 1.986,98               | 7.000,00            | -   | 925.724,40           |
| Porto Esperidião        | 81.831,00           | 34.775,66           | 1.100,00          | 8.435,00            | -                | 23.838,98                | 7.606,23          | 1.901,52         | -                                  | 596,28                 | -                   | -   | 160.084,67           |
| Vale São Domingos       | 2.750,00            | -                   | -                 | -                   | -                | -                        | -                 | 68,73            | -                                  | 107,18                 | -                   | -   | 2.925,91             |
| Reserva do Cabaçal      | 39.717,00           | 15.130,71           | 13.199,96         | 540.900,00          | 5.416,65         | 7.098,96                 | 2.346,54          | 586,62           | 3.780,00                           | 72,63                  | -                   | -   | 628.249,07           |
| Rio Branco              | 62.415,00           | 40.206,98           | 23.099,96         | 90.412,00           | 15.833,33        | 18.291,48                | 5.442,48          | 1.672,56         | 7.830,00                           | 152,16                 | -                   | -   | 265.355,95           |
| Salto do Céu            | 52.305,00           | 23.646,55           | 19.433,26         | 77.500,00           | -                | 14.942,40                | 4.884,00          | 1.221,00         | 7.830,00                           | 165,39                 | -                   | -   | 201.927,60           |
| S. J. dos Quatro Marcos | 221.772,00          | 106.959,42          | 52.433,20         | 174.823,00          | 6.500,00         | 69.015,36                | 20.729,22         | 5.182,29         | 20.250,00                          | 712,32                 | -                   | -   | 678.376,81           |
| Vila Bela da SS. Trind. | 117.663,00          | 61.260,12           | 1.833,30          | -                   | -                | 16.742,20                | 11.766,24         | 2.941,56         | 16.470,00                          | -                      | -                   | 20.000,00                                     | 248.676,42           |
| Campos de Júlio         | 22.104,00           | 9.610,76            | 8.799,96          | -                   | -                | 15.829,20                | 7.837,50          | 552,60           | 1.890,00                           | -                      | -                   | -   | 66.624,02            |
| Cáceres                 | 859.752,00          | 2.287.046,24        | 160.233,10        | 283.815,00          | 16.250,00        | 265.692,00               | 80.201,28         | 20.050,32        | 94.770,00                          | -                      | -                   | -   | 4.067.809,94         |
| <b>TOTAL GERAL</b>      | <b>2.742.709,00</b> | <b>3.121.461,79</b> | <b>522.682,02</b> | <b>1.488.120,00</b> | <b>64.083,27</b> | <b>858.247,50</b>        | <b>342.565,10</b> | <b>63.199,93</b> | <b>291.055,55</b>                  | <b>5.905,72</b>        | <b>20.890,00</b>    | <b>30.000,00</b>                              | <b>9.550.919,231</b> |

Fonte: SA/SES-MT.

## ORGANIZAÇÃO E REDAÇÃO

Organizadora e Redatora Geral  
Fátima T. Schrader

## COLABORADORES NA ORGANIZAÇÃO E REDAÇÃO

Gláucia da Silva Macêdo  
Heliane Lino de Paula Salies  
Oliani Nouey Machado Godoy  
Simone Scharbel

### REVISORES

Fátima T. Schrader

## MAPAS E ILUSTRAÇÕES

### Mapas

Gláucia da Silva Macedo

### Ilustrações

Gláucia da Silva Macêdo

### Digitação

Gláucia da Silva Macedo  
Helbel Pinho  
Karen Matsumoto

## COLABORADORES ESPECIAIS

### SES

Alice Harumi Matsumoto  
Áurea Assis Lambert  
Rose Maria Peralta Guilherme Fava  
Suzilei Lourenço dos Santos  
Cristina Fernandes Vidziunas  
Gabriel Vinagre  
Wellyngton Alessandro Dolce

### ERS de Cáceres

Altamira Dalto Ferraz  
Clévio Octávio Borges Ferraz

PARTICIPANTES NA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE  
METODOLOGIA E REALIZAÇÃO DOS FÓRUNS MICRORREGIONAIS

NÍVEL CENTRAL

SUPERVISÃO GERAL

Fátima Ticianel Schrader

Superintendente de Atenção Integral à Saúde

Joilce Pinho Grunwald

Assessora Especial

Maria José Vieira da S. Pereira

Superintendente Adjunta

Nelma Lúcia de Pinho Bellato

Coordenadora de Programação, Controle e Avaliação da Assistência à Saúde

251

EQUIPE TÉCNICA

Cleuta Forte Daltro do Nascimento

Gláucia da Silva Macêdo

Heliane Lino de Paula Salies

Landrimar Trindade

Mailza P. S. Campos

Maria Auxiliadora da Silva

Meriene F. Catalá Jorge

Oliani Nouey Machado Godoy

Zuleide Pulchério Klein

EQUIPE TÉCNICA DE INFORMÁTICA

André Luís Welter

Everaldo G.B. Rodrigues

John Lenon Lúcio de Moraes

José Luiz Coutinho Nascimento

Wanderley da Costa Barros

Wellyngton Alessandro Dolce

## NÍVEL REGIONAL

### Escritórios Regionais

#### DIRETORES

Água Boa - Tânia Segura  
Alta Floresta - Miriam Godinho Ferreira de Melo  
Barra do Garças - Dr. Rubens Willam F. Cunha  
Cáceres - Haroldo Luiz Marques  
Cuiabá - Rita Christina Martins Borges  
Diamantino - Juarez Falcão de Barros  
Juara - Dennis Cristian Cardoso  
Juína - Jucélia Clara Nunes de Souza  
Peixoto de Azevedo - Guilherme de S. Nogueira  
Porto Alegre do Norte - Angela Maria L. Sander  
Rondonópolis - Dejanira Amaral Logrado  
Sinop - Cecília Nogami  
Tangará da Serra - Nereide Lúcia Martinelli

#### RESPONSÁVEIS PELA ÁREA TÉCNICA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Água Boa – Claci Bortolanza  
Alta Floresta – Evânia Roman  
Barra do Garças – Alice D. Medeiros  
Cáceres – Clévio Otávio B. Ferraz  
Cuiabá – Norma D. M. Amorim  
Diamantino – Gustavo Rodrigues  
Juína – Ana Paula Marques  
Porto Alegre do Norte – Carla C. S. Lopes  
Rondonópolis – Francília Rodrigues  
Sinop – Helena Y. Miyashia  
Tangará da Serra – Claudete L. Sevariz

## NÍVEL MUNICIPAL

### Secretarias Municipais de Saúde

Nos Planos Microrregionais estarão os nomes de todos os participantes em cada uma das oficinas.

# Agradecimentos

---

A Deus,

A todos os Técnicos da SAI que colaboraram com informações para produção do texto;

Aos Gerentes da SAI que estavam sempre à disposição durante o processo de construção deste;

Aos Técnicos do Escritório Regional da Microrregião Oeste Mato-grossense cuja colaboração foi imprescindível para que este trabalho fosse concluído;

Aos Técnicos de todos os Escritórios Regionais do Estado de Mato Grosso;

A todos os municípios do Estado de Mato Grosso que receberam as equipes na construção da PPI, enriquecendo o processo a cada etapa;

A todos aqueles que colaboraram direta e/ou indiretamente.

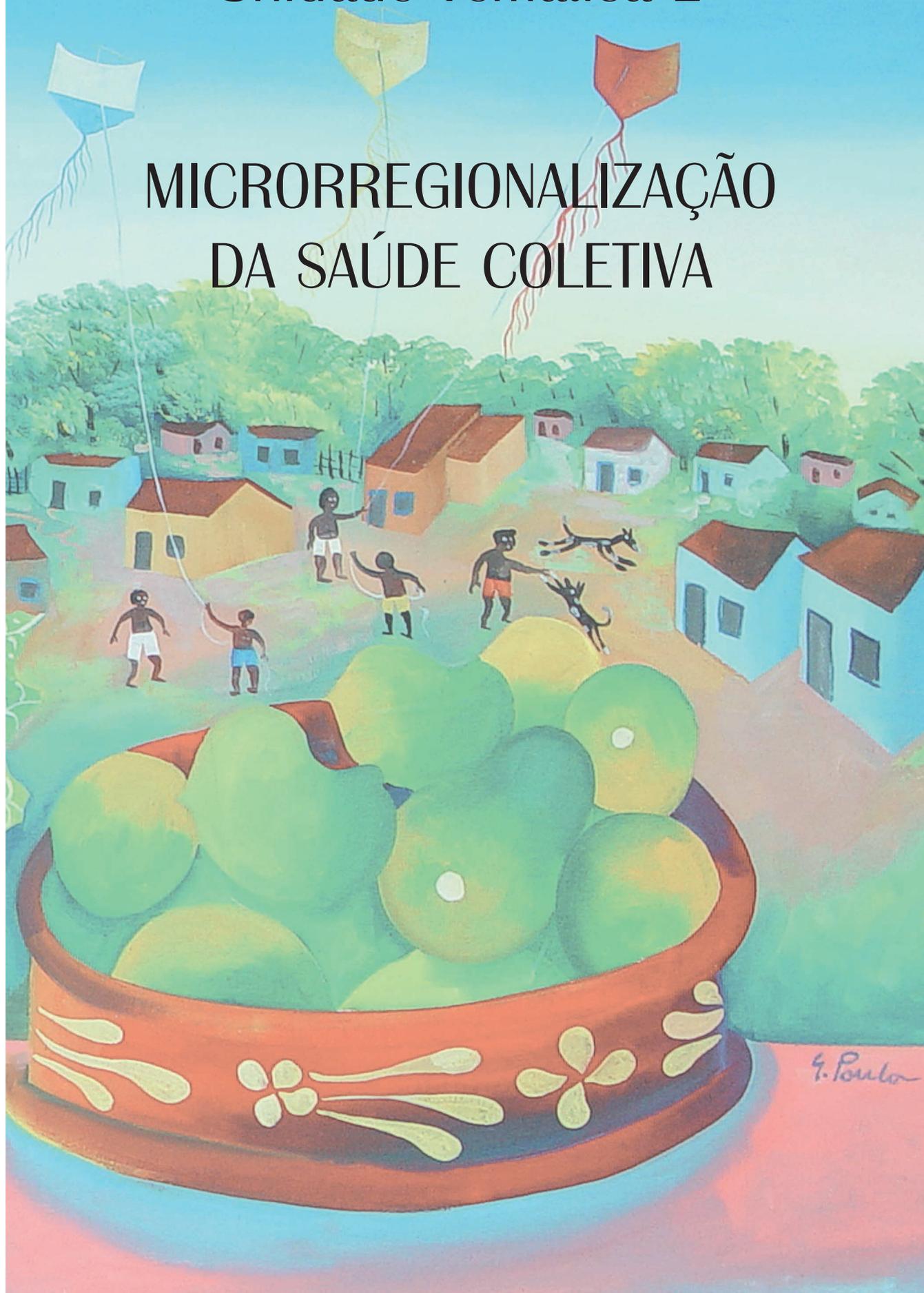
“A razão nos torna diferentes,  
mas não superiores;  
o homem não tem valor algum  
se não souber  
o significado do amor.”

Anônimo



## Unidade Temática 2

# MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA





|  |     |
|--|-----|
| Apresentação .....   | 259 |
| <b>I</b>   |     |
| <b>A MUNICIPALIZAÇÃO E A REGIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA<br/>SANITÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO</b>                       |     |
| <i>Mara Castrillon Ibáñez</i> .....  | 261 |
| 1. Introdução .....  | 261 |
| 2. Estratégias Adotadas .....  | 263 |
| 3. Considerações Finais .....  | 264 |
| <b>II</b>  |     |
| <b>PLANO MICRORREGIONAL DE SAÚDE COLETIVA: UMA PROPOSTA<br/>EM BUSCA DA INTEGRALIDADE DAS AÇÕES</b>                    |     |
| <i>Euze Márcio de Souza Carvalho, Samia Nadaf e cols.</i> .....  | 265 |
| 1. Conceito, Objetivos e Metodologia .....   | 265 |
| 2. Operacionalização .....   | 266 |
| 2.1. Diagnóstico .....   | 266 |
| 2.2. Oficina .....   | 267 |
| 3. Produtos e Desdobramentos .....   | 268 |
| 4. Resultados Parciais Alcançados e Potencial dos Processos de<br>Microrregionalização da Saúde Coletiva .....         | 269 |
| 5. Considerações Finais .....  | 270 |
| <b>III</b>   |     |
| <b>OFICINAS MICRORREGIONAIS DE AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA<br/>EM MATO GROSSO: RUMO À INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO</b>         |     |
| <i>Luísa Guimarães e Eduardo Guerrero</i> .....  | 271 |
| Apresentação .....   | 271 |
| 1. Introdução .....  | 272 |
| 2. Estrutura da Oficina de Microrregionalização de Saúde Coletiva:<br>Concepção, Método, Dinâmica e Instrumentos ..... | 274 |
| 2.1. Concepção da Proposta .....   | 274 |
| 2.2. Método da Microrregionalização das Ações de Saúde Coletiva .....  | 275 |
| 2.3. Dinâmica das Oficinas de Microrregionalização .....   | 276 |
| 2.4. Instrumentos para Diagnósticos e Pactuação<br>das Ações de Saúde Coletiva .....                                   | 278 |

|  |     |
|--|-----|
| 3. Resultados Alcançados e Potenciais do Processo de Oficinas<br>Microrregionais de Saúde Coletiva ..... | 278 |
| 4. Condições Fundamentais para o Avanço da Saúde Coletiva Rumo<br>à Integralidade da Atenção .....       | 280 |
| 5. Questões do Processo de Programação de Ação de Saúde Coletiva .....                                   | 280 |
| 6. Fontes e Documentos de Apoio .....  | 281 |
| 7. Referências Bibliográficas .....  | 282 |
| IV   |     |
| INSTRUMENTOS PARA DIAGNÓSTICO E PROGRAMAÇÃO<br>DA SAÚDE COLETIVA   |     |
| Anexos .....   | 283 |

# Apresentação

---

Os textos a seguir fazem parte do eixo temático da saúde coletiva, englobando as áreas das vigilâncias ambiental, sanitária e epidemiológica. O processo de descentralização e municipalização destas áreas iniciou-se ainda em 1996, seguindo o impulso das Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, sendo liderado pelas Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

A inclusão do artigo que aborda a Vigilância Sanitária é um reconhecimento do papel pioneiro da VISA, no processo de descentralização das ações das vigilâncias.

Posteriormente, com o processo de descentralização das ações de controle de endemias e da própria Fundação Nacional de Saúde, foram dadas todas as condições (governabilidade, instrumentos de gestão, recursos financeiros descentralizados etc.), para que os Estados e Municípios pudessem estabelecer, de modo articulado e integrado, o processo de planejamento estratégico para o enfrentamento dos problemas ambientais, epidemiológicos e sanitários prioritários no âmbito municipal, regional e estadual. Este é o desafio colocado para a organização dos serviços de saúde pública, muito mais que uma proposta limitada de elaborar planilhas, com metas e indicadores definidos centralizados e verticalizadamente. É muito grande a responsabilidade dos técnicos estaduais e federais da área das vigilâncias: construir uma estratégia de “verdadeira cooperação técnica”, voltada para a integralidade das ações de saúde, no espaço municipal e microrregional.

Aqui, cabe uma observação a respeito da planilha proposta pela FUNASA para os Parâmetros de Programação, para Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, denominada PPI/ECD: trata-se de uma esforço válido para “sinalizar” ações e metas prioritárias, nada mais. Só se pode avançar no sentido de uma “programação e pactuação” a partir de estratégias e métodos que viabilizem um conhecimento objetivo da realidade, dos problemas, dos meios, dos recursos e que propiciem a análise e a construção conjunta, em parceria, aí, sim, da programação e pactuação. E este pode ser um excelente mote para o desenvolvimento da “cooperação técnica” entre o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais.

Finalmente, dizer que os textos apresentados a seguir refletem um pouco do nosso esforço e um retrato do momento que estamos vivendo, para tentar construir um novo modelo que integre ações individuais e coletivas de saúde. Os comentários e os questionamentos que Luisa e Eduardo fazem às nossas oficinas, seguramente vão contribuir para a superação das nossas dificuldades.

*Júlio Strubing Müller Neto*  
Secretário de Estado de Saúde



# I – A Municipalização e a Regionalização da Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso

---

Mara Castrillon Ibáñez<sup>94</sup>

## 1 – INTRODUÇÃO

Dentro da política de descentralização das ações da Vigilância Sanitária, colocada em prática a partir da realização de diversas oficinas que acontecem desde 1996, para avaliação das ações desenvolvidas no espaço municipal, regional e central, com o objetivo de avaliar o que vinha sendo realizado no município nas ações de baixa complexidade, discutir os aspectos positivos e negativos detectados, promovendo medidas estratégicas de correção.

261

A Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso atualmente é regulada pela Lei estadual nº 7.110, de 10/02/1999, o Código Sanitário Estadual. O decreto nº 2.636, de 04/11/1998, que aprovou o Regimento Interno da SES, detalha no Artigo 17, seção I, do capítulo VI, as atribuições da Vigilância Sanitária Estadual, resultado de algumas oficinas de trabalho. A Vigilância Sanitária, a partir de 1998, investiu em atualizações, treinamentos e capacitações regionais e municipais, onde, entre outros, chamamos atenção para os que seguem abaixo:

1) Oficinas de trabalho, visando ao desenvolvimento das atividades de descentralização das ações da Vigilância Sanitária realizadas em regionais, iniciados no ano de 1998.

2) I Curso de Especialização em Vigilância Sanitária, realizado pela UFMT e coordenado pela SES/MT e financiado pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária/MS, para 31 profissionais do âmbito central, 10 do âmbito regional e 13 do âmbito municipal, realizado no final do ano de 1997 e início de 1998.

3) Continuadas capacitações no âmbito regional e central nas áreas prioritárias de alta complexidade do Estado de Mato Grosso, tais como Hemoterapia, Terapia Renal Substitutiva, Radiação Ionizante, Controle de Infecção Hospitalar, entre outros, onde, a partir das mesmas, possibilitou a elaboração de instrumentos de inspeção sanitária.

Entretanto, a Vigilância Sanitária, a cada ano, vem enfrentando a alta rotatividade dos funcionários municipais. Esta situação tem como consequência a morosidade com que

---

94. Enfermeira, Especialista em Saúde Pública. Coordenadora da Auditoria da SES-MT.

ocorre a municipalização das ações. Ainda no ano de 1998, a Comissão Intergestores Bipartite aprova a resolução nº 015, de 05/06/1998, que dispõe sobre como os municípios devem organizar-se, para cumprir os requisitos exigidos na NOB96, no que se refere à capacitação, ao planejamento, à realização das ações municipais e ao quadro mínimo de funcionários na Vigilância Sanitária. Neste mesmo ano, iniciou-se, através das ações de inspeções sanitárias, o cadastramento pelos municípios dos estabelecimentos de baixa complexidade e, pelos âmbitos central e regional, o cadastramento dos estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade existentes no Estado. Além do cadastro realizado em conjunto com a Coordenadoria de Assistência Hospitalar, foram realizadas inspeções sanitárias e análise das condições de funcionamento de cada unidade hospitalar, o que permitiu identificar problemas e, entre eles, mapear os hospitais que não possuíam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), um forte indicador de qualidade. Com isso, a Vigilância Sanitária se organizou, elaborando um manual de orientação para a CCIH, realizando, de forma regionalizada, oficinas de trabalho aos hospitais regionais consorciados e municipais de maior porte, além de estimular os hospitais conveniados e privados de maior porte, para, de fato, implantarem a CCIH. O roteiro de inspeções sanitárias, intitulado de QUESAU, foi reformulado e permitiu uma uniformização do processo de inspeções sanitárias regionalizadas. Foram realizadas, também oficinas de trabalho regionalizadas, para a montagem de processo administrativo, o que permitiu maior segurança aos profissionais regionais, na seqüência da realização das inspeções sanitárias das ações de média e alta complexidade, bem como melhorou o acompanhamento e apoio regional aos municípios de sua área de abrangência.

No ano de 1999, a Portaria nº 044/GAB/SES-MT designa os profissionais do âmbito central e regional pela execução das ações de Vigilância Sanitária, prioritariamente de média e alta complexidade e apoio aos municípios, na execução das ações de baixa complexidade.

