

# Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995-1998

2ª edição



Secretaria de Estado de Saúde  
Cuiabá, MT  
2000

*GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO*

*Dante de Oliveira*  
*Governador*

*Rogério Salles*  
*Vice-Governador*

*SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE*

*Júlio Strubing Müller Neto*  
*Secretário*

*Sandra Maria Coelho Martins*  
*Subsecretária*

*Ione Mariza Bortolotto*  
*Coordenadora do Sistema Estadual de Informação em Saúde*

*Cleoni Silvana Krüger Dambros*  
*Divisão de Informação e Estatística*

# Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995-1998

2ª edição



Secretaria de Estado de Saúde  
Cuiabá, MT  
2000

© 2000. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Tiragem: 2.000 exemplares

2ª edição revisada

*Ficha catalográfica*

---

M433d MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde.  
Avaliação da Política de Saúde de Mato  
Grosso. Organização de Ione Mariza Bortolotto e  
Adriano Santana Martins. 2.ed – Cuiabá : SES,  
2000.  
188 p.

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; II. Bortolotto, Ione Mariza, org.;  
III. Martins, Adriano Santana, org.

CDU – 614.2(817.2)(094.4)

---

*Correspondência*

Divisão de Informação e Estatística/COSEIS/SES-MT  
Centro Político-Administrativo Bl 05

78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0xx65) 313 2286 – Fax: (0xx65) 644 4182

e@mail: [infsaude@zaz.com.br](mailto:infsaude@zaz.com.br)

[gabsaude@zaz.com.br](mailto:gabsaude@zaz.com.br)

[sugsaude@zaz.com.br](mailto:sugsaude@zaz.com.br)

Home page: [www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br)

*Avaliação da Política  
de Saúde de Mato Grosso  
1995-1998*

2ª edição

Cuiabá, MT  
2000

*Organização*

Ione Mariza Bortolotto  
Adriano Santana Martins

*Digitação*

Adriano Santana Martins  
Alexandre Mingarelli  
Rui Marinho de Sá Júnior

*Editoração & Produção Gráfica:*

CENTRAL DE TEXTO

*Revisão Ortográfica:* Cristina Campos

*Editoração:* Ricardo Carrión Carracedo

Este documento é produto do esforço coletivo dos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde e tem, para nós, duas pretensões:

- 1) Sistematizar as reflexões e avaliações das diretrizes da Política Estadual de Saúde;
- 2) Incorporar as sugestões, críticas e propostas formuladas, neste período de gestão, ao documento da Política Estadual de Saúde e contribuir para o novo Plano Estadual de Saúde.



INTRODUÇÃO .....	9
PROGRAMAÇÃO .....	11

### **1ª Seção – Avaliação**

DIRETRIZ 1 – DEMOCRATIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL .....	15
I – Texto de Apoio .....	17
II – Avaliação do Grupo de Discussão .....	19
DIRETRIZ 2 – PRIORIDADE ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE .....	21
I – Texto de Apoio .....	23
II – Avaliação do Grupo de Discussão .....	27
DIRETRIZ 3 – MELHORIA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS .....	29
I – Texto de Apoio .....	31
II – Avaliação do Grupo de Discussão .....	38
DIRETRIZ 4 – REGIONALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS .....	41
I – Texto de Apoio .....	43
II – Avaliação do Grupo de Discussão .....	46
DIRETRIZ 5 – POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA .....	49
DIRETRIZ 6 – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS .....	53
I – Texto de Apoio .....	55
II – Avaliação do Grupo de Discussão .....	62
DIRETRIZ 7 – REDEFINIÇÃO DO PAPEL INSTITUCIONAL DA SES E NOVOS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO .....	67
I – Texto de Apoio .....	69
II – Avaliação do Grupo de Discussão .....	72

**2ª Seção**  
**Discussão sobre Temas Centrais ao Modelo de Atenção**  
**e Gestão do SUS em Mato Grosso**

ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA FAMÍLIA .....	77
I – Texto de Apoio .....	79
II – Discussão do Grupo .....	82
SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA .....	85
I – Textos de Apoio .....	87
II – Discussão do Grupo .....	106
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE .....	109
I – Texto de Apoio .....	111
II – Discussão do Grupo .....	114