No ano de 2000, a Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Epidemiológica realiza uma avaliação da execução de suas ações, permitindo que a Vigilância Sanitária identifique os pontos fortes e fracos, nos âmbitos regional e central. Os resultados da avaliação apontam para transformações que visam a fortalecer os pontos positivos e o desenvolvimento de ações que reduzam os efeitos dos pontos negativos.

No ano de 2001, a SES publica o manual de orientação para a municipalização da Vigilância Sanitária em Mato Grosso; propõe um roteiro de orientação para a elaboração do código sanitário municipal; prioriza o fortalecimento da integração entre os demais setores internos de SES que possuem interface com a Vigilância Sanitária, nas áreas de serviço, produto e saúde de trabalhador, tais como Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial, Vigilância Epidemiológica, Lacen, Hemocentro, Vigilância Ambiental, Educação em Saúde, Instituto de Especialidades, Escola de Saúde Pública, bem como de outros órgãos governamentais: FEMA, Ministério da Agricultura, Secretaria de Agricultura, Ministério Público, Ministério do Trabalho, INMETRO, Procon, e outros órgãos não-governamentais: Conselhos de categorias profissionais, Universidades, Sindicatos, Associações e Prestadores de Serviços.

A Vigilância Sanitária é um instrumento importantíssimo para dar credibilidade e qualidade ao Sistema Único de Saúde, seja na área dos serviços, regulamentando tecnicamente sua instalação, fiscalizando seu funcionamento, orientando e acompanhando suas adequações, seja na área dos produtos, dando garantias à população de que consome produtos de interesse sanitário de qualidade.

As estratégias adotadas pela Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso, resultado de todo um processo de planejamento e programação, expressam a necessidade das ações institucionais organizadas, cada uma em seu nível de competência, coerente em relação aos compromissos pactuados e às responsabilidades compartilhadas entre si.

## 2 – ESTRATÉGIAS ADOTADAS

1. Realização de treinamento de forma modular nas Regionais de Saúde e Municípios de abrangência, com o objetivo de municipalizar as ações de baixa e média complexidade.
2. Criação de câmaras técnicas regionais desde 1997/1998, com o objetivo de elaboração de normas técnicas e operacionalização de licença sanitária de funcionamento, envolvendo Vigilância Sanitária Estadual, Municipal e áreas afins da SES, outras instituições, ONGs, usuários etc., nas discussões de problemas relacionados a processos de trabalho, produtos e serviços.
3. Realização de inspeções sanitárias programadas e realizadas pelo nível regional, nos estabelecimentos de saúde do Estado de Mato Grosso, nos locais definidos como de maior risco epidemiológico, com participação de técnicos da Vigilância Sanitária central, Regionais de Saúde e Municípios com atuação de Vigilância Sanitária, de forma articulada com a Coordenadoria de Programação, Controle e Avaliação da Assistência à Saúde.
4. Constituição de Grupo Técnico, envolvendo Procon, Conselho de categorias profissionais, Universidades, Organismos de Defesa do Consumidor, FEMA, usuários internos e externos da Vigilância Sanitária, para propor o Código Sanitário Estadual.
5. Constituição de Grupo Técnico, envolvendo os técnicos da Vigilância Sanitária regional e central, para adequação do regimento interno no espaço regional;
6. Treinamento teórico-prático na área de alimentos, para Análise dos Perigos e Pontos Críticos de Controle (APPCC), para:
  - a) Estabelecer normas e padrões para alimentos *in natura*, alimentos destinados à coletividade, alimentos de consumo imediato e alimentos vendidos nas vias públicas, consoante as normas gerais, fixadas pelo nível federal;
  - b) Identificação de situações e fatores de risco sanitários e epidemiológicos, estabelecendo parâmetros e critérios para o respectivo controle dos mesmos, sob o ponto de vista toxicológico, clínico e epidemiológico;
7. Assessorar, apoiar, orientar e supervisionar as investigações epidemiológicas de doenças relativas de produtos, serviços, condições ambientais e de trabalho;
8. Estímulo e apoio a sub-programas de Educação Sanitária à população;
9. Assessoramento e monitoramento técnico de identificação e de controle sanitário, realizado pelos Municípios e Regionais de Saúde:
  - a) dos estabelecimentos de risco epidemiológico do Estado de Mato Grosso;
  - b) dos problemas de saúde mais comuns, decorrentes das condições de saneamento;
  - c) da qualidade do serviço executado por empresas prestadoras de serviços de saneamento básico;

- d) de sistemas simplificados de abastecimento de água, enfatizando ainda a proteção dos mananciais;
  - e) das fontes de risco à saúde do trabalhador e situações críticas, a partir de visitas a locais de trabalho;
10. Fortalecimento da parceria na implantação e sistematização da rede laboratorial de referência estadual e regional, para a execução de atividades de apoio;
  11. Criação e manutenção de centros de estudos e acervo bibliográfico atualizado nas questões pertinentes à Vigilância Sanitária;
  12. Realização, pelas Regionais de Saúde, em parceria com o nível central, de treinamento das ações de Vigilância Sanitária, para técnicos do âmbito municipal e supramunicipal.
  13. Oficina de trabalho, com a participação de Regionais de Saúde, Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, Conselhos Regionais de Classe: de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Farmácia, com o objetivo de formação de Câmara Técnica de Trabalho dos assuntos específicos relacionados a cada área de atuação da Vigilância Sanitária.

### 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela abrangência de suas atribuições, a Vigilância Sanitária tem procurado, com a regionalização das ações, atender, não apenas as determinações legais contidas na Lei 8.080/90, NOB/96, NOAS/2001 e nas resoluções da Comissão Intergestores Bipartite Estadual nº 015/1998 e 032/2000, mas busca sobretudo aproximar a solução dos problemas sanitários da população, controlando riscos e agravos, apoiando e acompanhando o gerenciamento dos recursos físicos, materiais, humanos, financeiros e a definição conjunta de prioridades e estratégias, de modo a melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. Nesse novo modelo, a participação e a integração das comunidades organizadas, dos setores de interesse públicos e privados, outros órgãos públicos que se relacionam com a Vigilância Sanitária, têm tido fundamental importância para que se possa alcançar o controle sanitário. A estratégia da educação sanitária sistemática e continuada está baseada na criação de programas de coleta de dados, sistematização, armazenamento, avaliação dos mesmos, e a divulgação das informações produzidas regionalmente. A prática de discussões regionais e municipais nas Comissões Intergestores Bipartites Regionais tem introduzido experiências inovadoras e possibilitado a cooperação técnica gerenciada entre a Vigilância Sanitária regional, central e municipal, nos espaços supramunicipais - as microrregiões, onde se instala um processo permanente de negociação e pactuação dentro do Estado de Mato Grosso.

Nesse contexto, a Vigilância Sanitária age, integrada com outras ações de vigilância ambiental e epidemiológica, o que permite a construção de um processo articulado e coordenado de ações microrregionais de vigilância, possibilitando aos municípios do Estado o planejamento, a programação, o controle, acompanhamento e avaliação gerencial de impacto.

# II – Plano Microrregional de Saúde Coletiva: Uma Proposta em Busca da Integralidade das Ações

---

Euze Márcio de Souza Carvalho<sup>95</sup>

Samia Nadaf<sup>96</sup>

e cols.

## 1 – CONCEITO, OBJETIVOS E METODOLOGIA

PLANO MICRORREGIONAL DE SAÚDE COLETIVA - é a expressão do processo educativo e permanente de planejamento e construção de estratégias comuns, entre os Gestores Municipais e o Estadual, para garantir as ações de enfrentamento dos problemas de saúde, prioritários do ponto de vista epidemiológico, ambiental e sanitário, no espaço microrregional.

Com o intuito de garantir a cooperação técnica do Estado com os municípios, no acompanhamento e assessoramento das ações de saúde coletiva, a estratégia adotada pela SES para deflagrar o processo em nível microrregional, foi a de realizar oficinas de trabalho com os gestores municipais e com representantes do Estado.

Esse trabalho foi inicialmente coordenado pela equipe de nível central da SES, em conjunto com a equipe dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) e teve os seguintes objetivos:

- Implementar e consolidar o Plano Microrregional da Saúde Coletiva no Estado de Mato Grosso, contribuindo para a garantia da promoção da saúde da população;
- Contribuir para o processo de regionalização das ações da saúde no Estado, de acordo com o Plano Estadual de Saúde, atendendo o que preconizam as normas e a legislação vigentes no Sistema Único de Saúde, em busca do princípio da integralidade das ações;
- Contribuir para o fortalecimento da capacidade de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, consolidando o processo de habilitação do Estado, na condição de Gestor Pleno do Sistema de Saúde;
- Promover a integração do processo de programação, acompanhamento e avaliação das ações de saúde coletiva;

---

95. Médico especialista em pediatria. Presidente da Sociedade Mato-grossense de Pediatria, no período de 1992 e 2000. Superintendente de Saúde Coletiva da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

96. Engenheira Sanitária, Especialista em Saúde Pública. Superintendente Adjunta de Saúde Coletiva da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

- Viabilizar a parceria na captação de recursos de diferentes naturezas, para enfrentamento de problemas identificados na região.

O processo de construção do Plano Microrregional de Saúde Coletiva teve as seguintes fases, baseadas na metodologia de trabalho por problemas e objetivos:

a) Etapa Preparatória

- Definição dos critérios para caracterização das microrregiões de saúde, utilizando as premissas definidas pelo Estado no seu processo de descentralização, e de acordo com as normas e legislação vigente no Sistema Único de Saúde.
- Elaboração da metodologia do Plano Microrregional de Saúde Coletiva.
- Elaboração das Planilhas de Diagnóstico.
- Definição da estrutura da Oficina, para Aplicação do Plano Microrregional da Saúde Coletiva.
- Aplicação do Piloto na Região de Tangará da Serra.
- Avaliação da metodologia, com revisão de instrumentos e proposta de pactuação.
- Apresentação da proposta à Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

b) Realização das Oficinas

- Sensibilização dos gestores e técnicos dos municípios.
- Aplicação da metodologia para construção do Plano Microrregional de Saúde Coletiva.
- Elaboração da programação, pactuação, formalização dos termos de compromisso.

c) Consolidação da Metodologia

- Apresentação do Relatório Final sobre o processo de construção dos Planos Microrregionais de Saúde Coletiva no Estado de Mato Grosso.
- Definição de método, técnicas e instrumentos para acompanhamento dos Planos Microrregionais de Saúde Coletiva.
- Acompanhamento do processo de desenvolvimento dos planos e do cumprimento das agendas de prioridades do Plano Microrregional de Saúde Coletiva.

## 2 – OPERACIONALIZAÇÃO

Como etapa preparatória para a oficina, a equipe da Regional de Saúde realizou um trabalho preliminar com cada município, visando realizar um diagnóstico inicial, além de discutir e listar os problemas e prioridades na área da Saúde Coletiva. Para isso, a equipe utilizou um instrumento de diagnóstico construído para esse fim e que permite identificar as seguintes áreas:

### 2.1. DIAGNÓSTICO

- Características da população, atividades econômicas, condições de saneamento básico.

- Identificação dos estabelecimentos assistenciais e de interesse de baixa, média e alta complexidade em Vigilância Sanitária.
- Indicadores epidemiológicos, ambientais e sanitários (referenciados pela Fundação Nacional de Saúde).
- Capacidade instalada (recursos humanos, bens móveis e imóveis).
- Situação laboratorial.
- Necessidades de formação e capacitação de recursos humanos na área da Saúde Coletiva.

## 2.2. OFICINA

Após os trabalhos do ERS com cada município, foi agendada uma oficina para a programação e pactuação coletiva entre os gestores municipais e o gestor estadual.

O momento inicial da oficina é mais teórico, e tem como objetivo fazer um debate sobre a reversão do modelo assistencial para o modelo de promoção e proteção, através do conceito de vigilância à saúde. Na seqüência da oficina, a equipe do nível central apresenta a estrutura da SES, descrevendo as competências e atribuições pertinentes à Superintendência da Saúde Coletiva, que está organizada em três áreas: a vigilância epidemiológica, a sanitária e a ambiental, além de ser responsável pela condução política das estruturas descentralizadas como o Laboratório Central (LACEN) e o Núcleo de Ofiologia Regional de Mato Grosso (NORMAT).

No segundo momento, os gestores municipais apresentam, para todo o grupo da microrregião uma síntese da situação atual de seu município. Durante essa apresentação, a coordenação da oficina fomenta o debate, utilizando o seguinte roteiro:

- 1) Os indicadores pactuados refletem o perfil da microrregião?
- 2) Os recursos humanos existentes atendem à demanda da prevenção nas ações de vigilância?
- 3) Os serviços de laboratório atendem o perfil epidemiológico, ambiental e sanitário?
- 4) Esses serviços estão garantidos em qualidade e quantidade para a área de abrangência?
- 5) E quanto à organização de serviços da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, são integradas às ações da assistência básica?
- 6) Como esses serviços de vigilância estão organizados?
- 7) Os recursos financeiros são suficientes nas ações de vigilância?
- 8) Quais as áreas da vigilância e prevenção da Saúde Coletiva que requerem novos investimentos?
- 9) Há uma programação da Saúde Coletiva na microrregião?
- 10) Como estão funcionando os sistemas de informação?
- 11) Quais as necessidades de recursos humanos e investimentos na área de prevenção à Saúde Coletiva?
- 12) Quais as necessidades de capacitação e formação de recursos humanos na área da Saúde Coletiva?

Essa discussão coletiva permite que os gestores apresentem os problemas mais importantes nos seus municípios a partir de suas referências, fazendo essa apresentação de forma mais abrangente.

Na terceira parte da oficina, os municípios trabalham em grupos, com orientação dos técnicos de nível central e regional da SES, sobre as planilhas de diagnóstico (anexo), a caracterização de problemas e o cenário regional, construído coletivamente no debate anteriormente referido. Cada município vai propondo atividades para intervir nos problemas identificados e pactua com a equipe da SES e com outros gestores as melhores estratégias para enfrentamento dos mesmos. Essa discussão subsidia a definição de uma agenda de compromissos que o município vai utilizar no seu plano municipal.

Além dessa agenda, esse processo consegue estabelecer uma pré-agenda de prioridades microrregionais e um Plano de Investimentos.

### 3 – PRODUTOS E DESDOBRAMENTOS

Todo esse processo de condução microrregional tem como expectativa obter os seguintes produtos:

Elaboração da programação das ações da Saúde Coletiva do Estado.

- Avaliação da aplicação dos recursos financeiros, destinados às ações de promoção da Saúde Coletiva.
- Definição das prioridades para investimento (estrutura física, equipamentos, formação e capacitação de recursos humanos).
- Definição das Agendas de Prioridades Municipais e Microrregionais, com vistas a intervenções.
- Pactuação de indicadores epidemiológicos, ambientais e sanitários, que garantam a vigilância e a promoção à Saúde Coletiva.
- Pactuação das prioridades microrregionais, levantadas no Plano Microrregional e baseadas no Plano Estadual de Saúde.
- Garantia de Fóruns de interesses comuns das microrregiões com outros setores relacionados.
- Possibilitar espaços de intercâmbio entre Estado e Municípios.
- Facilitar a busca de alternativas para os problemas comuns aos municípios, com iniciativas interativas.
- Definição da reorganização de serviços das ações de vigilância à saúde.
- Definição de fluxo e referências laboratoriais nas microrregiões.
- Assinatura dos termos de compromisso.

No momento inicial da elaboração da metodologia, não estava claro qual seria a melhor estratégia para dar respostas às demandas supra-municipais levantadas nas oficinas, entretanto, no decorrer dos trabalhos, foi surgindo a proposta de que os problemas comuns priorizados poderiam ser discutidos e conduzidos através de fóruns microrregionais. Dessa forma, a equipe de condução adotou essa estratégia como uma opção para esse processo de condução dos trabalhos. Esse trabalho deverá ser conduzido pela equipe do ERS, contando com apoio do nível central, e deve contar com a participação dos técnicos de outros setores, envolvidos com a problemática e demais segmentos da sociedade. Esse método permite o estabelecimento de estratégias permanentes de ações intersetoriais, para tentar garantir, assim, respostas com alta densi-

dade política e técnica, alterando o cenário microrregional. Este processo reforça a organização de gestão de forma regionalizada, garantindo inclusive a integralidade e a efetivação do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso.

A seguir, em 2002, com a definição do processo, da metodologia e dos instrumentos utilizados, a SES, através da Superintendência de Saúde Coletiva, trabalhará na implantação e acompanhamento das prioridades microrregionais e municipais pactuadas na pré-agenda.

Este trabalho constará da análise mais aprofundada da situação sanitária da microrregião, com apropriação das ações, metas e indicadores mais adequados à sua realidade sócio-sanitária, com clara separação das ações de responsabilidade local (municipal) daquela atribuída ao Escritório Regional ou outras instâncias microrregionais (Comissão Intergestores Bipartite, por exemplo).

Em relação aos Escritórios Regionais de Saúde, esses deverão construir uma agenda de prioridades microrregionais, baseada no instrumento do Plano de Trabalho Anual da SES, tendo como referência os problemas levantados e os encaminhamentos pactuados na microrregião. Neste sentido, os Planos de Trabalho dos ERS para 2002 deverão incorporar os projetos prioritários, as ações, metas, indicadores, prazos e técnicos responsáveis, sem se esquecer de que uma das principais atribuições dos ERS, se não a principal, será a de apoiar e assessorar os municípios, na construção e operacionalização de uma agenda municipal.

## 4 – RESULTADOS PARCIAIS ALCANÇADOS E POTENCIAL DOS PROCESSOS DE MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

269

Os primeiros resultados revelam que esses eventos vêm servindo como espaço de intercâmbio, facilitando a integração entre os técnicos e gestores municipais e estaduais. É interessante registrar a presença de 100% dos gestores municipais para discutir medidas de intervenção na saúde coletiva, sem oferta de qualquer incentivo financeiro.

O avanço do diagnóstico e das proposições de intervenção amplia o campo de ações necessárias e são identificadas outras que envolvem diversos setores de governo, fato este que certamente deverá mudar a situação da saúde coletiva municipal, com reflexos regionais.

As planilhas de diagnóstico, quando preenchidas fidedignamente, permitiram ao nível local a reflexão acerca da atual Política de Saúde Municipal para a área de Saúde Coletiva, bem como substrato para a elaboração de um Plano de Investimentos.

As narrativas municipais geram, além das atividades de âmbito municipal, pauta de atividades da equipe central e regional em relação aos temas apontados, como resposta e manifestação de cooperação do Estado com os municípios. A equipe técnica vislumbra o desafio de discriminar, no menu de problemas identificados, o melhor espaço de abordagem entre o local, o regional e o estadual, para definir encaminhamentos.

Da parte dos municípios, observa-se o surgimento de alternativas de solução ou abordagem de problemas com intencionalidade cooperativa, identificadas como neces-

sárias, face ao tipo de problemática da oficina. Ainda que não se avance na utilização de consórcio para este fim, observa-se que os representantes municipais têm postura interativa quanto aos efeitos de uns sobre os outros.

Ao longo da oficina, cresce na equipe técnica e nos municípios, a percepção de vantagens de discussão em conjunto de forma regional. Os municípios manifestam que se sentiram motivados a participar, porque esperam atualizar informações para melhorar as condições do município e vêm, no contato com outros municípios e com o Estado, uma oportunidade valiosa de cooperação técnica.

Este processo oferece condições plenas, para que as equipes de Saúde Coletiva, estadual e municipal possam entender na prática a integralidade das ações da Vigilância à Saúde e da organização de serviços.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como todo processo em construção, este também contém problemas de ordem conceitual, metodológica e técnica, que estão sendo debatidos e encaminhados pela equipe de condução, mas, sem dúvida, a experiência desenvolvida validou a estratégia como legítima e apropriada para a condução da Política de Saúde, sobretudo em um Estado com as características de Mato Grosso.

# III – Oficinas Microrregionais de Ações de Saúde Coletiva em Mato Grosso: Rumo à Integralidade da Atenção\*

Luisa Guimarães<sup>97</sup>  
Eduardo Guerrero<sup>98</sup>

## APRESENTAÇÃO

O presente texto descreve o método das oficinas de microrregionalização das ações de saúde coletiva, realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES/MT), como parte das atividades de organização regional da saúde no Estado. O objetivo deste texto é, além de descrever o processo, o método e os instrumentos, comentar os resultados alcançados com essa nova sistemática de atuação no campo da saúde coletiva. Pelo caráter atual do tema e potencialidades para a discussão da integralidade da atenção, pretende-se difundir a experiência no âmbito do *Observatório da Regionalização da Saúde*, atividade que vem sendo coordenada pela OPAS/OMS ([www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)).

A microrregionalização da saúde coletiva em Mato Grosso foi iniciada no ano de 2001, mediante a realização de oficinas, com os municípios de cada regional de saúde. O método e a condução do trabalho nas oficinas é original e foi desenvolvido e aprimorado pela equipe da Superintendência de Saúde Coletiva, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SUSAC/SES/MT), durante a implementação. Esse processo articula-se com a programação integrada e pactuada da assistência à saúde e objetiva trabalhar com o conjunto de municípios, circunscrito a uma região de saúde, para diagnosticar a situação e propor atividades relacionadas à integração das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Os gestores municipais e o estadual, que em Mato Grosso já acumulam farta experiência cooperativa, acordam, a partir dessas oficinas, uma agenda de prioridades e investimentos, consolidada no Plano Microrregional de Saúde Coletiva (PMSC), que orientará a continuidade das atividades nos anos seguintes.

Em Mato Grosso, existem 13 microrregiões de saúde, que agregam os 139 municípi-

\* Participaram ativamente da elaboração e revisão técnicos e dirigentes da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

97. Psicóloga, Mestre em Ciências e Psicóloga do Ministério da Saúde.

98. Médico, Consultor de Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Representação do Brasil.

os do Estado, de acordo com critérios de contigüidade, acesso e referência na rede de serviços. Desde o ano de 1995, o Estado vem conduzindo na saúde processo de organização regional, que inclui atividades de reconfiguração institucional, central e regional. Espaços regionais de decisão pactuada entre os municípios e o Estado passaram a existir, mediante a criação de estruturas regionais, tais como comissão intergestores bipartite, câmara de compensação, sistema de referência e consórcio intermunicipal de saúde (Guimarães, 2001).

Não se encontram registros no Sistema Único de Saúde (SUS) de experiência de organização regional das ações de saúde coletiva integrando as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental em processos de programação regional, ainda que a integralidade seja um princípio do Sistema. Os maiores avanços de organização alcançados se referem à questão da assistência, no que tange à programação regional de recursos físicos e financeiros. Portanto, é comum que as ações de saúde coletiva ocupem posição opaca no processo da descentralização e de construção do SUS, por envolver atividades de baixa complexidade, embora com alto impacto na qualidade de vida das comunidades. A importância de descrever e analisar os primeiros resultados da experiência em Mato Grosso com as oficinas microrregionais de ações de saúde coletiva decorre, nesse sentido, do caráter inovador frente à questão.

Resultados, ainda que iniciais, do processo de microrregionalização das ações de saúde coletiva indicam, assim, que o método desenvolvido no Estado de Mato Grosso tem potencialidade para orientar o diagnóstico, a formatação de ações e a discussão de alternativas de gestão das ações de saúde coletiva de forma regional. Seria importante a aplicação em outras situações, com vistas ao desenvolvimento dos instrumentos e subsídios à reflexão da questão da gestão da integralidade da atenção no SUS.

## 1 – INTRODUÇÃO

Os municípios de Mato Grosso vêm passando, já há alguns anos, por processos de organização da gestão de forma regionalizada, contudo, a análise dos dados de saúde demonstra indícios de brechas nas ações coletivas de promoção e proteção (SES/MT, 1997 e 1998). No ano de 2001, especificamente, foram desencadeados dois processos articulados de organização regional: a programação da assistência à saúde nos três níveis de complexidade e o de ações de saúde coletiva, incluindo a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Tais processos buscam o diálogo entre o Estado e os municípios para o planejamento e a programação e resultam na elaboração de instrumentos, que formalizam os pactos intergestores. Esses dois processos irão gerar elementos, para viabilizar a discussão da gestão microrregional das ações integrais de saúde. A articulação e integração da promoção, da proteção e da assistência à saúde, em modelo que priorize a atenção básica e a primária, juntamente com a saúde da família, vem sendo um caminho para melhorar a qualidade dos sistemas municipais, regional e estadual de saúde.

A programação microrregional da assistência à saúde, exercitada há mais tempo pelos gestores em Mato Grosso, foi fonte de inspiração para a microrregionalização da saúde coletiva. A programação pactuada e integrada das ações de assistência à saúde - instrumento que consolida a organização da assistência à saúde -, tem anterioridade

suficiente para encontrar-se mais consolidada enquanto prática dos governos municipais e estadual. Além disso, em parte, por envolver recursos financeiros e parâmetros pré-estabelecidos, a programação da assistência à saúde encontra-se regulada por normas federais, sendo estimulada pelos níveis federal e estadual. No caso de Mato Grosso, a programação pactuada e integrada da assistência foi concluída no ano de 2001, segundo referência à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001) e resultou no Plano Diretor das Ações de Saúde.

A microrregionalização das ações de saúde coletiva em Mato Grosso, ainda que recente, se inseriu em contexto avançado de organização regionalizada, onde municípios e Estados vivem experiências de espaços regionais de decisão de aspectos referentes aos sistemas locais, regionais e estadual de saúde. A SES/MT vem liderando as atividades e compartilhando com os governos municipais a responsabilidade pela programação e execução da atenção em todos os níveis. Em síntese, a atenção básica está estruturada na estratégia da saúde da família, a atenção de média complexidade, nos consórcios em saúde e a alta complexidade, compartilhada entre o Estado e o município da capital (SES/MT, 2000).

O processo de microrregionalização da saúde coletiva é uma atividade recente e incremental da SES/MT, com método e instrumentos sendo construídos a partir da experiência da equipe estadual e resultados de cada oficina realizada<sup>99</sup>. Além do caráter inovador, a discussão da saúde coletiva tem a particularidade de não se apoiar *a priori* na programação de recursos financeiros novos, diferentemente da assistência à saúde. Os municípios são convidados a participar da oficina, para definirem, juntamente com a equipe central e regional, uma agenda articulada de prioridades e de investimentos em saúde coletiva. O instrumento que consolida os processos e resultados das oficinas é denominado Plano Microrregional de Saúde Coletiva – PMSC<sup>100</sup>.

O método criado e revisado em Mato Grosso está descrito neste texto, com vistas a apoiar a sua utilização em outros contextos e de abrir o debate quanto à regionalização da saúde coletiva no SUS, na lógica de integração dos campos das vigilâncias, rumo à integralidade da atenção à saúde. O texto inicia-se com a descrição da estrutura da oficina de microrregionalização de saúde coletiva, com referência à concepção, ao método, à dinâmica e aos instrumentos. Em seguida, são comentadas as potencialidades e resultados alcançados em Mato Grosso nesse campo. Por fim, são tecidas algumas considerações sobre a questão da integralidade no SUS, à luz da experiência de regionalização da saúde em Mato Grosso.

99. Deve-se ressaltar que as experiências no sistema de saúde brasileiro de organização das ações de saúde coletiva de forma descentralizada, com transferência de recursos específicos, são também recentes. Apenas no final do ano de 1999, a Portaria GM/MS No.1399, de 12/12/1999, definiu valores para o teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças (TFECD). Essa regulamentação funcionou como uma indução financeira de organização dessas ações, além de promover a previsão de recursos próprios nos Estados e municípios, destinados ao custeio de contra-partidas de convênios.

100. O PMSC é definido como *um documento técnico e político que expressa o processo educativo e permanente de planejamento, entre os gestores municipais e o gestor estadual, para enfrentamento dos problemas de saúde prioritários do ponto de vista epidemiológico, sanitário e ambiental, no espaço microrregional* (Apresentação da SES/MT, 2001).

## 2 – ESTRUTURA DA OFICINA DE MICRORREGIONALIZAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA: CONCEPÇÃO, MÉTODO, DINÂMICA E INSTRUMENTOS

A oficina de microrregionalização das ações de saúde coletiva é essencialmente uma estratégia para a construção do PMSC. Para alcançar esse fim, a equipe da SUSAC/SES/MT trabalhou na elaboração de instrumentos, que permitissem o diagnóstico das condições epidemiológicas, sanitárias e ambientais de um município.<sup>101</sup> Da análise orientada desse diagnóstico resulta uma agenda de prioridades municipais da atenção da saúde coletiva, elaborada com base nos dados das planilhas, na discussão dos problemas identificados, tendo em vista as metas e os parâmetros para a condução do processo em todo o Estado, pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MT).

A experiência de Mato Grosso pode ser dividida em três etapas. A primeira caracteriza-se como *preparatória*; a segunda, como *operacional*; e a terceira, como de *consolidação*. Na fase *preparatória*, foram definidos os critérios para caracterizar as microrregiões de saúde, considerando o processo de descentralização e as normas do SUS. Ainda nessa fase, foi elaborada a metodologia do PMSC, as Planilhas de Diagnóstico e o desenho da estrutura da oficina. Essa primeira etapa encerrou-se com a apresentação da proposta na CIB/MT, a partir dos resultados da aplicação-piloto, a qual originou reavaliações da metodologia e revisão nos instrumentos e na proposta de pactuação.

Na segunda etapa - *operacional* -, ocorreram as oficinas após a sensibilização dos gestores e técnicos dos municípios, com atividades que propiciaram a realização de processo de construção do PMSC. Esse formou a base para a elaboração da programação, pactuação e formalização dos pactos de compromisso. Com referência aos resultados dessa fase, a terceira etapa de *consolidação* objetiva a elaboração do Plano de Acompanhamento e a divulgação dos resultados do PMSC.<sup>102</sup> O Relatório de Gestão do PMSC é, por fim, o documento que concretiza e materializa o resultado de todo o processo.

### 2.1 – Concepção da proposta

Com os avanços da organização regional e da programação da assistência à saúde, alcançados pelos governos municipais e estadual em Mato Grosso, surgiu a necessidade de se evoluir na inclusão das ações de saúde coletiva, com vistas à integralidade da atenção à saúde. Para desencadear a discussão do tema, foi definida estratégia seme-

101. SUSAC na SES/MT.

102. Algumas perguntas orientaram o desenho do modelo de gestão microrregional da saúde coletiva: *há uma programação da saúde coletiva na microrregião? como estão funcionando os sistemas de informação? quais as necessidades de recursos humanos e investimentos na área de prevenção à saúde coletiva? quais as necessidades de capacitação e formação de recursos humanos na área da saúde coletiva?*

lhante à utilizada na assistência à saúde: a programação regional.<sup>103</sup> Contudo, no caso das ações de saúde coletiva, não existia método ou instrumentos de programação e pactuação, como os existentes na assistência à saúde. Nesse sentido, o desafio da equipe técnica da SUSAC/SES/MT e dos gestores foi, além de estabelecer um método, criar os instrumentos e mapear o campo de interseção entre as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, que promovesse a integralidade da atenção.

O trabalho de preparação e criação das oficinas microrregionais de saúde coletiva foi realizado pela equipe técnica central da SUSAC/SES/MT, caracterizando-se como um processo de construção intenso e permanente. Para criar os instrumentos de programação, a equipe se dividiu em grupos de trabalho temático (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental). Foram construídas planilhas descritivas e elaborados indicadores, foram revisados após a aplicação-piloto. Vários indicadores já haviam sido pactuados na CIB/MT no processo de atenção básica, outros, contudo, foram, a partir daí, propostos. Finalmente, a proposta da microrregionalização das ações de saúde coletiva foi apresentada e discutida na CIB/MT.

Para o desenvolvimento do método de condução das oficinas, por sua vez, foram incorporadas sistemáticas e estratégias de sensibilização e de troca de informações entre os secretários municipais de saúde e as equipes regional e central, conforme descrito a seguir.

## 2.2 – Método da microrregionalização das ações de saúde coletiva

275

Concluída essa fase de concepção, consolidou-se a estratégia de que, para a regionalização das ações de saúde coletiva, seria necessário partir de um diagnóstico local, realizado pelos próprios municípios, que propiciasse uma agenda articulada de prioridades e investimentos entre esses e a SES/MT. Para atingir tais objetivos, os participantes das oficinas devem ser dirigentes e técnicos da SES (nível central e regional) e os secretários municipais de saúde, sob a coordenação da SUSAC/SES/MT.

Para as atividades de organização regional em Mato Grosso, os Escritórios Regionais de Saúde - estruturas desconcentradas da SES/MT - atuam como referência junto aos municípios. No caso da microrregionalização das ações de saúde coletiva, a equipe técnica do nível central também se referenciou aos Escritórios, para que esses difundissem junto aos municípios, em cada região, as atividades preparatórias e acompanhasse os resultados das oficinas. Esses Escritórios, em reuniões de condução, periodicamente realizadas pela SES/MT, conheceram e discutiram o método e os instrumentos que seriam utilizados na programação das ações de saúde coletiva. As equipes dos Escritórios foram incumbidas, ainda, de inserir, nos contatos diretos e cotidianos com os municípios, as atividades preparatórias para a programação da saúde coletiva.

---

103. Reuniões de articulação entre as equipes da saúde coletiva e da assistência à saúde visaram a integrar os processos metodológicos e os resultados, considerando que os agravos em saúde coletiva demandam o estabelecimento de referências na programação da assistência. A equipe da saúde coletiva recebeu, ainda, apoio das áreas de políticas de saúde e de outras da SES/MT.

Assim, a preparação dos municípios para a realização das oficinas microrregionais era feita pelo Escritório Regional de Saúde, que, nas reuniões da CIB regional, informou o processo e distribuiu as planilhas aos secretários municipais de saúde. Em alguns casos, o Escritório Regional realizou oficinas prévias com os municípios, facilitadoras do preenchimento das planilhas.

Para a realização da oficina microrregional em si, os municípios são convidados a um trabalho intensivo de, no mínimo, três dias, em local confortável e com isolamento necessário, indicado para a concentração no diagnóstico e na elaboração do PMSC, juntamente com a SES/MT. No nível central, a equipe conformou estrutura bem organizada de apoio às oficinas, onde um grupo com mais de dois técnicos de cada área da SUSAC/SES/MT, quatro digitadores, dois operadores de micro-computador e dois profissionais administrativos se deslocam para o local da oficina. Os técnicos levam e apresentam informações sobre as atividades do nível central, projetos e fontes de financiamento e trabalham, juntamente com os municípios, os dados trazidos por estes. Os digitadores têm a função de garantir que, ao final do evento, cada município leve as planilhas atualizadas, com base nas discussões e nos pactos acordados. Os operadores de micro apóiam as apresentações e os profissionais administrativos organizam o evento quanto ao local, transporte, à alimentação e hospedagem de todos os participantes.

## 2.3 - Dinâmica das oficinas de microrregionalização

Os municípios chegam às oficinas com as Planilhas de Diagnóstico, previamente distribuídas, preenchidas. Essas conformam um diagnóstico local, que subsidia a discussão e o pacto de indicadores na oficina. As planilhas buscam identificar problemas, priorizar ações e discutir alternativas de solução e competências. A oficina é dividida em quatro partes: *contextualização das ações de saúde coletiva*, *diagnóstico municipal*, *trabalho em grupos*, *elementos de acordos e pactos intergestores*.

A primeira parte da oficina - *contextualização das ações de saúde coletiva* - concentra atividade teórica e objetiva introduzir o tema das ações de saúde coletiva, mediante a apresentação da estrutura da SES/MT, com discussão de funções e atividades em andamento. Comenta-se a divisão de responsabilidades entre os níveis central e regionais da SES/MT com os municípios, no campo das *vigilâncias*, baseada em critérios de complexidade, e inclui a mudança de funções da SES/MT, a reforma do quadro de servidores e a capacitação específica de pessoal em todos os níveis.

Nessa parte introdutória, a equipe técnica de saúde coletiva faz a distinção entre *gestão e atenção em saúde coletiva*, pontuando que, na oficina, se discutirá em particular o modelo de atenção. Nesse momento inicial, a equipe constrói o marco do trabalho da oficina e, embora já tenha discutido a programação da assistência, reforça a questão da atenção básica, por suas relações estreitas com a proteção e a promoção. Busca-se, ainda, a partir da apresentação do âmbito de atuação e principais atividades, integrar as ações programáticas do campo de ação coletiva - vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental - para a vigilância à saúde.

Na segunda parte da oficina - *diagnóstico municipal das ações de saúde coletiva* -, os representantes dos municípios vão apresentando a narrativa livre de ações desenvolvidas, o perfil epidemiológico e o apoio diagnóstico. Mediante perguntas da equipe da SES/MT e de outros municípios, vão complementando as informações. Além de questões sobre as ações de saúde, estrutura institucional dos municípios, características

populacionais e sanitárias, são trocadas informações sobre os programas recentes da SES/MT e também soluções encontradas pelos municípios da região. Ao final da apresentação dos municípios, a equipe da SES/MT apresenta uma síntese do cenário microrregional, com os principais problemas já mencionados pelos representantes municipais em seus relatos<sup>104</sup>.

Na terceira parte da oficina - *elementos de acordo e pacto intergestores* -, os municípios trabalham em grupos, com orientação dos técnicos da SES/MT, sobre as planilhas de diagnóstico da saúde coletiva, complementando informações e construindo os quadros, para concluir o processo de diagnóstico e de caracterização de problemas. Em seguida, ainda em grupo, os municípios, orientados pela equipe técnica, discutem os indicadores epidemiológicos, sanitários e ambientais, tendo por base os indicadores pactuados na atenção básica e os propostos para a programação da saúde coletiva. Cada município vai propondo atividades para intervir nos problemas identificados e acordando com a equipe da SES/MT metas de cumprimento para atingir os indicadores pactuados. O consolidado das metas fundamenta a agenda de prioridades municipal, regional e estadual, com plano de investimento<sup>105</sup>.

Na parte final da oficina - *contextualização das ações de saúde coletiva* -, os técnicos da SES/MT elegem três a cinco municípios, que são convidados a apresentar as respectivas conclusões de trabalho dos grupos para os participantes da oficina. A orientação é, ao se levantar problemas, apresentar soluções, indicando o respectivo nível de resposta (municipal, regional, estadual, federal). Para encerrar a oficina, os participantes realizam a avaliação do evento, quanto à metodologia da oficina, ao trabalho em grupos, às planilhas e ao local do evento.

A dinâmica da oficina é marcada por intensa concentração de trabalho, em ambiente de coesão da equipe da SES/MT e posição cooperativa junto aos municípios. Os participantes demonstram bom nível de sensibilização para a discussão, possivelmente, pelo trabalho preliminar realizado pelos Escritórios Regionais. Todos demonstram esforço para *pensar e agir* regionalmente, favorecido pela apresentação, revisão e discussão das planilhas. Observa-se o fortalecimento de dinâmica solidária e colaborativa entre os municípios e, destes, com o Estado, ao longo das oficinas. Em termos gerais, o nível federal é pouco referido, estando mais relacionado à questão da atenção primária e a outros programas com incentivos financeiros. Contudo, outras áreas de governo - meio ambiente - são incorporadas ao elenco de discussões e proposições, inaugurando um *pensamento intersetorial*.

104. O diagnóstico aborda vários aspectos que caracterizam o território microrregional, tais como a população, atividades econômicas, condições de saneamento básico. Ao lado do levantamento dos estabelecimentos assistenciais e de interesse de baixa, média e alta complexidade em vigilância sanitária, são colhidos indicadores epidemiológicos, ambientais e sanitários. Informações sobre a capacidade instalada - recursos humanos, bens móveis e imóveis -, a situação laboratorial e o levantamento de necessidade de formação e capacitação de recursos humanos na área da saúde coletiva, concluem essa fase de diagnóstico municipal.