**Anexos**

I. POLÍTICA DE SAÚDE EM MATO GROSSO .....	119
II. AVALIAÇÃO DAS METAS E PRIORIDADES DA SES PARA 1998 .....	147
III. RESUMOS DAS MONOGRAFIAS DO I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA .....	157
IV. RELAÇÃO DE PARTICIPANTES .....	179

## INTRODUÇÃO

### SAÚDE EM MATO GROSSO É AVALIADA

*Virginia Rezende Rodrigues*

“O papel institucional da Secretaria de Saúde de Mato Grosso foi redefinido. Com a cooperação dos nossos técnicos e dos gestores municipais, construímos um novo modelo de gestão da saúde no Estado, com critérios transparentes e ações colegiadas”. A afirmação do Secretário Estadual e presidente do CONASS, Júlio Müller foi feita durante a “Avaliação da Política de Saúde em Mato Grosso”, realizada em Cuiabá no período de 16 a 18 de dezembro, reunindo cerca de 150 pessoas, entre técnicos da Secretaria, das regionais, Secretários Municipais de Saúde, representantes do Ministério da Saúde e CONASS, dos Consórcios Intermunicipais e instituições de saúde.

Com o objetivo de garantir uma discussão ampla da política estadual de saúde, a partir de 1995 teve início o processo anual de avaliação da saúde em Mato Grosso. Em 98, além de avaliar as metas do ano, foi também avaliada a política de saúde desenvolvida no Estado nos últimos quatro anos. A avaliação é um fato inédito na história da saúde pública em Mato Grosso. “Pela primeira vez, as diretrizes da política de saúde foram formuladas e avaliadas de forma coletiva, com a participação dos principais parceiros do Sistema Único de Saúde”, destacou Müller.

Participaram da avaliação coordenadores, chefes de divisões 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, seja um produto de todos os envolvidos na consolidação do SUS. Teve ainda por objetivo criar uma 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.

As reuniões de avaliação duram em média três dias. Após uma exposição da avaliação, foram feitas discussões em grupo para aprofundamento das questões e diretrizes. As propostas são redimensionadas, quando se avaliam as dificuldades e são apontadas as soluções para o desenvolvimento das ações.

No primeiro dia, foram avaliadas as metas prioritárias para o ano. No segundo dia, foi avaliada a política de saúde de Mato Grosso, de 95 a 98. Após uma exposição apresentada por Júlio Müller, partindo das diretrizes traçadas para o setor em 95, de acordo com o Plano de Metas do Governo Dante de Oliveira, foram formados grupos para aprofundamento da avaliação.

Já no terceiro dia, foram apresentados os resultados dos três “eixos” que a Secretaria Estadual de Saúde elegeu como prioridade: Programa Saúde da Família, Consórcio Intermunicipal de Saúde e Sistema Estadual de Referência. Para esta apresentação, foram convidados os Secretários Executivos e Gestores dos Consórcios e Secretários dos Municípios com o PSF implantado. Foram também formados grupos de discussão para levantar problemas e apontar soluções.

A primeira seção desta publicação traz a avaliação da política em grandes linhas, a partir de textos básicos para discussões e posterior debates em grupos menores.

A segunda seção refere-se aos eixos centrais do novo modelo de atenção e gestão que está sendo construído em Mato Grosso.

## PROGRAMAÇÃO

### **Objetivo:**

Avaliar a Política de Saúde e a Programação de 1998

Data: 16 a 18/12/98

Horário: 08:00 às 18:00 h

Local: Hotel Fazenda Mato Grosso

### **16/dez/98**

08:00 – 12:00h: Apresentação das Metas Prioritárias da Atenção à Saúde do SUS-MT/1998

14:00 – 16:00h: Discussão em grupo: Metas Prioritárias da Atenção à Saúde do SUS-MT/1998

16:15 – 18:00h: Apresentação dos Relatórios pelos grupos

### **17/dez/98**

08:00 – 12:00h: Avaliação da Política Estadual de Saúde com base nas Diretrizes

14:00 – 16:00h: Discussão em grupo: Avaliação da Política Estadual de Saúde com base nas Diretrizes

16:15 – 18:00h: Apresentação dos Relatórios pelos grupos

### **18/dez/98**

08:00 – 10:00h: Apresentação sobre os Modelos de Atenção e de Gestão do SUS em Mato Grosso.