105. Nesse momento, várias perguntas orientam o trabalho dos gestores e técnicos, para formatar o PMSC, dentre as quais: *indicadores pactuados na oficina refletem o perfil da microrregião? Os recursos humanos existentes atendem a demanda da prevenção nas ações de vigilância? Os serviços de laboratório atendem o perfil epidemiológico, ambiental e sanitário? Esses serviços estão garantidos em qualidade e quantidade para a área de abrangência? E quanto à organização de serviços da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, está integrada à assistência básica? Como esses serviços de vigilância estão organizados? Os recursos financeiros são suficientes nas ações de vigilância? Quais as áreas da vigilância e prevenção à saúde coletiva que requerem novos investimentos?*

## 2.4 – Instrumentos para diagnóstico e pactuação das ações de saúde coletiva

A equipe técnica da SUSAC/SES/MT desenvolveu, para o processo de microrregionalização, um conjunto de dezesseis planilhas. Dessas, treze são de diagnóstico e três, com os indicadores para a pactuação microrregional. Essas últimas, uma para cada área - vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância sanitária - contêm os parâmetros para a organização específica quanto aos recursos humanos e à infra-estrutura, de acordo com faixas populacionais. As planilhas de diagnóstico, por sua vez, contêm informações sobre os recursos financeiros e fontes, a rede de serviços assistenciais, por níveis de complexidade de vigilância sanitária com os recursos humanos, assentamentos e aldeias nos perímetros urbano e rural, atividades econômicas e industriais, referência laboratorial e perfil sanitário de alimentos e, ainda, saneamento básico e ambiental.

# 3 – RESULTADOS ALCANÇADOS E POTENCIAIS DO PROCESSO DE OFICINAS MICRORREGIONAIS DE SAÚDE COLETIVA

278

As oficinas têm por objetivo a construção do PMSC, incluindo a agenda de prioridades municipais, microrregional e o Plano de Investimentos. O PMSC integra-se ao processo de regionalização das ações de saúde coletiva, consolidando a gestão descentralizada para além do cumprimento das normas e legislações do SUS. Contempla, ainda, atividades de capacitação, estrutura física e equipamentos e investimentos em áreas com deficiências.

As avaliações da equipe técnica da SES/MT indicam alguns fatos relevantes: tem ocorrido adesão total dos gestores ao convite para a participação nas oficinas de microrregionalização; o diagnóstico alcançado com as planilhas tem contribuído para subsidiar a política de saúde municipal, para a área de saúde coletiva, criando relações de complementaridade com a assistência à saúde. O nível regional ativa o papel de cooperação técnica, compatibilizado com a agenda de prioridades; tem ocorrido maior aproximação do nível central com o local, contudo, ainda persistem dificuldades municipais quanto ao modelo de gestão.

Os primeiros resultados das oficinas microrregionais mostram, ainda, que esses eventos vêm servindo como espaços de intercâmbio e possibilidade de capacitação, tanto para o Estado quanto para os municípios. Os instrumentos (planilhas) funcionam como um meio de integração entre o representante municipal e o técnico da Secretaria, de um lado, organizando a situação da saúde coletiva municipal e, de outro, as possibilidades de intervenção.

O avanço dos diagnósticos e das proposições de intervenção amplia o campo de ações necessárias e outras são identificadas, que envolvem, por sua vez, diversos setores de governo. No âmbito estadual, tais ações intersetoriais serão, posteriormente, conduzidas pela Superintendência de Políticas da SES/MT, em uma discussão microrregional com as demais áreas relacionadas.

As narrativas municipais ao longo das oficinas geram, além de atividades de âmbito municipal, pauta de atividades para a equipe central e regional, em relação aos temas apontados, como demanda de cooperação entre o Estado e os municípios. A equipe técnica vislumbra o desafio de discriminar, no menu de problemas identificados pelos municípios, o melhor espaço institucional de abordagem para a definição de encaminhamentos, optando entre o local, regional e estadual e o intersetorial.

Da parte da participação dos municípios, observa-se o surgimento de elaboração de alternativas de solução ou abordagem de problemas com intencionalidade cooperativa, identificada como necessária, face ao tipo de problemática das ações de saúde coletiva (alta externalidade). É provável que a experiência de consórcio, entre o repertório do Estado, atue, promovendo postura interativa entre os representantes municipais.

A SES/MT, enquanto coordenadora do processo de microrregionalização das ações de saúde coletiva, assume uma série de compromissos junto aos municípios. Além dos específicos de gestão, mediante a oportunidade de espaços de intercâmbio entre o Estado e os municípios e da discussão de alternativas de gestão, em âmbito microrregional, das ações de saúde coletiva, com impacto municipal, regional e estadual; assume funções de cooperação técnica durante as fases de elaboração, implementação, acompanhamento, controle e avaliação do PMSC. Outros compromissos são de ordem financeira, tais como viabilizar parceria na captação de recursos financeiros, para investimentos previstos no PMSC e incluir itens do Plano de Investimento na dotação orçamentária anual da SES. Por último, para dar sustentação às mudanças na organização das ações de saúde coletiva, oferece a formação e capacitação de recursos humanos na Escola de Saúde Pública, recursos humanos para dar sustentação às mudanças.

Em termos microrregionais, as oficinas têm contribuído para a proposição de intervenções e soluções referidas a um território, com impacto no campo da saúde coletiva, a partir de diagnóstico de problemas de saúde, com base em indicadores epidemiológicos, sanitários e ambientais (agenda de prioridades). Os instrumentos e planilhas utilizados propiciam, além da atualização do cadastro de estabelecimentos assistenciais e de interesse de saúde nos diversos níveis de complexidade, com identificação dos riscos epidemiológicos, o levantamento da capacidade instalada e das necessidades específicas, quanto aos recursos humanos, bens imóveis e recursos financeiros. A análise dessa realidade, em conjunto e de modo organizado, permite apontar necessidades de investimentos financeiros, de contratação e de capacitação, bem como de programação e alocação de recursos. E, por fim, definir instrumento de trabalho para elaboração e acompanhamento do PMSC.

Em resumo, cresce, ao longo da oficina, na equipe técnica e nos municípios, a manifestação de vantagens de discussão conjunta e regionalizada da problemática das ações de saúde coletiva. Os municípios manifestam, em geral, motivação para participar, pela expectativa de atualizar informações, para melhorar as condições locais e vêem, no contato com outros municípios e com o Estado, oportunidade valiosa de cooperação técnica. Fundamentalmente, as oficinas têm despertado os gestores municipais para a articulação de questões de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, no que tange à organização municipal e regional dessas ações. Além da troca de experiências e de alternativas de soluções, os gestores demonstram experimentar novos espaços de trocas horizontais e de parcerias, com a participação e cooperação do nível estadual. Nesse particular, alternativas de gestão das ações de saúde coletiva em âmbito microrregional têm - se esboçado como o desafio seguinte para todos os participantes.

## 4 – CONDIÇÕES FUNDAMENTAIS PARA O AVANÇO DA SAÚDE COLETIVA, RUMO À INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: O QUE PODEMOS APRENDER DA EXPERIÊNCIA EM MATO GROSSO

Como formular e implementar ações de saúde que integrem as *vigilâncias*, no campo da saúde coletiva? Uma conclusão inicial do processo de oficinas microrregionais produzirá a síntese das condições epidemiológicas, sanitárias e ambientais dos municípios, por região, em Mato Grosso. Contudo, para perseguir a integralidade da atenção, é necessário, por um lado, articular a programação de ações de saúde coletiva com a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Em seguida, as equipes devem dedicar-se à proposição de alternativas de gestão em âmbito microrregional de ações de saúde coletiva e vigilância à saúde com impacto municipal, regional e estadual, com base na reflexão sobre alguns fenômenos do campo da saúde coletiva e questões que o processo suscita. Por fim, definir uma forma de monitoramento de processo e de resultados e propor mecanismos de incentivo a organização municipal das ações de vigilância sanitária.

Um fenômeno atual, que perpassa a questão da discussão e intervenção no campo da saúde coletiva nos últimos anos, é o efeito das rápidas e intensas mudanças territoriais e de contextos sócio-políticos, vivenciados nos espaços urbano e rural, ou seja, várias mudanças vêm ocorrendo nos municípios em termos de território, sociedade e formas de ocupação, geradoras de impacto nas ações de saúde coletiva, entre essas, a presença de problemas típicos de grandes aglomerados urbanos, em municípios com população inferior a 10 mil habitantes, tais como assentamentos, grandes obras de caráter temporário e migração sazonal, e, por outro lado, a questão da privatização recente de atividades - tratamento e distribuição de água -, com impacto na saúde coletiva. Tais fenômenos ainda permanecem pouco abordados no campo da saúde.

Especificamente, na assistência à saúde, mudanças nos modelos de atenção também vêm gerando diversificação da demanda de pequenas comunidades, por ações, como a saúde da família, exibindo diferenças da cobertura, com tendência mais alta em municípios com menos de 5 mil habitantes. Da parte da população, por sua vez, observa-se mudanças, quando deixa de buscar os serviços de saúde em épocas de campanhas nacionais, aguardando em casa a vinda dos profissionais. Ainda, a questão financeira sobredetermina a cobertura de ações, com a motivação de ampliar o acesso aos recursos *per capita*.

## 5 – QUESTÕES DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA

1. Definição de competências clara dos municípios, regional e estadual: para quem estaria clara? Decisão quanto à gestão regional, de forma que equilibre centralização-descentralização. Que atividades os municípios elegem para ter abordagem municipal, regional e estadual? Quais seriam as vantagens da discussão regional - ganhos de funcionamento da regional; aproximação com os municípios?

2. Qual a articulação com processos de organização regional de outros setores governamentais? Como articular esse processo com as demais atividades da SES/MT, como na questão da assistência, que já incluiu os acessos viários e fluxos populacionais. Seria possível definir/criar um protocolo de atividades de âmbito regional em saúde coletiva?
3. Que processos sociais têm origem e se sustentam na lógica regional? Quais são as propostas de intervenção mais freqüentes na saúde coletiva?
4. Como ter um menu de atividade/intervenções criativas? Como manter a criatividade da proposta nas soluções/intervenções encaminhadas?
5. Como incentivar intervenções que resultam em custos altos para os municípios?
6. Porque não aparece a questão de fronteiras, tanto na identificação da população quanto na formulação de propostas.
7. Quais as fontes financeiras das ações de saúde coletiva?
8. Como construir sistema de monitoramento das ações de saúde coletiva, com vistas ao acompanhamento de intervenções e resultados para além dos atuais sistemas de quantidade de ações?

## 6 – FONTES E DOCUMENTOS DE APOIO

(Relação e resumo de documentos políticos ou normativos que apóiam e sustentam a discussão da saúde coletiva)

- a) Portaria Nº063/Gab/SES/2001, de 7/6/2001, Diário Oficial do Estado de Mato Grosso Institui 13 microrregiões de saúde, tendo como município-pólo os que são sede dos Escritórios Regionais de Saúde. As microrregiões, de acordo com a Portaria em referência, as prioridades de assistência, estudos prévios da SES/MT e a NOAS, são espaços territorial e geograficamente delimitados, que agregam conjunto de municípios, segundo vários critérios: contigüidade, garantia de acesso - geográfico, viário, sócio-cultural -, capacidade instalada - 100% de cobertura de atenção básica de todos os municípios, ações de saúde e saúde coletiva, ter um ou mais módulos assistenciais constituídos, para garantir o primeiro nível de referência da atenção integral à saúde da população da região, existência de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e sistemas funcionais do segundo nível de referência para a assistência e ações de saúde coletiva -, capacidade de gestão para planejar, programar, controlar, regular e avaliar as ações e serviços de saúde, critério político, traduzido na disposição e capacidade de articulação e pactuação na região. Cada microrregião tem de um a quatro módulos-assistenciais, definidos como *espaço organizado da assistência à saúde capaz de garantir, além da atenção básica, o acesso aos procedimentos e serviços definidos no primeiro nível de referência a uma determinada população circunstanciada a um conjunto de municípios.*
- b) Planilhas de Diagnóstico e Indicadores de Pactuação  
São 13 planilhas e 3 indicadores. Esses últimos são de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. As planilhas contêm informações, sob o ângulo da saúde coletiva, sobre o aspecto financeiro, rede de serviços e recursos humanos, sane-

amento básico e ambiental, características populacionais, atividades econômicas por tipo e estabelecimentos assistenciais de saúde, por níveis de complexidade, laboratório e outras ações de saúde coletiva. Algumas planilhas têm parâmetros para a organização da área, como é o caso de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, quanto aos recursos humanos e à infra-estrutura, de acordo com faixas populacionais.

## 7 – BIBLIOGRAFIA

Apresentação da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, no Encontro dos Secretários de Estado da Saúde, Goiás Velho-GO, 2001.

Guimarães, L., 2001. *Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado: Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.

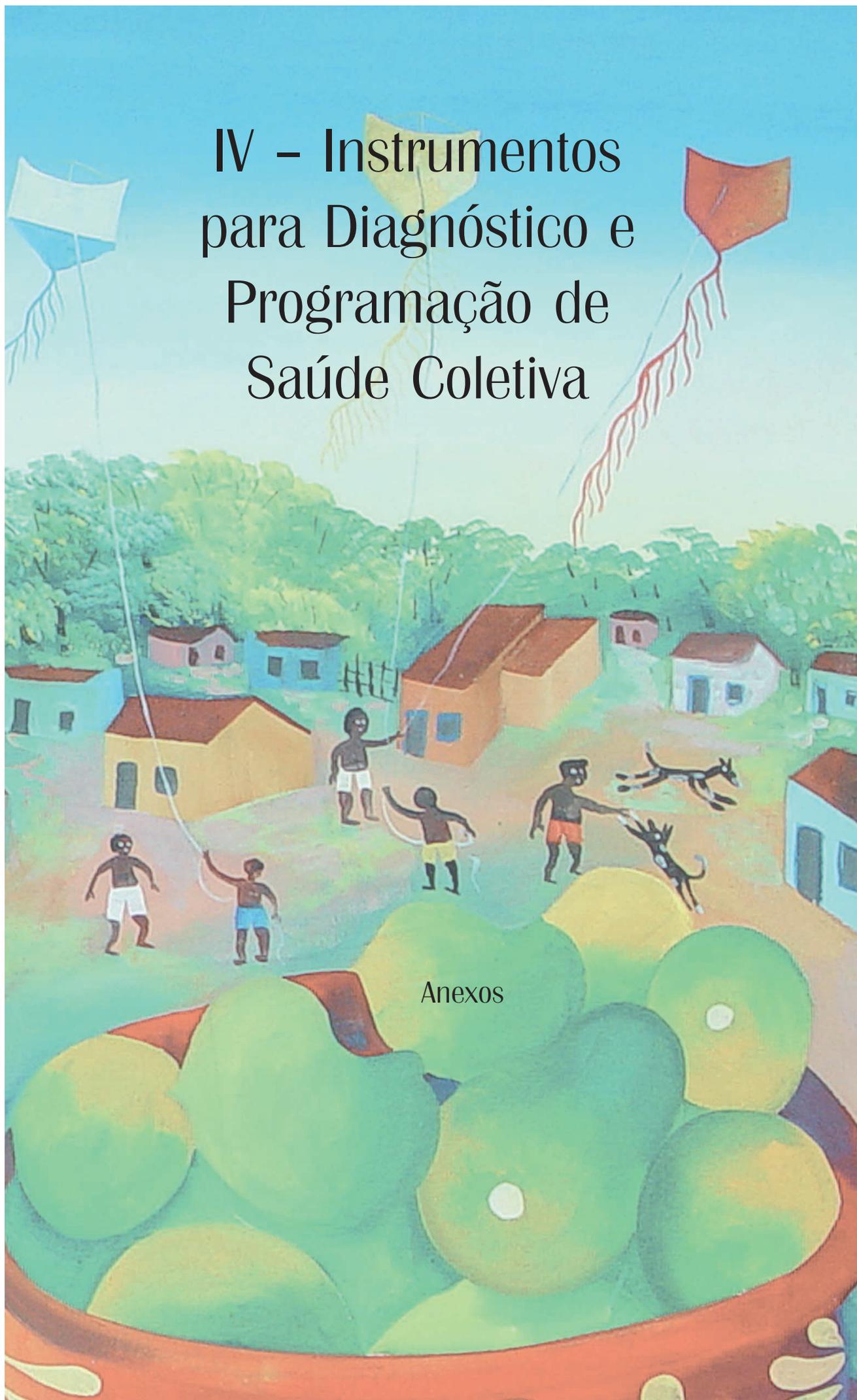
Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, 2000. *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995-1998*, Cuiabá, 3ª edição.

Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, 1998. *Saúde em Números 4*, Cuiabá.

Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, 1997. *Saúde em Números 3*, Cuiabá.

# IV – Instrumentos para Diagnóstico e Programação de Saúde Coletiva

Anexos





1. Recursos Federais do SUS por Município – Período de Janeiro a Maio/2001

| Meses        | PAB FIXO (Plena) |           | PACS (Mun) |          |           | VISA (Mun) |           | Carência Nutricional (Mun) |           | Farmácia Básica (Mun) |           | TFEOD   |           | PSF     |          |           | Total   |          |           |  |
|--------------|------------------|-----------|------------|----------|-----------|------------|-----------|----------------------------|-----------|-----------------------|-----------|---------|-----------|---------|----------|-----------|---------|----------|-----------|--|
|              | Federal          | Municipal | Federal    | Estadual | Municipal | Federal    | Municipal | Federal                    | Municipal | Federal               | Municipal | Federal | Municipal | Federal | Estadual | Municipal | Federal | Estadual | Municipal |  |
| Janeiro      |                  |           |            |          |           |            |           |                            |           |                       |           |         |           |         |          |           |         |          |           |  |
| Fevereiro    |                  |           |            |          |           |            |           |                            |           |                       |           |         |           |         |          |           |         |          |           |  |
| Março        |                  |           |            |          |           |            |           |                            |           |                       |           |         |           |         |          |           |         |          |           |  |
| Abril        |                  |           |            |          |           |            |           |                            |           |                       |           |         |           |         |          |           |         |          |           |  |
| Maio         |                  |           |            |          |           |            |           |                            |           |                       |           |         |           |         |          |           |         |          |           |  |
| TOTAL        |                  |           |            |          |           |            |           |                            |           |                       |           |         |           |         |          |           |         |          |           |  |
| Média Mensal |                  |           |            |          |           |            |           |                            |           |                       |           |         |           |         |          |           |         |          |           |  |



### 3. Diagnóstico Situacional de Saneamento Básico e Ambiental

|                                 |                    |  |                |  |                          |  |                  |          |                          |  |
|---------------------------------|--------------------|--|----------------|--|--------------------------|--|------------------|----------|--------------------------|--|
| 1 Escritório Regional de Saúde: |                    |  |                |  |                          |  |                  |          |                          |  |
| 2 Município:                    |                    |  |                |  |                          |  |                  |          |                          |  |
| 3<br>DESCRIÇÃO<br>DE DADOS      | 3.1 ÁGUA           |  |                |  | 3.2 ESGOAMENTO SANITÁRIO |  |                  | 3.3 LIXO |                          |  |
|                                 | 3.1.1 Rede Pública |  | 3.2.1 Poços    |  | 3.2.1 Esgoto             |  | 3.2.2 Fossa      |          | 3.3.1 Coletado           |  |
|                                 | Profundos          |  | Rasos          |  | Coletado                 |  | 3.2.3 Céu Aberto |          | 3.3.2 Queimado Enterrado |  |
|                                 | com tratamento     |  | com tratamento |  | Tratado                  |  | 3.2.3 Céu Aberto |          | 3.3.3 Céu Aberto         |  |
|                                 | sem tratamento     |  | sem tratamento |  | 3.1.3 Outras Fontes      |  | 3.2.2 Fossa      |          | 3.3.4 Lixão              |  |
|                                 | sem tratamento     |  | sem tratamento |  | 3.1.3 Outras Fontes      |  | 3.2.2 Fossa      |          | 3.3.5 Aterro Sanitário   |  |
|                                 | sem tratamento     |  | sem tratamento |  | 3.1.3 Outras Fontes      |  | 3.2.2 Fossa      |          | 3.3.5 Aterro Sanitário   |  |
|                                 | sem tratamento     |  | sem tratamento |  | 3.1.3 Outras Fontes      |  | 3.2.2 Fossa      |          | 3.3.5 Aterro Sanitário   |  |
|                                 | sem tratamento     |  | sem tratamento |  | 3.1.3 Outras Fontes      |  | 3.2.2 Fossa      |          | 3.3.5 Aterro Sanitário   |  |
|                                 | sem tratamento     |  | sem tratamento |  | 3.1.3 Outras Fontes      |  | 3.2.2 Fossa      |          | 3.3.5 Aterro Sanitário   |  |

## 4. Mapeamento dos Estabelecimentos de Baixa Complexidade da Vigilância Sanitária

| Estabelecimentos  | Existentes | Cadastrado | Inspecionado  |     |           |            | Reinspeccionado | Frequência de Inspecção/ano | Alvará 1ª Inspecção |      | Alvará 2ª Inspecção |      |
|---|------------|------------|---------------|-----|-----------|------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|------|---------------------|------|
|   |            |            | Estado        |     | Município | Notificado |                 |                             | Est.                | Mun. | Est.                | Mun. |
|   |            |            | Nível Central | ERS |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Academia de Ginástica Musculação, Condicionamento Físico e Congêneres |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Açougue   |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Cemitério/Necrotério/Crematório                                       |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Comércio de Cosmético, Perfume e Produto de Higiene                   |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Comércio de Produtos Saneantes Domissanitários (Produtos de Limpeza)  |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Comércio de Revenda de Agrotóxicos                                    |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Depósito de Alimentos   |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Depósito de Cosméticos, Perfumes e Produto de Higiene                 |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Depósito de Medicamentos/Drogas, Insumos Farmacêuticos                |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Depósito de Produtos não relacionados à saúde                         |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Dispensário de Medicamentos   |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Distrib. Sem Fracionamento de Cosmético, Perfumes e Prod. de Higiene  |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Distribuição de Artigos Médico-Hospitalares                           |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Emp. de Transp. de Cosmético, Perfume e Prod. de Higiene              |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Emp. de Transp. de Produtos Saneantes domissanitários                 |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |

continua...

| Estabelecimentos  | Existentes | Cadastrado | Inspecionado |  |           |            | Reinspecionado | Frequência de Inspecção/ano | Alvará 1ª Inspecção |      | Alvará 2ª Inspecção |      |
|---|------------|------------|--------------|--|-----------|------------|----------------|-----------------------------|---------------------|------|---------------------|------|
|   |            |            | Estado       |  | Município | Notificado |                |                             | Est.                | Mun. | Est.                | Mun. |
| Nível Central   | ERS        |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Emp. de Transporte de alimentos   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Emp. de Transporte de correlatos  |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Emp. de Transporte de Medicamentos e Insumos  |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Ervaria/Posto de Atendimento  |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Estabelecimento de Ensino   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Estabelecimento de Massagem   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Estações Rodoviárias e Ferroviárias   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Habilitação unifamiliar/Col./Multifamiliar/ Locais com fins de Lazer ou religiosos e Logradouros públicos |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Hotéis, Motéis e Congêneres   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Instituto de Beleza sem responsabilidade médica/Pedículo/Barbearia/Saunas e Congêneres                    |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Lanchonete  |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Óticas  |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Panificação   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Piscina de uso Público e Restrito   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Restaurante   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Supermercados   |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |
| Terreno Baldio  |            |            |              |  |           |            |                |                             |                     |      |                     |      |

Tempo Médio de Inspecção = 02 horas

## 5. Mapeamento dos Estabelecimentos de Média Complexidade da Vigilância Sanitária

| Estabelecimentos   | Existentes | Cadastrado | Inspecionado  |     |           |            | Reinspeccionado | Frequência de Inspecção/ano | Alvará 1ª Inspecção |      | Alvará 2ª Inspecção |      |
|--|------------|------------|---------------|-----|-----------|------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|------|---------------------|------|
|  |            |            | Estado        |     | Município | Notificado |                 |                             | Est.                | Mun. | Est.                | Mun. |
|  |            |            | Nível Central | ERS |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Agência Transfusional  |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Aplicadora de Produtos Químicos (Detetizadora, Aplicadora Aérea)           |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Canteiro de Obra   |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Casa de Apoio p/ Portadores do Vírus HIV                                   |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Casa de Repouso ou Casa de Idoso ou Asilo                                  |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Clinica ou Consultório Médico c/ Vacinação                                 |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Clinica de Fisioterapia  |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Cozinhas Industriais ou Similares  |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Creche   |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Distribuidora com Fracionamento de Cosmético, Perfume e Produto de Limpeza |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Distribuidora com Fracionamento de Drogas e Insumo Farmacêutico            |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Distribuidora de Medicamentos  |            |            |               |     |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |

continua...

| Estabelecimentos  | Existentes | Cadastrado | Inspecionado |  |           |            | Reinspeccionado | Frequência de Inspecção/ano | Alvará 1ª Inspecção |      | Alvará 2ª Inspecção |      |
|---|------------|------------|--------------|--|-----------|------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|------|---------------------|------|
|   |            |            | Estado       |  | Município | Notificado |                 |                             | Est.                | Mun. | Est.                | Mun. |
| Nível Central   | ERS        |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Drogaria  |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Estabelecimento Carcerário  |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Estabelecimento de Tatuagem e Congêneres                              |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Estabelecimento não relacionados à saúde                              |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| estabelecimento que pratica acupuntura                                |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Indústria de Alimentos  |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Indústria de Cosméticos, Perfume e Produtos de Higiene                |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Indústria de Produtos Saneantes Domissanitários (Produtos de Limpeza) |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Laboratório de Prótese  |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Lavanderia de Roupas de Uso Hospitalar – isolada do Hospital          |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Posto de coleta de sangue – isolado                                   |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Posto de coleta p/ análise clínica – isolada                          |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Sistema de coleta, disposição e Tratamento de esgoto                  |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Sistema de coleta, disposição e Tratamento de resíduos sólidos (fixo) |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Sistema público e privado de abastecimento de água p/ consumo humano  |            |            |              |  |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |

Tempo de Inspecção = 05 Horas

## 6. Mapeamento dos Estabelecimentos de Alta Complexidade da Vigilância Sanitária

| Estabelecimentos  | Existentes | Cadastrado | Inspecionado  |        |           |            | Reinspeccionado | Frequência de Inspecção/ano | Alvará 1ª Inspecção |      | Alvará 2ª Inspecção |      |
|---|------------|------------|---------------|--------|-----------|------------|-----------------|-----------------------------|---------------------|------|---------------------|------|
|   |            |            | Nível Central | Estado | Município | Notificado |                 |                             | Est.                | Mun. | Est.                | Mun. |
| Banco de Órgão, de medula ou de leite   |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Clinica de Cirurgia Ambulatorial, Estética  |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Empresa de irradiação de produtos   |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Empresas de transporte de material de alto risco (carga perigosa)   |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Endoscopia Digestiva - Alta e Baixa, Instituto de Beleza com responsabilidade Médica e Clínica Geniátrica |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Estabelecimento que procede esterilização de produtos correlatos (centrais de esterilização)              |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Farmácia de Manipulação   |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Farmácias que preparam Nutrição Parenteral  |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Hospital Especializado, Geral, Dia e Maternidade  |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Indústria de medicamentos   |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Indústria de Palmito em conserva  |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Indústria Farmoquímica  |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Laboratório de Análises Clínicas, de Citopatologia e de Anatomia Patológica - isolada                     |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Prestador de Serviços que utiliza radiação ionizante - sala e equipamento                                 |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Serviço de Hemoterapia  |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Serviço de Quimioterapia  |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Serviço de Terapia Renal Substitutiva   |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |
| Serviço de Urgência/Emergência  |            |            |               |        |           |            |                 |                             |                     |      |                     |      |

Tempo de Inspecção = 12 Horas

7. Relação das Aldeias Indígenas por Município

| NOME | ÁREA (ha) | ETNIA | POPULAÇÃO | TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA | DESTINO FINAL DO LIXO | DESTINO FINAL DOS DEJETOS | POSTO DE SAÚDE | ESCOLA | REDE ELÉTRICA | DISTÂNCIA DE REGIÃO DE MATA | DISTÂNCIA DE ÁGUAS SUPERFICIAIS |
|------|-----------|-------|-----------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------|--------|---------------|-----------------------------|---------------------------------|
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |

1. Nome: Nome da aldeia;
2. Área: Extensão da aldeia em hectare;
3. Etnia: Nome do grupo biológico e cultural a que pertencem;
4. População: Total de índios residentes na aldeia;
5. Tipo de abastecimento de água: Rede pública, poço raso, poço artesiano, águas superficiais (rios, lagoa etc.)
6. Destino final do lixo: Lixão, vasadouro a céu aberto, aterro controlado, aterro sanitário, incineração etc.
7. Destino final dos dejetos: Rede pública, fossa seca, fossa séptica, córrego, etc.
8. Posto de saúde: Total de posto de saúde existentes.
9. Escola: Total de escolas existentes.
10. Rede elétrica: Total das unidades habitacionais servidas por rede elétrica.
11. Distância da região da mata: Qual da distância da aldeia à região da mata?
12. Distância de águas superficiais: Qual a distância da aldeia a rios, lagoas, represas etc?



## 7.2.. Mapa Municipal

Município:

| ÁREA   | LEI MUNICIPAL QUE DEFINE LIMITES DO PERÍMETRO URBANO | POPULAÇÃO | IMÓVEIS     |           |                |        | LOTEAMENTO IRREGULAR OU CLANDESTINO - INVASÕES | PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS |
|--------|--|-----------|-------------|-----------|----------------|--------|--|---------------------------------|
|        |  |           | RESIDENCIAL | COMERCIAL | TERRENO BALDIO | OUTROS |  |                                 |
| URBANA |  |           |             |           |                |        |  |                                 |
| RURAL  |  |           |             |           |                |        |  |                                 |

Instrução do Preenchimento da Planilha 07.2 - Descrição dos Quadros

1. Área Urbana: Área interna ao perímetro urbano de uma cidade, definida por lei municipal;  
Área Rural: Área externa ao perímetro urbano;
2. Lei Municipal que define limites do perímetro urbano do município: Número e data da aprovação;
3. População: Total de pessoas residentes na área urbana e na área rural;
4. Imóveis: Total de casas, prédios, edifícios, terrenos baldios etc., existente no município;
5. Loteamento irregular ou clandestino: Áreas invadidas e loteamentos irregulares ou clandestinos;
6. Portos, Aeroportos e Fronteiras: Existência de orla portuária, aeroportos e/ou limites com outro país.

## 8. Relação das Aldeias Indígenas por Escritório Regional de Saúde

| MUNICÍPIO | NOME | ÁREA (ha) | ETNIA | POPULAÇÃO | TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA | DESTINO FINAL DO LIXO | DESTINO FINAL DOS DEJETOS | POSTO DE SAÚDE | ESCOLA | REDE ELÉTRICA | DISTÂNCIA DE REGIÃO DE MATA | DISTÂNCIA DE ÁGUAS SUPERFICIAIS |
|-----------|------|-----------|-------|-----------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------|--------|---------------|-----------------------------|---------------------------------|
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |

Instrução de Preenchimento da Planilha 08- Descrição dos Quadros

1. Município: Municípios que fazem parte do Escritório Regional;
2. Nome: Nome da Aldeia;
3. Área: Extensão da Aldeia em Hectare;
4. Etnia: Nome do Grupo Biológico e Cultural a que Pertencem;
5. População: Total de Índios Residentes na Aldeia;
6. Tipo de Abastecimento de Água: Rede Pública, Poço Raso, Poço Artesiano, Água Superficiais (Rios, Lagoa etc.)
7. Destino Final do Lixo: Lixão/ Vazadouro a céu aberto, Aterro Controlado, Aterro Sanitário, Incineração etc.
8. Destino Final dos Dejetos: Rede Pública, Fossa Seca, Fossa Séptica, Córrego etc.
9. Posto de Saúde: Total de Postos de Saúde Existentes;
10. Escola: Total de Escolas Existentes;
11. Rede Elétrica: Total de unidades habitacionais servidas por Rede Elétrica.
12. Distância de Região de Mata: Qual a distância da Aldeia à Região da Mata?
13. Distância de Águas Superficiais: Qual a distância da Aldeia a Rios, Lagoas, Represas etc?

### 8.1. Relação dos Assentamentos por Escritório Regional de Saúde

| MUNICÍPIO | NOME | ÁREA (ha) | ETNIA | POPULAÇÃO | TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA | DESTINO FINAL DO LIXO | DESTINO FINAL DOS DEJETOS | POSTO DE SAÚDE | ESCOLA | REDE ELÉTRICA | DISTÂNCIA DE REGIÃO DE MATA | DISTÂNCIA DE ÁGUAS SUPERFICIAIS |
|-----------|------|-----------|-------|-----------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------|--------|---------------|-----------------------------|---------------------------------|
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |
|           |      |           |       |           |                               |                       |                           |                |        |               |                             |                                 |

Instrução de Preenchimento da Planilha 08.1- Descrição dos Quadros

- Município: Municípios que fazem parte do Escritório Regional;
- Denominação: Nome do Assentamento.
- Ano de Criação: Ano do Ato de Criação Publicada em Portaria.
- Área: Extensão do Assentamento em Hectare.
- Número de Famílias: total de Famílias beneficiadas.
- População Total: Total de pessoas residentes no assentamento.
- Tipo de Abastecimento de Água: Rede Pública, Poço Raso, Poço Artesiano, Águas Superficiais, (Rios, Lagoas etc.)
- Destino Final do Lixo: Lixão, Vazadouro a Céu Aberto, Aterro controlado, Aterro sanitário, Incineração etc.
- Destino Final dos Dejetos: Rede Pública, Fossa Seca, Fossa Séptica, Córrego etc.
- Posto de Saúde: Total de Postos de Saúde Existentes.
- Escola: Total de Escolas Existentes.
- Rede Elétrica: Total de Unidades Habitacionais servidas por Rede Elétrica.
- Distância de Região de mata: Qual a distância da aldeia à região de mata?
- Distância de Água Superficiais: Qual a distância da aldeia a rios, lagoas, represas etc.?

## 8.2. Mapa Municipal por Escritório Regional de Saúde

Município:

| MUNICÍPIO | ÁREA   | LEI MUNICIPAL QUE DEFINE LIMITES DO PERÍMETRO URBANO | POPULAÇÃO | IMÓVEIS     |           |                |        | LOTEAMENTO IRREGULAR OU CLANDESTINO - INVASÕES | PORTOS, AEROPORTOS E FRONTEIRAS |
|-----------|--------|--|-----------|-------------|-----------|----------------|--------|--|---------------------------------|
|           |        |  |           | RESIDENCIAL | COMERCIAL | TERRENO BALDIO | OUTROS |  |                                 |
|           | URBANA |  |           |             |           |                |        |  |                                 |
|           | RURAL  |  |           |             |           |                |        |  |                                 |
|           | URBANA |  |           |             |           |                |        |  |                                 |
|           | RURAL  |  |           |             |           |                |        |  |                                 |

Instrução de Preenchimento da Planilha 08.2- Descrição dos Quadros

- Município: Municípios que fazem parte do Escritório Regional;
- Área Urbana: Área interna ao perímetro urbano de uma cidade, definida por lei municipal;  
Área Rural: Área externa ao perímetro urbano;
- Lei Municipal que define limites do perímetro urbano do município: Número e data da aprovação;
- População: Total de pessoas residentes na área urbana e na área rural;
- Imóveis: Total de casas, prédios, edifícios, terrenos baldios etc., existentes nos municípios;
- Loteamento irregular ou clandestino: Áreas invadidas e loteamentos irregulares ou clandestinos;
- Portos, Aeroportos e Fronteiras: Existência de orla portuária, aeroportos e/ou limites com outro país.





## Instruções para preenchimento

- (1) Identificação do Escritório Regional – Anotar neste campo o nome completo do Escritório Regional.
- (2) Levantamento da atividade econômica – este campo não é para ser preenchido, apenas para identificar o tipo de estudo.
- (3) Data: Anotar a data em que está sendo feito o levantamento. Ex: 06/06/01
- (4) Municípios – Este campo deverá ser preenchido com o nome completo do município onde foram levantadas as informações. Ex: Barra do Garças, Guiratinga.
- (5) Zonas Urbanas – área interna ao perímetro urbano de uma cidade, definida por demanda municipal Zona Rural – Área externa ao perímetro urbano
- (6) Área (Km<sup>2</sup>) – Deverá registrar a extensão total de área da abrangência do município. Ex: Alto Garças: 3.820,90 Km<sup>2</sup>.
- (7) População – Deverá registrar o número total de habitantes da abrangência do município. Ex: Confresa: 17.811 hab.
- (8) Atividades Econômicas/Estabelecimentos Existentes: refere-se às atividades econômicas existentes no Município, que estão contempladas nos campos 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.
- (9) a (19) Deverão ser preenchidos com o número de estabelecimento existentes e os **tipos de risco** aos quais a população está exposta, relacionada à atividade econômica citada.

Os **tipos de riscos** deverão ser enumerados conforme Anexo I (conseqüência de exposição ao risco)

Ex: item 09 – Madeireira

Riscos: Acidentes de Trabalho (computação, dermatite) Doenças respiratórias

Ex: item 10 – Usina de Álcool e Açúcar

Riscos: Efeitos tóxicos de Solventes Orgânicos – Poluição Ambiental

Ex: item 11 e 12 – Abatedouro e Frigorífico

Riscos: Doenças infecciosas e parasitárias – Poluição Ambiental

Ex: item 13 – Curtume

Riscos: Efeitos tóxicos de Solventes Orgânicos – Poluição Ambiental

Ex: item 14 – Uso de agrotóxicos na produção agrícola

Riscos: Intoxicação por agentes tóxicos Dermatose

Ex: item 15 – Calcareira

Riscos: Doenças respiratórias – Síndrome devido ao deslocamento de ar de uma explosão

Ex: item 16 – Laticínio

Riscos: Doença infecciosa e parasitária – Poluição Ambiental

Ex: item 17.1 – Indústria de Alimento

Riscos: Doenças do Sistema circulatório – Lesões por esforços repetitivos (LER)

Ex: item 17.2 – Indústria de produto de Limpeza

Riscos: Asfixia por agentes tóxicos Poluição Ambiental

Ex: item 17.3 – Indústria Farmacêutica

Riscos: Asfixia por agentes tóxicos Poluição Ambiental

Ex: item 17.4 – Indústria Moveleira

Riscos: Efeitos tóxicos de Solventes Orgânicos – Poluição Ambiental

Ex: item 18 – Garimpo

Riscos: Doença Glomerular Crônica Lesões por esforços repetitivos ( LER )

**(19)** Atividade Principal – Este campo serve apenas para identificar o tipo de atividade existente.

**(19.1)** Esse campo deverá ser preenchido com o nome da atividade principal

**(19.2)** Localização: Descrever a área onde a atividade está localizada. Ex: urbana ou rural

#### **ANEXO - I**

Conseqüência da exposição ao Risco.