10:15 – 12:00h: Discussão em grupo por regiões e microrregiões

14:00 – 16:00h: Discussão em grupo por regiões e microrregiões

16:15 – 18:00h: Apresentação dos relatórios pelos grupos



Iª SEÇÃO

# Avaliação





## **DIRETRIZ 1**

### **DEMOCRATIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**



## I – TEXTO DE APOIO

### DEMOCRATIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE EM MATO GROSSO – 1995–1998

*Simone Charbel*

A democratização do setor saúde e o controle social sobre as ações do Estado constituem diretrizes fundamentais para a implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES-MT definiu como objetivo permanente investir na ampliação e fortalecimento das instâncias de participação social no SUS, através de Conferências, Conselhos de Saúde e Ouvidoria, uma vez que estes representam o *locus* privilegiado para a discussão, formulação, deliberação e fiscalização da política de saúde.

Dentre as ações desenvolvidas pela SES-MT, tem destaque a III Conferência Estadual de Saúde, realizada em julho de 1996, representando um marco na história da saúde pública em Mato Grosso<sup>1</sup>. Desde suas etapas preparatórias, a III Conferência envolveu os Conselhos Municipais e a população nas discussões sobre a saúde, desencadeando processos participativos. Foram realizadas conferências em 90 (noventa) municípios do Estado, sendo que, em 70% (setenta por cento) destes, tal evento ocorreu pela primeira vez. Participaram da Conferência Estadual 272 delegados, representando gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários do Sistema de Saúde, além de observadores e convidados.

As deliberações aprovadas apontaram para a necessidade da construção de um Sistema de Saúde que privilegiasse a qualidade de vida e as práticas preventivas - em sobreposição ao modelo centrado na assistência médico-hospitalar -, à descentralização das ações e o controle social em saúde.

Em relação ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, a SES-MT tem dado suporte à realização de eventos que visam a reunião de conselheiros para debates sobre a Política de Saúde. Foram feitos o I e II Fóruns Estaduais de Conselhos de Saúde, em novembro/1997 e abril/1998, respectivamente.

---

1. Instituições/Entidades envolvidas: Conselho Estadual de Saúde, Grupo de Saúde Popular, Fundação de Saúde de Cuiabá, Instituto Pastoral de Educação em Saúde Popular, Instituto de Saúde Coletiva-UFMT, Movimento Popular de Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde discutiram, entre outros assuntos, a Proposta de Emenda Constitucional - 169, a implantação da NORMA OPERACIONAL BÁSICA/96, o PAB e a habilitação dos municípios de Mato Grosso.

Outra ação importante da SES-MT, no que se refere ao controle social, foi o desenvolvimento do “Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde e Sociedade Civil Organizada”, realizado em conjunto com outras entidades governamentais e não-governamentais.

O Estado de Mato Grosso tem Conselhos de Saúde implantados em 100% (cem por cento) de seus municípios, os quais apresentam situações diversas em seu funcionamento e atuação.

Nesse sentido, o Projeto de Capacitação de Conselheiros assume importância significativa para o fortalecimento do controle social no SUS, estimulando a criação e a reestruturação de Conselhos de Saúde propiciando a discussão, a troca de informações e experiências entre conselheiros e técnicos, criando novos espaços para a geração de demandas; valoriza o conselheiro como ator fundamental para a efetivação do controle social e ainda favorece sua participação e intervenção qualitativa nos Conselhos.

A primeira etapa do Projeto foi realizada entre novembro/1997 e abril/1998, atingindo 90% dos municípios do Estado (113 municípios). Foram capacitados 654 conselheiros de saúde, em 36 oficinas de trabalho de caráter microrregional, o que representa 50% do total existente em Mato Grosso. Diversos fatores foram identificados como entraves para que a meta prevista de capacitar 80% do total de Conselheiros de Saúde no Estado não fosse atingida. Entretanto, para o desenvolvimento da segunda etapa do projeto, ainda em fase de elaboração, serão definidas estratégias para a superação dos problemas identificados.