1. Amputação de membro superior
2. Dermatite de contato
3. Doenças respiratórias
4. Queimaduras
5. Proliferação de vetores
6. Neoplasia da cavidade nasal
7. Perda auditiva
8. Afecções do aparelho auditivo
9. Acidentes de trabalho
10. Poluição ambiental
11. Efeitos tóxicos de solventes orgânicos
12. Dermatoses
13. Intoxicações por agentes químicos tóxicos
14. Asfixia por Agentes Tóxicos nas Indústrias
15. Doença Glomerular Crônica
16. Lesões por Esforços Repetitivos – LER
17. Transtornos Mentais (suicídio) e Neurológico
18. Síndrome devido a deslocamento de ar de uma explosão
19. Contaminação dos mananciais
20. Doenças infecciosas e parasitárias
21. Distúrbios visuais
22. Doenças do sistema circulatório
23. Doenças do sistema digestivo





## Instruções para o Preenchimento

- (1) Identificação do Município – Anotar neste campo o nome completo do Município.
- (2) Levantamento da Atividade econômica – este campo não deverá ser preenchido, servirá apenas para identificar o tipo de estudo.
- (3) Data: Anotar a data em que está sendo feito o levantamento. Ex: 06/06/01
- (4) **Área Urbana** – Área interna ao perímetro urbano de uma cidade, definida por Lei municipal. Área externa ao perímetro urbano.
- (5) Área (Km<sup>2</sup>) – Deverá registrar a extensão total de área das zonas existentes no município.  
Ex: Alto Garças: 3.820,90 Km<sup>2</sup>.  
Zona urbana: 2.000.00 Km<sup>2</sup>  
Zona Rural: 1.820.90 Km<sup>2</sup>
- (6) População – Deverá registrar o n.º total de habitantes das zonas existentes no município.  
Ex: Confresa: 17.811 hab.  
Zona urbana: 10.000 Hab.  
Zona Rural: 7.811 Hab.
- (7) Atividades Econômicas/Estabelecimentos Existentes: refere-se às atividades econômicas existentes no Município, que estão contempladas nos campos 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17.
- (8) a (17) Deverão ser preenchidos com o número de estabelecimentos existentes e os **tipos de risco** aos quais a população está exposta, em decorrência de casos notificados nos sistemas de informação do SUS, relacionada à atividade econômica citada.  
Estabelecimentos de revenda: considerar: os postos de revenda existentes e que comercializam produtos para utilizar o agrotóxico.  
Propriedades Rurais: n.º de fazendas que utilizam o agrotóxico no cultivo de diferentes plantações.  
Produção Agrícola: relacionar os tipos de plantações predominantes no município (ex: plantação de soja, milho etc.)  
Os **tipos de riscos** deverão ser enumerados conforme Anexo I (conseqüência de exposição ao risco) Ex: item 08 – Madeireira  
Riscos: Acidentes de Trabalho (amputação, dermatite) Doenças respiratórias  
Ex: item 9 – Usina de Álcool e Açúcar  
Riscos: Efeitos tóxicos de Solventes Orgânicos – Poluição Ambiental  
Ex: item 10 e 11 – Abatedouro e Frigorífico  
Riscos: Doenças infecciosas e parasitárias – Poluição Ambiental  
Ex: item 12 – Curtume  
Riscos: Efeitos tóxicos de Solventes Orgânicos – Poluição Ambiental  
Ex: item 13 – uso de agrotóxicos na produção agrícola  
Riscos: Intoxicação por agentes tóxicos Dermatose  
Ex: item 14 – Calcareira  
Riscos: Doenças respiratórias – Síndrome devido ao deslocamento de ar de uma explosão.  
Ex: item 15 – Laticínio  
Riscos: Doença infecciosa e parasitária Poluição Ambiental  
Ex: item 16 – Este campo serve para identificar as atividades de Indústrias/ Fábricas existentes  
Ex: item 16.1 – Indústria de Alimento

Riscos: Doenças do Sistema circulatório Lesões por esforços repetitivos (LER)

Ex: item 16.2 – Indústria de produto de Limpeza

Riscos: Asfixia por agentes tóxicos Poluição Ambiental

Ex: item 16.3 – Indústria Farmacêutica

Riscos: Asfixia por agentes tóxicos Poluição Ambiental

Ex: item 16.4 – Indústria Moveleira

Riscos: Efeitos tóxicos de Solventes Orgânicos Poluição Ambiental

Ex: item 17 – Garimpo

Riscos: Doença Glomerular Crônica Lesões por esforços repetitivos ( LER )

**(18 )** Atividade Principal – Este campo serve apenas para identificar o tipo de atividade existente.

**(18.1)** Esse campo deverá ser preenchido com o nome da atividade principal

**(18.2)** Localização: Descrever a área onde a atividade está localizada. Ex: urbana ou rural.

## **ANEXO - I**

Conseqüência da exposição ao Risco.

1. Amputação de membro superior
2. Dermatite de contato
3. Doenças respiratórias
4. Queimaduras
5. Proliferação de vetores
6. Neoplasia da cavidade nasal
7. Perda auditiva
8. Afecções do aparelho auditivo
9. Acidentes de trabalho
10. Poluição ambiental
11. Efeitos tóxicos de solventes orgânicos
12. Dermatoses
13. Intoxicações por agentes químicos tóxicos
14. Asfixia por Agentes Tóxicos nas Indústrias
15. Doença glomerular crônica
16. Lesões por Esforços Repetitivos – LER
17. Transtorno Mental (suicídio) e Neurológico
18. Síndrome devido a deslocamento de ar de uma explosão
19. Contaminação dos mananciais
20. Doenças infecciosas e parasitárias
21. Distúrbios visuais
22. Doenças do sistema circulatório
23. Doenças do sistema digestivo

11. Diagnóstico da Capacidade Instalada e de Recursos Humanos para Proteção da Saúde Coletiva

| RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA PROTEÇÃO DA SAÚDE COLETIVA                               | NÍVEL DE ABRANGÊNCIA |                     |                   | RESÍDUO (+/-) |
|---|----------------------|---------------------|-------------------|---------------|
|   | SES<br>EXISTENTE     | FUNASA<br>EXISTENTE | SMS<br>NECESSÁRIO |               |
|   |                      |                     |                   |               |
| <b>1 - RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/AMBIENTAL/SANITÁRIA</b> |                      |                     |                   |               |
| 1.1. Agente Comunitário de Saúde  |                      |                     |                   |               |
| 1.2. Agente de Saúde Ambiental  |                      |                     |                   |               |
| 1.3. Agente de Saúde Rural  |                      |                     |                   |               |
| 1.4. Auxiliar de Enfermagem   |                      |                     |                   |               |
| 1.5. Auxiliar de Laboratório  |                      |                     |                   |               |
| 1.6. Coordenador Endemias   |                      |                     |                   |               |
| 1.7. Digitador  |                      |                     |                   |               |
| 1.8. Enfermeiro PSF   |                      |                     |                   |               |
| 1.9. Equipes do PSF   |                      |                     |                   |               |
| 1.10. Fiscal Sanitário de Nível Médio/Agente Sanitário Nível Médio                      |                      |                     |                   |               |
| 1.11. Médico  |                      |                     |                   |               |
| 1.12. Microscopistas (diagnóstico de Malária)   |                      |                     |                   |               |
| 1.13. Motorista   |                      |                     |                   |               |
| 1.14. Revisor de Lâminas de Malária   |                      |                     |                   |               |
| 1.15. Supervisor Endemias   |                      |                     |                   |               |
| 1.16. Técnico apoio Administrativo  |                      |                     |                   |               |
| 1.17. Técnico de Nível Superior (especificar categoria profissional)                    |                      |                     |                   |               |
| 1.18. Técnico de VISA Nível Superior (especificar categoria profissional)               |                      |                     |                   |               |

continua...

| RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA PROTEÇÃO DA SAÚDE COLETIVA                               | NÍVEL DE ABRANGÊNCIA |                     |           |            | RESÍDUO (+/-) |
|---|----------------------|---------------------|-----------|------------|---------------|
|   | SES<br>EXISTENTE     | FUNASA<br>EXISTENTE | SMS       |            |               |
|   |                      |                     | EXISTENTE | NECESSÁRIO |               |
| <b>1 - RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/AMBIENTAL/SANITÁRIA</b> |                      |                     |           |            |               |
| 1.19. Técnico em Epidemiologia (NM)   |                      |                     |           |            |               |
| 1.20. Técnico em Epidemiologia (NS)   |                      |                     |           |            |               |
| 1.21. Técnico em Informática  |                      |                     |           |            |               |
| 1.22. Técnico em Patologia Clínica/Laboratório  |                      |                     |           |            |               |
| <b>2 - BENS MÓVEIS</b>  |                      |                     |           |            |               |
| 2.1. Audiômetro   |                      |                     |           |            |               |
| 2.2. Bicicleta  |                      |                     |           |            |               |
| 2.3. Bomba Costal Manual  |                      |                     |           |            |               |
| 2.4. Bomba Costal Motorizada  |                      |                     |           |            |               |
| 2.5. Câmera fotográfica comum   |                      |                     |           |            |               |
| 2.6. Câmera fotográfica digital   |                      |                     |           |            |               |
| 2.7. Computador   |                      |                     |           |            |               |
| 2.8. Decibelímetro  |                      |                     |           |            |               |
| 2.9. Esfigmomanômetro   |                      |                     |           |            |               |
| 2.10. Estetoscópio  |                      |                     |           |            |               |
| 2.11. Fax - Telefone  |                      |                     |           |            |               |
| 2.12. Filmadora   |                      |                     |           |            |               |
| 2.13. Fotocopiadora   |                      |                     |           |            |               |

continua ...

| RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA PROTEÇÃO DA SAÚDE COLETIVA     | NÍVEL DE ABRANGÊNCIA |        |           |           |            | RESÍDUO (+/-) |
|---|----------------------|--------|-----------|-----------|------------|---------------|
|   | SES                  | FUNASA | SMS       |           | NECESSÁRIO |               |
|   |                      |        | EXISTENTE | EXISTENTE |            |               |
| 2 - BENS MÓVEIS   |                      |        |           |           |            |               |
| 2.14. Kit de análise rápida para alimento (iodo, amônia etc.) |                      |        |           |           |            |               |
| 2.15. Kit medidor de cloro                                    |                      |        |           |           |            |               |
| 2.16. Lupa Entomológica - Esterioscópico                      |                      |        |           |           |            |               |
| 2.17. Luxímetro   |                      |        |           |           |            |               |
| 2.18. Microscópio Bacteriológico                              |                      |        |           |           |            |               |
| 2.19. Motocicleta   |                      |        |           |           |            |               |
| 2.20. Negatoscópico   |                      |        |           |           |            |               |
| 2.21. Phmetro   |                      |        |           |           |            |               |
| 2.22. Protetor Auditivo                                       |                      |        |           |           |            |               |
| 2.23. Telefones (PABX)  |                      |        |           |           |            |               |
| 2.24. Televisão   |                      |        |           |           |            |               |
| 2.25. Termômetro Digital (-20•e 96•C)                         |                      |        |           |           |            |               |
| 2.26. Vacuômetro  |                      |        |           |           |            |               |
| 2.27. Veículos  |                      |        |           |           |            |               |
| 2.28. Veículos com UBV  |                      |        |           |           |            |               |
| 2.29. Vídeo   |                      |        |           |           |            |               |
| 2.30. Mesa Escrivãzinha                                       |                      |        |           |           |            |               |
| 2.31. Mesa para Computador                                    |                      |        |           |           |            |               |

continua...

| RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA PROTEÇÃO DA SAÚDE COLETIVA   | NÍVEL DE ABRANGÊNCIA |           |           |           | RESÍDUO (+/-) |            |
|---|----------------------|-----------|-----------|-----------|---------------|------------|
|   | SES                  | FUNASA    |           | SMS       |               |            |
|   |                      | EXISTENTE | EXISTENTE | EXISTENTE |               | NECESSÁRIO |
| 2 - BENS MÓVEIS   |                      |           |           |           |               |            |
| 2.32. Arquivos  |                      |           |           |           |               |            |
| 2.33. Cadeiras  |                      |           |           |           |               |            |
| 2.34. Prateleira  |                      |           |           |           |               |            |
| 2.35. Armários  |                      |           |           |           |               |            |
| 3 - BENS IMÓVEIS  |                      |           |           |           |               |            |
| 3.1. Depósito de Inseticidas  |                      |           |           |           |               |            |
| 3.2. Depósito Equipamentos  |                      |           |           |           |               |            |
| 3.3. Depósito Medicamentos  |                      |           |           |           |               |            |
| 3.4. Laboratório Revisão Lâminas  |                      |           |           |           |               |            |
| 3.5. Posto de Notificação   |                      |           |           |           |               |            |
| 3.6. Sala de Administração  |                      |           |           |           |               |            |
| 3.7. Sala específica para VE, VISA e Vig. Ambiental   |                      |           |           |           |               |            |
| 3.8. Sala para Laboratório Diagnóstico de Endemias  |                      |           |           |           |               |            |
| 3.9. Sala para Reuniões   |                      |           |           |           |               |            |
| 4 - INSTRUMENTOS DE TRABALHO  |                      |           |           |           |               |            |
| 4.1. Embalagem para coleta de amostra de alimento   |                      |           |           |           |               |            |
| 4.2. Equipamento de Proteção Individual para técnico (luva, bota, capacete, jaleco, macacão, máscara, óculos) |                      |           |           |           |               |            |
| 4.3. Lacre  |                      |           |           |           |               |            |
| 5 - RECURSOS ADICIONAIS DE COMUNICAÇÃO  |                      |           |           |           |               |            |
| 5.1. Internet - e-mail  |                      |           |           |           |               |            |

## Instruções para o Preenchimento

- 1.1. Agente Comunitário de Saúde ( Urbana ): 1 Agente para 150 famílias
- 1.2. Agente de Saúde Ambiental: vide anexo II
- 1.3. Agente de Saúde Rural – 1 Agente para 50 a 100 famílias
- 1.4. Auxiliar de enfermagem e laboratório – vide anexo III
- 1.5. Auxiliar de enfermagem e laboratório – vide anexo III
- 1.6. Coordenador de Endemias – vide anexo II
- 1.7. Digitador ( endemias) – vide anexo II
- 1.8. Enfermeiros do PSF – 1 (uma) por equipe
- 1.9. Equipes do PSF – 1 (uma) para cada 4.000 (quatro mil) habitantes (600 a 900 famílias)
- 1.10. vide anexo I
- 1.12. vide anexo II
- 1.15. vide anexo II
- 1.17. vide anexo III
- 1.18. vide anexo I
- 1.19. vide anexo III
- 1.20. vide anexo III
- 2.1. Audiômetro – aparelho para medir a capacidade auditiva
- 2.8. Decibélimetro – aparelho para medir a intensidade de ruído no local de trabalho
- 2.9. Esfigmomanômetro – aparelho para medir pressão
- 2.16. Estereoscópio – microscópio para identificação de insetos
- 2.17. Luxímetro – aparelho para medir a intensidade da luz no ambiente de trabalho
- 2.20. Negatoscópio - aparelho para leitura de Raio X
- 2.26. Vacuômetro – aparelho para medir pressão em vasilhames com alimentos (palmito)

# ANEXO I

## ESTRUTURA MÍNIMA PARA AÇÕES DA VISA NOS MUNICÍPIOS

### 1. RECURSOS HUMANOS

Municípios Habilitados para executar Ações de Baixa Complexidade com População igual a:

- **Até 10 mil habitantes, deverá ter o mínimo**  
02 ( dois ) Técnicos de nível médio (Fiscal Sanitário/ Agente Sanitário)
- **de 10 mil a 50 mil,**  
02 ( dois ) Técnicos de nível médio (Fiscal Sanitário/ Agente Sanitário)  
01 Técnico de nível superior da área da saúde.
- **Acima de 50 mil,**  
02 Técnicos de nível médio (Fiscal Sanitário/ Agente Sanitário)  
02 Técnicos de nível superior da área da saúde.

**Município em Gestão Plena, Habilitados para executar Ações de Média Complexidade, com População Igual ou Superior a:**

- **20 mil habitantes, além da equipe mínima para as ações de baixa complexidade, deverá acrescentar, no mínimo:**  
02 ( dois ) Técnicos de nível superior da área da saúde;  
04 ( quatro ) Técnicos de nível médio.

### 2. INFRA-ESTRUTURA

Infra-estrutura mínima para todos os níveis, sendo a quantidade proporcional ao número de fiscais sanitários, como também a quantidade e complexidade das ações executadas pela Vigilância Sanitária.

- Sala compartilhada ou não;
- Computador com impressora;
- Arquivo para guarda de pasta de estabelecimento, de interesse da saúde, existente no Município;
- Armário para guarda de legislação, cartilhas orientativas e formulários utilizados em VISA;
- Mesas e cadeiras;
- Computador com acesso à Internet;
- Bicicleta, motocicleta e/ou carro compartilhado;
- Telefone, Fax e e-mail;
- Quadro, mural;
- Bebedouro compartilhado ou não;
- Sala para guarda temporária de produtos apreendidos e em processo administrativos, com Freezer, Geladeira e Estrados.

## ANEXO II

### BASE DE CÁLCULO PARA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS, NECESSÁRIOS PARA ORGANIZAÇÃO (ESTRUTURA MÍNIMA), PARA O CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES.

#### 1. MUNICÍPIOS DE 0 A 5.000 IMÓVEIS

| FUNÇÃO          | QUANTIDADE                       |                          |
|-----------------|----------------------------------|--------------------------|
|                 | Zona Urbana                      | Zona Rural               |
| Coordenador*    | 01                               | O mesmo da Zona Urbana   |
| Agente de Saúde | 01 para cada 800 a 1.000 imóveis | 01 para cada 300 imóveis |
| Microscopista** | 01                               | 01                       |
| ***             | -                                | -                        |

\* Este profissional poderá acumular as funções de Coordenador e Supervisor ou outras funções da Saúde.

\*\* Este profissional é necessário naqueles municípios com ocorrência de Malária.

O da zona rural onde tiver assentamentos.

\*\*\* Municípios com menos de 20 pontos estratégicos (Dengue) não necessitarão de agentes específicos para esta atividade ou borrifação para outras endemias.

#### 2. MUNICÍPIOS DE 5.001 A 10.000 IMÓVEIS

| FUNÇÃO                              | QUANTIDADE                          |                          |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                                     | Zona Urbana                         | Zona Rural               |
| Coordenador*                        | 01                                  | O mesmo da Zona Urbana   |
| Supervisor de Campo**               | 01 para cada 12 agentes             | 01 para cada 6 agentes   |
| Agente de Saúde                     | 01 para cada 800 a 1.000 imóveis    | 01 para cada 300 imóveis |
| Microscopista***                    | 01                                  | 01                       |
| Agente de Saúde – Ponto Estratégico | 01 para cada 80 pontos Estratégicos | -                        |

\* Este profissional poderá acumular as Funções de Coordenador com outras Funções da Saúde.

\*\* Este profissional deverá ser habilitado para dirigir veículos ou moto.

\*\*\* Este profissional é necessário naqueles municípios com ocorrência de Malária.

O da zona rural onde tiver assentamentos.

### 3. MUNICÍPIOS DE 10.001 A 30.000 IMÓVEIS

| FUNÇÃO                              | QUANTIDADE                          |                          |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                                     | Zona Urbana                         | Zona Rural               |
| Coordenador*                        | 01                                  | O mesmo da Zona Urbana   |
| Supervisor de Campo**               | 01 para cada 12 agentes             | 01 para cada 6 agentes   |
| Agente de Saúde                     | 01 para cada 800 a 1.000 imóveis    | 01 para cada 300 imóveis |
| Microscopista***                    | 01                                  | 01                       |
| Digitador                           | 01                                  | -                        |
| Agente de Saúde – Ponto Estratégico | 01 para cada 80 pontos Estratégicos | -                        |
| Laboratorista (Entomologia)         | 01                                  | -                        |

\* Este profissional poderá acumular as Funções de Coordenador com outras Funções da Saúde.

\*\* Este profissional deverá ser habilitado para dirigir veículos ou moto.

\*\*\* Este profissional é necessário naqueles municípios com ocorrência de Malária. O da zona rural onde tiver assentamentos

### 4. MUNICÍPIOS DE 30.001 A 80.000 IMÓVEIS

| FUNÇÃO                              | QUANTIDADE                       |                          |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|                                     | Zona Urbana                      | Zona Rural               |
| Coordenador*                        | 01                               | O mesmo da Zona Urbana   |
| Supervisor de Campo**               | 01 para cada 12 agentes          | 01 para cada 6 agentes   |
| Agente de Saúde                     | 01 para cada 800 a 1.000 imóveis | 01 para cada 300 imóveis |
| Microscopista***                    | 01                               | 01                       |
| Digitador                           | 01                               | -                        |
| Agente de Saúde – Ponto Estratégico | 01 para cada 50                  | -                        |
| Laboratorista (Entomologia)         | 01                               | -                        |

### 5. MUNICÍPIOS ACIMA DE 80.001 IMÓVEIS

| FUNÇÃO                              | QUANTIDADE                       |                          |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|                                     | Zona Urbana                      | Zona Rural               |
| Coordenador*                        | 01                               | O mesmo da Zona Urbana   |
| Supervisor de Campo**               | 01 para cada 12 agentes          | 01 para cada 6 agentes   |
| Agente de Saúde                     | 01 para cada 800 a 1.000 imóveis | 01 para cada 300 imóveis |
| Digitador                           | 01                               | -                        |
| Agente de Saúde – Ponto Estratégico | 01 para cada 50 P. E.            | -                        |
| Laboratorista (Entomologia)         | 01 para cada 100 agentes         | -                        |

\* Este profissional poderá acumular as Funções de Coordenador com outras Funções da Saúde.

\*\* Este profissional deverá ser habilitado para dirigir veículos ou moto.

## ANEXO III

### ESTRUTURA MÍNIMA PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Municípios de pequeno porte (população < 10.000 habitantes)

- Um (01) profissional nível médio capacitado.
- Infra-estrutura básica: 01 computador com impressora, 01 telefone e 01 motocicleta e/ou 01 veículo não exclusivo.

Municípios de médio porte (população = 10.001 a 30.000 habitantes)

- Um (01) profissional de nível superior e um (01) de nível médio.
- Infra-estrutura básica: 01 computador com impressora, 01 telefone, e 01 fax e 03 motocicletas e/ou 01 veículo não exclusivo.

Municípios de grande porte (população = 30.001 a 100.000 habitantes)

- Dois (02) profissionais de nível superior e um (01) de médio.
- Infra-estrutura básica: 02 computadores com impressora, 01 telefone, 01 fax, 05 motocicletas e/ou 01 veículo não exclusivo.

Municípios de porte extra (população > 100.000 habitantes)

- Dois (02) profissionais de nível superior e um (01) de nível médio. Para cada 200.000 (duzentos mil) habitantes, acrescentar mais um (01) profissional de nível superior e um (01) de nível não médio.
- Infra-estrutura básica: 02 computadores com impressora, 01 telefone, e 01 fax, e-mail, 05 motocicletas e/ou 01 veículo não exclusivo.

## 12 – Diagnóstico Laboratorial

## Procedimentos de Interesse Epidemiológico

| PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS | LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS EXAMES |                       |                 |                  | CAPACIDADE DE ANÁLISE (MENSAL) | APOORTE OFERECIDO LACEN/MENSAL | NECESSIDADE DO MUNICÍPIO/MENSAL | RESÍDUO |  |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------|--|
|                             | LABORATÓRIO PARTICULAR         |                       | MUNICÍPIO       | ESTADUAL         |                                |                                |                                 |         |  |
|                             | LABORATÓRIO MUNICIPAL          | LABORATÓRIO MUNICIPAL | CENTRAL (LACEN) | REGIONAL (LAREN) |                                |                                |                                 |         |  |
| Dengue                      |                                |                       | x               |                  | 800                            |                                |                                 |         |  |
| Hepatite A, B e C           |                                |                       | x               |                  | 500                            |                                |                                 |         |  |
| Febre Amarela               |                                |                       | x               |                  |                                |                                |                                 |         |  |
| Chagas Agudo                |                                |                       | x               |                  | 200                            |                                |                                 |         |  |
| Malária                     |                                | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |  |
| Leishmaniose T. Americana   |                                | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |  |
| Leishmaniose Visceral       |                                |                       | x               |                  |                                |                                |                                 |         |  |
| Meningite                   |                                |                       | x               |                  | 60                             |                                |                                 |         |  |
| Rubéola                     |                                |                       | x               |                  | 500                            |                                |                                 |         |  |
| Sarampo                     |                                |                       | x               |                  |                                |                                |                                 |         |  |
| Tuberculose Baciloscopia    |                                |                       | x               |                  |                                |                                |                                 |         |  |
| Tuberculose Cultura         |                                |                       |                 |                  |                                |                                |                                 |         |  |
| Hanseníase                  |                                | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |  |
| HIV Triagem                 |                                | x                     | x               |                  | 3000                           |                                |                                 |         |  |
| HIV Confirmatório           |                                |                       |                 |                  |                                |                                |                                 |         |  |

continua ...

## 12 – Diagnóstico Laboratorial

| PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS      | LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS EXAMES |           |                       |                 |                  | CAPACIDADE DE ANÁLISE (MENSAL) | APOORTE OFERECIDO LACEN/MENSAL | NECESSIDADE DO MUNICÍPIO/MENSAL | RESÍDUO |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------|
|                                  | LABORATÓRIO PARTICULAR         | MUNICÍPIO | ESTADUAL              |                 | REGIONAL (LACEN) |                                |                                |                                 |         |
|                                  |                                |           | LABORATÓRIO MUNICIPAL | CENTRAL (LACEN) |                  |                                |                                |                                 |         |
| VDRL                             |                                | x         |                       |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Raiwa Humana                     |                                |           |                       |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Difteria                         |                                |           | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Leptospire                       |                                |           | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Coqueluche                       |                                |           | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Cólera                           |                                |           | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Hantavírus                       |                                |           | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Febre Tifoide                    |                                |           | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Apoio Dig. à Investig. de Surtos |                                |           | x                     |                 |                  |                                |                                |                                 |         |
| Colinesterose                    |                                |           |                       |                 |                  | 100 testes                     |                                |                                 |         |
| Cocaína                          |                                |           |                       |                 |                  | 100 testes                     |                                |                                 |         |
| Maconha                          |                                |           |                       |                 |                  | 100 testes                     |                                |                                 |         |
| Fenobarbital                     |                                |           |                       |                 |                  | 100 testes                     |                                |                                 |         |
| Fenitoína                        |                                |           |                       |                 |                  | 50 testes                      |                                |                                 |         |
| Carbamazepina                    |                                |           |                       |                 |                  | 50 testes                      |                                |                                 |         |
| Etanol (sangue)                  |                                |           |                       |                 |                  | 50 testes                      |                                |                                 |         |

## 12 – Diagnóstico Laboratorial

## Análise Laboratorial de Interesse Ambiental

| PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS  | LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS EXAMES |                       |                 | CAPACIDADE DE ANÁLISE/MENSAL/LACEN | NECESSIDADE DO MUNICÍPIO MENSAL | RESÍDUO |
|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------|------------------------------------|---------------------------------|---------|
|  | MUNICÍPIO                      |                       | ESTADUAL        |                                    |                                 |         |
|  | LABORATÓRIO PARTICULAR         | LABORATÓRIO MUNICIPAL | CENTRAL (LACEN) |                                    |                                 |         |
| ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (ETA, POÇO, TRATADA, RESERVATÓRIO, CAVALETE ETC.) |                                | x                     |                 | 2                                  |                                 |         |
| BALNEABILIDADE   |                                |                       |                 | -----                              |                                 |         |
| PESQUISA DE VIBRIO CHOLERAE  |                                |                       |                 | -----                              |                                 |         |
| ÁGUA PARA DIÁLISE  |                                |                       |                 | -----                              |                                 |         |

13 – Diagnóstico do Perfil Sanitário de Alimentos

Município: \_\_\_\_\_

Regional: \_\_\_\_\_

| GRUPO DE ALIMENTOS COMERCIALIZADOS |                         |                      |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| TIPO ALIMENTOS (1)                 | Nº MARCAS OU PRODUTORES | TIPO DE PROBLEMA (2) |
| 01                                 |                         |                      |
| 02                                 |                         |                      |
| 03                                 |                         |                      |
| 04                                 |                         |                      |
| 05                                 |                         |                      |
| 06                                 |                         |                      |
| 07                                 |                         |                      |
| 08                                 |                         |                      |
| 09                                 |                         |                      |
| 10                                 |                         |                      |

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:**

- Eleger, na relação de produtos do Anexo I, 10 alimentos dentre os comercializados no município que expõem ao risco a população.
- (1) na coluna Tipo de Alimento, citar a numeração correspondente ao alimento, conforme Anexo.
- Na coluna nº marcas ou produtos, deverão ser quantificados tanto os produtos que possuem marcas como também os produtos que não possuem marca (ex: queijo Sr. José, farinha da D. Joana);
- (2) Na coluna tipo de problema, deverão ser enumerados conforme os itens abaixo:
  1. Inspeção = (onde se observa inadequação na temperatura de conservação, armazenamento, manipulação etc.)
  2. Denúncia;
  3. Surto.

## RELAÇÃO DE GRUPO DE ALIMENTOS

A relação abaixo irá subsidiar a eleição dos 10 alimentos que expõem ao risco a população do seu município; assinale os produtos mais comercializados em sua região.

1. Frutas e Hortaliças  
A ( ) frescas B ( ) congeladas ou refrigeradas
2. Carnes e produtos Cárneos  
A ( ) carnes frescas *in natura*  
B ( ) produtos cárneos (hamburger, almôndega)  
C ( ) produtos cárneos defumados  
D ( ) produtos cárneos salgados  
E ( ) carnes resfriadas ou congeladas  
F ( ) produtos cárneos cozidos, defumados ou não (mortadela, salsicha, presunto)  
G ( ) produtos cárneos maturados
3. Ovos e Derivados ( )
4. Pescados ( )
5. Leite e produtos de laticínios  
A ( ) leite *in natura* (crú) D ( ) queijo  
B ( ) pasteurizado E ( ) creme de leite  
C ( ) manteiga
6. Conservas Vegetais  
A ( ) palmito B ( ) outros
7. Farinhas, Massas e Produtos de Panificação  
A ( ) farináceos D ( ) macarrão seco  
B ( ) massas frescas cruas E ( ) pães  
C ( ) salgadinhos de milho
8. Açúcar e Similares  
A ( ) açúcar cristal e/ou refinado B ( ) melado e rapadura
9. Produtos de Infusão:  
A ( ) café B ( ) chá
10. Guaraná em pó ( )
11. Alimentos Sólidos, Prontos para Consumo  
A ( ) sementes comestíveis cruas, torradas ou salgadas  
B ( ) especiarias e condimentos preparados em pó, pimenta do reino, colorífico, cominho, orégano, cravo, camomila, erva-doce, açafraão, coentro desidratado.
12. Sucos, Refrescos e Refrigerantes  
A ( ) sucos C ( ) refrescos  
B ( ) polpa de frutas D ( ) refrigerantes



## II – Parâmetro de Programação para Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças

| ACÇÃO           | PARÂMETRO  | META  | META PACTUADA 2001                       | META REALIZADA 2001 | RESÍDUO |
|-----------------|--|---|--|---------------------|---------|
| 1 - Notificação |  |   |  |                     |         |
| 1.1             | Notificar casos de Meningite                               | Coefficiente médio de notificação em cada Município, nos anos 98, 99 e 00                     | 19,21 casos notificados por 100.000 hab. |                     |         |
| 1.2             | Notificar casos de paralisias flácidas agudas - PFA        | Coefficiente de detecção esperada de PFA na América Latina                                    | 1 caso por 100.000 hab. < de 15 anos     |                     |         |
| 1.3             | Notificar casos de difteria                                | Coefficiente médio de notificação de casos em cada Município, nos anos 97, 98 e 99            | 0,19 casos por 100.000 hab.              |                     |         |
| 1.4             | Notificar casos de coqueluche                              | Coefficiente médio de notificação de casos em cada Município, nos anos 97, 98 e 99            | 1,45 casos por 100.000 hab.              |                     |         |
| 1.5             | Notificar casos de doenças exantemáticas                   | Coefficiente médio de notificação de casos em cada Município, nos anos 97, 98 e 99            | 15,0 casos por 100.000 hab.              |                     |         |
| 1.6             | Notificar casos de cólera                                  | Coefficiente médio de detecção nos últimos 4 anos em cada Município, nos anos 97, 98, 99 e 00 | -  |                     |         |
| 1.7             | Realizar notificação negativa de PFA                       | Proporção de unidade notificando negativamente por semana, em cada Município                  | 80% das unidades notificantes            |                     |         |
| 1.8             | Realizar notificação negativa de Sarampo e Tétano Neonatal | Proporção de unidade notificando negativamente por semana, em cada Município                  | 80% das unidades notificantes            |                     |         |
| 1.9             | Notificar casos de hanseníase                              | Coefficiente de detecção de casos de hanseníase   | 14,5 casos por 10.000 hab.               |                     |         |
| 1.10            | Notificar casos de tuberculose                             | Coefficiente de incidência em 1998  | 57,42 casos por 100.000 hab.             |                     |         |
| 1.11            | Notificar casos de DST (Sífilis congênita)                 | Coefficiente de incidência de Sífilis Congênita   | 1 caso por 1.000 nascidos vivos          |                     |         |

continua ...

| AÇÃO             | PARÂMETRO   | META  | META PACTUADA 2001   | META REALIZADA 2001 | RESÍDUO |
|------------------|---|---|--|---------------------|---------|
| 1.12             | Notificar casos de DST/AIDS (infecção por HIV em gestantes)                                     | Prevalência de infecção por HIV em gestantes  | 5 casos por 1.000 gestantes  |                     |         |
| 1.13             | Notificar casos de DST (Sífilis em gestante)  | Prevalência de Sífilis em gestantes   | 3,5% das gestantes   |                     |         |
| 1.14             | Doenças Relacionadas a Trabalho   | Percentual de Municípios sede de Escritórios Regionais implantados  | 13 Municípios  |                     |         |
| 1.15             | Acidentes de Trabalho   | Percentual de Municípios sede de Escritórios Regionais implantados  | 100% dos municípios sede dos Escritórios Regionais de Saúde                                    |                     |         |
| 1.16             | Notificação das doenças transmitidas por Vetores (Dengue, Malária, Febre Amarela, Leishmaniose) | Número médio de detecção nos anos de 98, 99 e 00  | 100% da média de casos detectados  |                     |         |
| 1.17             | Surto de Intoxicação Alimentar  | Número de surtos registrados no ano com maior ocorrência de eventos   | 100% dos surtos notificados  |                     |         |
| 1.18             | Agravos Inusitados  | -   | 100% dos casos notificados   |                     |         |
| 2 - Investigação |   |   |  |                     |         |
| 2.1              | Realizar investigação oportuna dos casos de Doenças de Notificação Compulsória – DNC            | Proporção de casos investigados/notificados dos últimos 3 anos  | Aumento em 20% da maior proporção definida no parâmetro  |                     |         |
| 2.2              | Realização de Bloqueio  | Realizar 100% de casos suspeitos de meningite (doença meningocócica e Meningite por Haemophilus) com confirmação bacteriológica), Sarampo, Tétano, Rubéola, Febre Amarela, Paralisias Agudas e Flácidas em menores de 15 anos | 80% dos casos com 1 amostra de fezes coletadas até o 14º dia do início da deficiência motora   |                     |         |
| 2.3              | Realizar coleta adequada de 02 amostras de fezes para cada caso de PFA                          | Proporção de Casos de PFA com 02 amostras de fezes  | 80% dos casos com 02 amostras de fezes coletadas até o 14º dia do início da deficiência motora |                     |         |

continua ...

| AÇÃO  | PARÂMETRO   | META  | META PACTUADA 2001   | META REALIZADA 2001 | RESÍDUO |
|---|---|---|--|---------------------|---------|
| 2.4   | Investigação de surtos e agravos inusitados   | surtos e agravos investigados   | 100% dos surtos e agravos  |                     |         |
| 3 - Diagnóstico laboratorial de confirmação de casos de doença de notificação compulsória |   |   |  |                     |         |
| 3.1   | Realizar diagnóstico laboratorial de doenças de notificação compulsória, exceto tétano                  | Proporção de casos investigados laboratorialmente sobre total de casos investigados em 1999 | Aumentar em 5% de proporção definida no parâmetro  |                     |         |
| 3.2   | Realizar diagnóstico laboratorial de meningite bacteriana   | Proporção de casos confirmados por cultura no Município, no último ano                      | Município com casos confirmados por cultura entre 0 e 10% aumentar para 20%; Município entre 11 e 20% para 30%; Município entre 21 e 30% para 40%; e Município entre 31 e 40% para 50% |                     |         |
| 3.3   | Realizar diagnóstico virológico de dengue   | 10 amostras encaminhadas para isolamento viral por semana por Estado                        | 100% das amostras encaminhadas   |                     |         |
| 3.4   | Realizar diagnóstico laboratorial de raiva humana   | Número de casos de Raiva Humana em 2.000  | 100% dos casos com diagnóstico laboratorial  |                     |         |
| 3.5   | Diagnóstico Laboratorial para as intoxicações alimentares   | Média de surtos e casos investigados em 99 e 2.000  | 100% das amostras encaminhadas   |                     |         |
| 4 - Imunizações   |   |   |  |                     |         |
| 4.1 - Vacinação de Rotina   |   |   |  |                     |         |
| 4.1.1   | Realizar vacinação de rotina com vacina oral contra a poliomielite (SABIN), terceira dose               | População < de 1 ano  | 100% das crianças vacinadas  |                     |         |
| 4.1.2   | Realizar vacinação de rotina com vacina contra a difteria, o tétano e a coqueluche (DPT), terceira dose | População < de 1 ano  | 100% das crianças vacinadas  |                     |         |
| 4.1.3   | Realizar vacinação de rotina com vacina contra a tuberculose - formas graves (BCG)                      | População < de 1 ano  | 100% das crianças vacinadas  |                     |         |

continua ...

| AÇÃO   | PARÂMETRO   | META   | META PACTUADA 2001                          | META REALIZADA 2001 | RESÍDUO |
|--|---|--|---|---------------------|---------|
| 4.1.4  | Realizar vacinação de rotina com vacina contra a hepatite B, terceira dose                          | População < de 1 ano   | 100% das crianças vacinadas                 |                     |         |
|  |   | População < de 20 anos   | 30% da População < de 20 anos               |                     |         |
| 4.1.5  | Realizar vacinação de rotina com vacina contra o sarampo, a caxumba e a rubéola (Tríplice Viral)    | População ≥ de 1 ano   | 100% das crianças vacinadas                 |                     |         |
| 4.1.6  | Realizar vacinação de rotina com vacina contra a Febre Amarela                                      | População < de 1 ano   | 100% das crianças vacinadas                 |                     |         |
| 4.1.7  | Realizar vacinação de rotina com vacina contra <i>Haemophilus influenzae tipo b</i> , terceira dose | População < de 1 ano   | 100% das crianças vacinadas                 |                     |         |
| 4.1.8  | Realizar vacinação de rotina com vacina contra difteria e tétano (dT)                               | Mulheres em idade fértil nas áreas de risco                            | 100% das Mulheres em idade fértil vacinadas |                     |         |
| 4.1.9  | Realizar vacinação de rotina com vacina anti-rábica (profilaxia)                                    | Vacinação anti-rábica humana disponibilizada em cada município         | 139 municípios com notificação              |                     |         |
| 4.2 - Vacinação de Campanha                        |   |  |   |                     |         |
| 4.2.1  | Realizar campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite em < de 5 anos                         | 100% da população < de 5 ano   | 100% das crianças em cada etapa             |                     |         |
| 4.2.2  | Realizar campanha anual contra a influenza  | 70% da população com 60 anos e mais                                    | 70% dos idosos vacinados                    |                     |         |
| 4.3 - Vigilância de eventos adversos pós vacinação |   |  |   |                     |         |
| 4.3.1  | Implantar e implementar a notificação de eventos adversos pós vacinação                             | Número de Municípios com notificação de eventos adversos pós vacinação | 126 Municípios com notificação              |                     |         |
| 4.3.2  | Investigar os eventos adversos graves pós vacinação   | Número de casos notificados de eventos adversos graves pós vacinação   | 100% dos casos notificados investigados     |                     |         |

continua ...

| ACÇÃO   | PARÁMETRO  | META   | META PACTUADA 2001                               | META REALIZADA 2001 | RESÍDUO |
|---|--|--|--|---------------------|---------|
| <b>5 - Monitorização dos Agravos de Relevância Epidemiológica</b> |  |  |  |                     |         |
| 5.1   | Implantar/implementar a monitorização das doenças diarreicas agudas  | Município com número de unidades de saúde maior ou igual a 4, 70% implantada   | 80% das unidades de saúde previstas no parâmetro |                     |         |
|   |  | Município com número de unidades de saúde menor ou igual a três, 100% implantada   |  |                     |         |
| 5.2   | Implantar a vigilância epidemiológica de doenças transmitidas por alimentos (DTA)                          | 01 Unidade Vigilância da DTA no município sede dos Escritórios Regionais de Saúde e nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande | 100% dos municípios implantados                  |                     |         |
| 5.3   | Investigar óbitos de menores de 1 ano  | Número médio de óbitos do Município, registrados no SIM do período 1996 a 1998   | 80% dos óbitos de menores de 1 ano               |                     |         |
| 5.4   | Investigar óbitos Maternos   | Número de óbitos maternos declarados e presumíveis   | 50% dos óbitos investigados                      |                     |         |
| 5.5   | Implantação de Monitorização das Doenças Relacionadas ao Trabalho  | Uma Unidade de Saúde realizando a MDRT, em cada município sede do E.R.S. implantado  |  |                     |         |
| 5.6   | Implantação de Monitorização dos Acidentes de Trabalho   | Uma Unidade de Saúde realizando a MAT, em cada município sede do E.R.S. implantado   |  |                     |         |
| <b>6 - Divulgação de Informações Epidemiológicas</b>              |  |  |  |                     |         |
| 6.1   | Elaborar informes epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos | 4 Publicações/ano  | 4 Publicações                                    |                     |         |
| <b>7 - Organização de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia</b>    |  |  |  |                     |         |
| 7.1   | Realizar Análise da situação de saúde  | 01 Análise por Município, por ano  | 1 análise realizada                              |                     |         |
| 7.2   | Avaliar as ações programáticas   | 02 Avaliações de cada ação programática por Município, por ano   | 02 avaliações realizadas                         |                     |         |

continua ...