Vale ressaltar que Mato Grosso é um dos Estados pioneiros no desenvolvimento de projetos desta natureza. O resultado da experiência foi apresentado com sucesso em congressos no Brasil e no Chile. A SES-MT participou de um Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde, contribuindo para a formulação do documento “Diretrizes Para a Política Nacional de Capacitação de Conselheiros de Saúde”, que será apreciado pelo CNS em fevereiro/1999.

Ao apresentarmos as considerações acima, temos como objetivo contribuir com a discussão acerca da democratização e participação social e sua importância para a consolidação da Política de Saúde em Mato Grosso.

Nota do Editor:

*A SES investe na disseminação das informações do setor saúde de Mato Grosso através de publicações, como o anuário Saúde em Números, a série Textos Técnicos, do boletim “Saúde e Cidadania”, da Cartilha para Conselheiros Municipais de Saúde, entre outras. Além disso, mantém uma página na internet: [www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br)*

## II – AVALIAÇÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO

### ROTEIRO PARA DISCUSSÃO EM GRUPO:

1. *Como o grupo avalia a implementação do controle social em Mato Grosso? Quais as dificuldades encontradas e como superá-las?*
2. *Como o grupo avalia o desenvolvimento do projeto de capacitação de Conselheiros de Saúde, sob o ponto de vista do processo e do seu impacto nos Conselhos?*

Em relação a essa diretriz, ressaltaram-se avanços na área de controle e participação social na atual gestão, com a realização da 3ª Conferência Estadual de Saúde, em 1996; 90 municípios realizaram conferências, sendo que, destes, 70% nunca tinham organizado conferências.

Os Conselhos Municipais de Saúde cresceram significativamente em número, ampliando-se formalmente canais para a participação da comunidade na gestão de recursos do SUS. Hoje, todos os 126 municípios têm implantado o CMS. Com a efetivação do Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde, que está em andamento, espera-se uma melhoria qualitativa no funcionamento dos Conselhos.

Houve avanços, porém há ainda dificuldades a serem superadas para uma efetiva democratização e participação social.

Entre essas dificuldades, apontam-se:

1. Dificuldades no acompanhamento das ações de saúde por parte dos Conselheiros;
2. Falta de conhecimento do papel de Conselheiro;
3. Falta de comunicação entre gestores municipais e Conselheiros (Plano Municipal de Saúde);
4. Dificuldade de articulação com o Ministério Público e/ou desconhecimento da área de Saúde por promotores;
5. Desconhecimento do papel da Ouvidoria;
6. Ausência de Ouvidorias Municipais;
7. Falta de informação aos usuários sobre os serviços do SUS;
8. Dificuldade em fazer chegar informações aos Conselheiros de Saúde e destes para suas representações;
9. Falta de acompanhamento das ações desenvolvidas pelos CMS;
10. Falta de assessoria técnica para atender ao CES e CMS;
11. Falta de visibilidade dos Conselheiros junto às comunidades.

## **SUGESTÕES PARA A SUPERAÇÃO DAS DIFICULDADES APRESENTADAS:**

1. Alocação de recursos para atividades dos Conselheiros;
2. Criação da Ouvidoria de Saúde nos municípios;
3. Divulgação de informações sobre o SUS (modelo de atenção e acesso aos serviços);
4. Legitimação do CES e CMS junto à população;
5. Criação de canal de comunicação entre Conselhos e imprensa;
6. Intensificação na comunicação entre CES, CMS e Pólos Regionais de Saúde;
7. Sistematização dos trabalhos do Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde, com menor intervalo de tempo entre as etapas.

## **DIRETRIZ 2**

### **PRIORIDADE ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**



## I – TEXTO DE APOIO

### VIGILÂNCIA À SAÚDE EM MATO GROSSO – 1995–1998

*Elisete Mengatti (organizadora)*

Nos últimos 04 anos, a SES-MT criou e implementou programas, fez parcerias com órgãos federais, estaduais e municipais. Descentralizou suas ações, preparou e acompanhou os municípios nestes trabalhos.