| ACÇÃO   | PARÂMETRO   | META   | META PACTUADA 2001  | META REALIZADA 2001 | RESÍDUO |
|---|---|--|---|---------------------|---------|
| 8 - Alimentação e Divulgação do Sistema de Informação |   |  |   |                     |         |
| 8.1 - SIM   |   |  |   |                     |         |
| 8.1.1   | Realizar coleta da Declaração de Óbitos - DO                | Coletar pelo menos 90% da taxa bruta de mortalidade esperada   | Registro de 90% dos óbitos estimados. Taxa bruta de mortalidade por 1.000 hab. (5.4)      |                     |         |
| 8.1.2   | Realizar processamento da Declaração de Óbitos - DO         | Processamento de todas as DO por local de ocorrência   | 100% das DO processadas por local de ocorrência   |                     |         |
| 8.1.3   | Realizar envio regular de dados                             | Remessa trimestral de banco de dados (4 remessas regulares) do estado para FUNASA                      | 04 remessas regulares de bancos de dados do Estado para a FUNASA                          |                     |         |
| 8.1.4   | Realizar retroalimentação de informações                    | 01 relatório por mês do Estado para os Municípios  | 12 relatórios enviados do Estado para os Municípios                                       |                     |         |
| 8.1.5   | Captar Óbitos infantis                                      | Número de óbitos infantis captados pelo SIM maior ou igual ao captado pelo SIAB em cada município      | Relação de óbitos infantis do SIM/Óbitos infantis do SIAB > = 1nos municípios             |                     |         |
| 8.2 - SINASC  |   |  |   |                     |         |
| 8.2.1   | Realizar coleta da Declaração de Nascidos Vivos - DN        | Coletar pelo menos 90% da taxa bruta de natalidade esperada  | Registro de 90% dos nascimentos estimados Taxa bruta de natalidade por 1.000 hab. (24.1)  |                     |         |
| 8.2.2   | Realizar processamento da Declaração de Nascidos Vivos - DN | Processamento de todas as DN por local de ocorrência   | 100% das DN processadas por local de ocorrência   |                     |         |
| 8.2.3   | Realizar envio regular de dados                             | Remessa trimestral de banco de dados (4 remessas regulares) do Município para Estado                   | 04 remessas regulares de bancos de dados do Município para o Escritório Regional de Saúde |                     |         |
| 8.2.4   | Realizar retroalimentação de informações                    | 01 relatório por mês do Município para o Estado  | 12 relatórios enviados do Município para o Escritório Regional de Saúde                   |                     |         |
| 8.2.5   | Captar nascimentos vivos                                    | Número de nascimentos vivos captados pelo SINASC maior ou igual ao captado pelo SIAB em cada Município | Relação de nascimentos vivos do SINASC/nascimentos vivos do SIAB > = nos municípios       |                     |         |

continua ...

| AÇÃO   | PARÂMETRO                                | META  | META PACTUADA 2001  | META REALIZADA 2001 | RESÍDUO |
|--|--|---|---|---------------------|---------|
| <b>8.3 - SINAN</b>   |  |   |   |                     |         |
| 8.3.1  | Realizar envio regular de dados          | Remessa regular, a cada 15 dias, de um banco de dados do Município para o Estado            | 24 remessas regulares de bancos de dados do Município para o Estado                       |                     |         |
| 8.3.2  | Realizar retroalimentação de informações | Remessa de 01 Relatório mensal do Município para o Estado                                   | 12 relatórios enviados do Município para o Escritório Regional de Saúde                   |                     |         |
| 8.3.3  | Realizar encerramento oportuno dos casos | Encerramento dos casos investigados no prazo máximo de 60 dias                              | 100% dos casos investigados com encerramento em 60 dias                                   |                     |         |
| <b>8.4 - SI-API</b>  |  |   |   |                     |         |
| 8.4.1  | Realizar envio regular de dados          | Remessa mensal de banco de dados (12 remessas regulares) por ano do Município para o Estado | 12 remessas regulares de bancos de dados do Município para o Escritório Regional de Saúde |                     |         |
| 8.4.2  | Realizar retroalimentação de informações | 01 relatório por mês do Município para o Estado   | 12 relatórios enviados do Município para o Escritório Regional de Saúde                   |                     |         |
| <b>8.5 - SI-EDI (Sistema de Informação de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos)</b> |  |   |   |                     |         |
| 8.5.1  | Realizar envio regular de dados          | Remessa mensal de banco de dados (12 remessas regulares) por ano do Estado para a FUNASA    | 12 remessas regulares de bancos de dados do Estado para a FUNASA                          |                     |         |
| <b>8.6 SLEAPV (Sistema de Informação de Eventos Adversos)</b>                            |  |   |   |                     |         |
| 8.6.1  | Realizar envio regular de dados          | Remessa mensal de banco de dados (12 remessas regulares) por ano do Estado para a FUNASA    | 12 remessas regulares de bancos de dados do Estado para a FUNASA                          |                     |         |
| <b>8.7 - SISMAL em áreas endêmicas</b>   |  |   |   |                     |         |
| 8.7.1  | Realizar envio regular de dados          | Remessa mensal de banco de dados (12 remessas regulares) por ano do Estado para a FUNASA    | 12 remessas regulares de bancos de dados do Município para o Escritório Regional de Saúde |                     |         |
| <b>8.8 - FAD</b>   |  |   |   |                     |         |
| 8.8.1  | Realizar envio regular de dados          | Remessa mensal de banco de dados (12 remessas regulares) por ano do Estado para a FUNASA    | 12 remessas regulares de bancos de dados do Município para o Escritório Regional de Saúde |                     |         |
| <b>9 - Supervisão da PPI - ECD</b>   |  |   |   |                     |         |
| 9.1  | Supervisionar a PPI-ECD                  | 01 supervisão por ano dos municípios  | Supervisão em 139 Municípios  |                     |         |

## II – Indicadores de Pactuação Ambiental

| ACÃO  | PARÂMETRO   | META PROPOSTA | META PACTUADA | RESÍDUO |
|---|---|---------------|---------------|---------|
| Vigilância Ambiental – Fatores Biológicos<br>Vigilância Entomológica  |   |               |               |         |
| Realizar pesquisa de triatomíneos em domicílios em áreas endêmicas  | Número de pesquisas realizadas em 1999  |               |               |         |
| Realizar classificação/exame de triatomíneos em áreas endêmicas   | Número de triatomíneos classificados/examinados em 1995                                       |               |               |         |
| Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouro do <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis  | 6 inspeções por ano, por imóvel nos municípios infestados                                     |               |               |         |
| Realizar pesquisa larvária para levantamento de índices de infestação pelo <i>Aedes aegypti</i>   | Coleta larvas em 33% dos imóveis (1/3) existentes bimestralmente                              |               |               |         |
| Realizar vigilância de pontos estratégicos do <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i>  | Número de visitas estimadas de pontos estratégicos em 2000                                    |               |               |         |
| Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo <i>Aedes Aegypti</i> com rede de ovitrampas   |   |               |               |         |
| Realizar coleta de flebotomíneos com envio de amostras para laboratório de referência   | No mínimo 1 coleta por ano nos municípios com transmissão de Calazar em 1999                  |               |               |         |
| Realizar coleta de anofelinos em municípios na região extra amazônica com vistas a confecção da carta anofélica   |   |               |               |         |
| Realizar coleta de flebotomíneos em municípios prioritários no Plano de Intensificação para controle de LTA e Calazar com vistas a confecção da carta flebotomínica | 1 coleta por semestre   |               |               |         |
| Vigilância Ambiental – Fatores Biológicos<br>Controle Químico, Biológico e outros   |   |               |               |         |
| Realizar borrifacção em domicílios para controle de triatomíneos em área endêmica   | Número de borrifacções realizadas em 1999   |               |               |         |
| Realizar borrifacção em domicílios para controle de flebotomíneos em municípios com casos notificados de Calazar e LTA  | Maior número anual de borrifacções obtidas no período de 1990 a 1999 ou em anos mais recentes |               |               |         |

continua ...

| ACÇÃO  | PARÂMETRO  | META PROPOSTA | META PACTUADA | RESÍDUO |
|--|--|---------------|---------------|---------|
| Realizar borrifação intradomiciliar para controle da malária (seletivo)  | Número de borrifações realizadas em 1999   |               |               |         |
| Realizar tratamento de imóveis com focos do <i>Aedes aegypti</i>   | Número de imóveis programados em 1999  |               |               |         |
| Realizar aplicação de inseticida residual para controle do <i>Aedes aegypti</i> em pontos estratégicos                     | 01 aplicação por ponto estratégico (0.4% dos imóveis existente em 2000), x 12 por municípios infestados                            |               |               |         |
| Realizar ensaios biológicos para avaliar a eficácia das operações com inseticidas no combate ao <i>Aedes aegypti</i>       | 1 ensaio/ano em 5% dos municípios infestados em 2000   |               |               |         |
| Realizar monitoramento da susceptibilidade das populações de <i>Aedes aegypti</i> aos inseticidas                          | 1 coleta em ovitrampa, em amostra representativa dos municípios com transmissão de dengue em 2000                                  |               |               |         |
| Vigilância Ambiental – Fatores Biológicos<br><i>Imunizações de Reservatórios (cães e gatos)</i>                            |  |               |               |         |
| Campanha de Vacinação anti-rábica em cães  | População canina estimada em 20% da população humana deverá ser alcançada a cobertura vacinal de no mínimo 80% da população canina |               |               |         |
| Campanha de Vacinação anti-rábica em gatos   | População felina estimada em 20% da população canina deverá ser alcançada a cobertura vacinal de no mínimo 80% da população felina |               |               |         |
| Realizar Bloqueio de focos de raiva animal   | Número de focos de raiva animal em 2001  |               |               |         |
| Vigilância Ambiental – Fatores Biológicos<br><i>Vigilância e Controle de População Animal: Hospedeiros e Reservatórios</i> |  |               |               |         |
| Prover exame sorológico para diagnóstico de Calazar em cães  | Mínimo de 200 amostras anual para municípios de médio e alto risco para calazar  |               |               |         |
| Vigilância Ambiental – Fatores Biológicos<br><i>Captura e Apreensão de cães errantes</i>                                   |  |               |               |         |
| Realizar eutanásia de cães com Calazar   | Número de casos sintomáticos soropositivos para calazar  |               |               |         |

continua ...

| AÇÃO  | PARÂMETRO  | META PROPOSTA | META PACTUADA | RESÍDUO |
|---|--|---------------|---------------|---------|
| Envio de amostra para diagnóstico laboratorial de raiva canina  | Enviar anualmente 0,2% da população canina estimada                      |               |               |         |
| Vigilância Ambiental – Fatores Não Biológicos   |  |               |               |         |
| Cadastramento das fontes de abastecimento coletivo e alternativo de água dos municípios   | Total das fontes de abastecimentos coletivo e alternativo dos municípios |               |               |         |
| Implantação da Coleta de Água nos Sistemas Coletivos e alternativo nos municípios, a fim de fazer vigilância de qualidade de água distribuída à população | Implantar coleta de amostras de água em 100% dos municípios              |               |               |         |
| Implantação de análises laboratorial bacteriológica e físico-química da água nos municípios para avaliação da potabilidade                                | Implantar análise laboratorial das amostras coletadas                    |               |               |         |

## III – Indicadores de Pactuação Sanitária

| ITEM | AÇÃO   | PAPÂMETRO   | META/MT-PROPOSTA  | META PACTUADA (01), (02) E/OU (03) | META REALIZADA |
|------|--|---|---|------------------------------------|----------------|
| 01   | Realizar inspeção sanitária dos estabelecimentos de interesse de saúde, públicos e privados  | Número de estabelecimentos cadastrados e existentes em 1999 e 2000  | Inspeccionar 100% dos estabelecimentos de interesse da saúde existente e de maior risco sanitário e epidemiológico em 1999 e 2000 |                                    |                |
| 02   | Realizar reinspeção sanitária de estabelecimentos de interesse de saúde, públicos e privados | Número de estabelecimentos de interesse da saúde reinspeccionados em relação aos inspeccionados nos anos de 1999 e 2000   | Reinspeccionar 100% dos estabelecimentos inspeccionados com termo de notificação  |                                    |                |
| 03   | Realizar análise de liberação de alvará sanitário  | Número de alvará sanitário liberado em relação ao número de estabelecimentos inspeccionados em 1999 e 2000                | Analisar 100% dos estabelecimentos inspeccionados e com alvará sanitário  |                                    |                |
| 04   | Avaliar a execução das ações de visa de baixa, média e alta complexidade                     | Número de municípios existentes e habilitados na Plena da Atenção Básica e na Plena de Sistema que executam ações de VISA | Execução de atividades de VISA em 100% dos municípios habilitados   |                                    |                |

## Orientações Gerais

1. Os estabelecimentos de interesse de saúde são os relacionados nas planilhas 5, 6 e 7. Consideramos estabelecimento de maior risco sanitário e epidemiológico: aquele onde um maior número da população utiliza desses serviços e, portanto, com maior possibilidade de sofrer os riscos expostos.

Por exemplo:

- Na baixa complexidade – estabelecimentos de interesse da saúde: restaurantes, lanchonetes, estabelecimentos de ensino, rede de abastecimento de água entre outros identificados pelo município; estabelecimentos de saúde: posto de saúde, consultórios médicos e odontológicos, sem procedimentos invasivos, entre outros;
  - Na média complexidade – estabelecimentos de interesse da saúde: creche, indústria de alimentos, saneantes e domissanitários, sistema público ou privado de abastecimento de água, entre outros. Estabelecimentos de saúde: clínicas de vacinação, posto de coleta de sangue, unidades odontológicas com e sem equipamentos de raio X, lavanderia hospitalar isolada de hospital, entre outras.
  - Na alta complexidade – estabelecimentos de interesse da saúde: frigorífico, laticínio, indústria de palmito em conserva, entre outros. Estabelecimentos de saúde: banco de órgãos, clínicas cirúrgicas, estética, serviço de terapia renal substitutiva, entre outras.
2. Todos os estabelecimentos que foram inspecionados e aplicados termos de notificação para a correção das irregularidades deverão ser reinspecionados.
  3. Todos os estabelecimentos que foram inspecionados e liberados o Alvará Sanitário, deverão ter uma avaliação por grupo de atividade, permitindo ao gestor municipal e à população identificar os serviços existentes no município, que oferecem qualidade.
  4. Todos os municípios que executam ações de VISA em baixa, média e alta complexidade deverão identificar o tipo de atividade, mapeando o grupo de risco relacionado a essa atividade.

PARTICIPANTES NA ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE METODOLOGIA E  
REALIZAÇÃO DOS FÓRUNS MICRORREGIONAIS

NÍVEL CENTRAL – SUPERVISÃO GERAL

Euze Márcio Souza Carvalho

Superintendente de Saúde Coletiva

Luzia Helena Franco Carvalho Moya

Assessora Especial

Samia Nadaf de Melo

Superintendente Adjunta de Saúde Coletiva

EQUIPE TÉCNICA DE TRABALHO

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Ana Lúcia Maria Ribeiro           | Maria de Lourdes Assis Freitas    |
| Advair Alves dos Santos           | Maria de Lourdes Girardi          |
| Andréa Maria Gonzaga              | Maria José Mendonça do Amaral     |
| Aparecido Alberto Marques         | Miriam Estela de Souza freire     |
| Beatriz Alves de Castro Soares    | Noemi Dreyer                      |
| Conceição da Silva Campos         | Quelma Maria de Almeida Silva     |
| Cristina Santos Botti             | Roseli Aparecida Berrar           |
| Edna Maria de Souza Carneiro      | Rosimeire Marcelo                 |
| Elaine Cristina de Oliveira       | Rosiney Ramos de Souza            |
| Euze Márcio Souza Carvalho        | Samia Nadaf de Melo               |
| Ilva Felix do Nascimento          | Sandra Consuelo Alves Santana     |
| Irani Machado Ferreira            | Selma Auxiliadora de Oliveira     |
| Ivanil Mamoré de Souza            | Sonia Cristina F. de Oliveira     |
| Jane Benedita Campos Leite        | Telma Luzia Monteiro              |
| Janet Anna Farias Grabert         | Teresa Cristina da Costa Pertille |
| Jocilene Moreira de Almeida       | Teresinha Célia de Mesquita       |
| Júnia Soares de Campos Azambuja   | Tereza Pompílio Bastos Ramos      |
| Kátia Sirley Belchior Marinho     | Valdir Gonçalo Leite dos Reis     |
| Luzia Helena Franco Carvalho Moya | Valéria Cristhian Meneguini       |
| Márcia Beatriz Cattini de Mello   | Vera Lúcia Dias Lopes             |
| Marco Aurélio Bertúlio das Neves  |                                   |

EQUIPE TÉCNICA DE APOIO E INFORMÁTICA

|                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Alexandre Peron da Luz            | Leliane Leão Ormond      |
| Ana Claudia Farinha               | Ricardo Aurélio da Silva |
| Claudete Fátima Guimarães e Silva | Valdemir José Santiago   |
| Doriana Cruz Nunes                | Walmir Hugo Soares       |
| Elaine Cristina de Oliveira       | Zeliana Paula de Almeida |
| Elvis Pereira Campos              |                          |

NÍVEL REGIONAL  
ESCRITÓRIOS REGIONAIS

Diretores

**Água Boa** – Tânia Segura

**Alta Floresta** – Miriam Godinho Ferreira de Melo

**Barra do Garças** – Dr. Rubens Willian F. Cunha

**Cáceres** – Nilza Nobres Malheiros Hayashi

**Cuiabá** – Rita Cristhina Martins Borges

**Diamantino** – Juarez Falcão de Barros

**Juara** – Denis Cristian Cardoso

**Juína** – Jucélia Clara Nunes de Souza

**Peixoto de Azevedo** – Guilherme de S. Nogueira

**Porto Alegre do Norte** – Dr.<sup>a</sup> Angela Maria Lopes Sander

**Rondonópolis** – Djanira Amaral Logrado

**Sinop** – Cecília Tomoko Manzano Nogami

**Tangará da Serra** – Nereide Lúcia Martinelli

Responsáveis pela Saúde Coletiva

**Água Boa** – Tânia Segura

**Alta Floresta** – Rosilene dos Santos Amorim

**Barra do Garças** – Simone H. Otjai

**Cáceres** – Flávia Helena Ramos

**Cuiabá** – Gilce Maynard Buogo Gattas

**Diamantino** – Mônica Lima Gomes

**Juara** – Denis Cristian Cardoso

**Juína** – Leda Maria de Souza Villaça

**Peixoto de Azevedo** – Evandro Rodrigues Soares

**Porto Alegre do Norte** – Suzana Sandin Borges

**Rondonópolis** – Regina Célia Araújo

**Sinop** – Graciete Costa Negreiros e Costa

**Tangará da Serra** – Amaury Paulo Cervo

NÍVEL MUNICIPAL

Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso

CONVIDADOS

Amaury Ângelo Gonzaga  
Dr. Eduardo Guerrero (OPAS)  
Fátima Ticianel  
Hugna Mayre de Oliveira  
Luisa Guimarães (OPAS)  
Márcia Lotufo  
Dr. Miguel Malo (OPAS)

ISBN 85-88696-21-5



9 788588 696211



Manga na Janela - Gervane de Paula, óleo s/ tela.