Podemos destacar o Programa de Vigilância à Saúde. No combate ao Dengue, foram realizados treinamentos de agentes e supervisões nos municípios, bem como adquiridos equipamentos e viaturas. O treinamento para o tratamento dos casos de Dengue Hemorrágica foi feito nos municípios definidos como “referência”; para a investigação e realização de exames precisos, o Laboratório Central estava devidamente equipado. Paralelamente a isso, diversas campanhas de informação e conscientização foram executadas, atingindo todos os municípios mato-grossenses.

No trabalho de combate à hanseníase, a SES-MT, através do programa específico, realizou seminários e palestras, treinou e capacitou profissionais da área, supervisionou e assessorou os municípios apoiando-os no desenvolvimento de ações de controle à hanseníase. A coordenação estadual da campanha deu especial atenção ao trabalho que visa reduzir o abandono do tratamento em 50%.

Outro programa que procurou reduzir os casos de abandono de tratamento foi o da Tuberculose. Para reduzir este índice e alcançar um percentual de cura de 85% dos casos, a coordenação do Programa da Tuberculose em Mato Grosso, em parceria com as prefeituras, treinou e assessorou os profissionais que participam do Programa, realizou cursos e deu assessoria técnica nas ações de controle da TB em vários municípios do Estado.

Dentro de sua nova Política de Saúde, a SES-MT investiu e priorizou a promoção e prevenção à saúde. Para tanto, desenvolveu um conjunto de atividades e estratégias que garantiram ações concretas de Vigilância à Saúde.

Para atingir uma meta de 98% de cobertura para todas as vacinas básicas, um grande trabalho de divulgação foi realizado. A Campanha de Multivacinação ultrapassou as metas previstas nas suas duas etapas. Os trabalhos de imunização foram realizados, também, através de campanhas das vacinas BCG, Sabin, Sarampo, DPT, Febre Amarela e Hepatite B. Apesar do saldo final ser altamente positivo, em alguns municípios a meta pré-definida não foi alcançada. Diante deste quadro, a Divisão de Vigilância Epidemiológica da SES concentrou esforços nestes municípios, realizando treinamentos e reciclagem em imunização,

supervisão e acompanhamento *in loco* nas campanhas de vacinação, mantendo o estoque necessário e dando condições para a conservação adequada das vacinas.

A Campanha de Vacinação da Tríplice Viral, realizada pela primeira vez em Mato Grosso, atingiu todos os municípios do Estado e ultrapassou as metas estabelecidas. A vacinação contra a Hepatite B foi implantada como serviço de rotina em 124 municípios e também atingiu a meta; o mesmo aconteceu com a vacinação contra a Febre Amarela.

Na busca da melhoria da qualidade dos serviços de imunização, vários treinamentos foram realizados, inclusive sobre Eventos Adversos Pós-Vacinal, com implantação da Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos em todos os municípios do Estado. As atividades do Programa de Avaliação de Imunização (API) foi descentralizado para as 08 Regionais, todas informatizadas. A criação do Comitê Estadual de Imunização e do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais significou um avanço considerável, pois eles garantem apoio permanente à imunização.

No que se refere às ações desenvolvidas pela Divisão de Vigilância Sanitária (VISA), podemos destacar a realização de inspeções sanitárias nas áreas de serviço, produtos e saúde do trabalhador. Este trabalho atingiu estabelecimentos de saúde, Unidades Hemoterápicas, Unidades de Terapia Renal Substitutiva, farmácias de manipulação, distribuidoras de medicamentos e indústrias de alimentos. A VISA sempre atendeu as solicitações esporádicas feitas por outros órgãos, empresas e Ministério Público.

Através de intercâmbio com o INSS e LACEN, foram desenvolvidas ações no sentido de implementar as atividades propostas pela Comissão Estadual Interinstitucional de Saúde do Trabalhador. O Centro Regional de Referência já está prestando serviço de referência a doentes ocupacionais. A concretização das ações da VISA, diante das novas diretrizes da SES-MT, deve-se principalmente à capacitação dos seus recursos humanos em todos os níveis e à descentralização da Divisão. Desta forma, a VISA enfrentou os problemas sócio-sanitários e ambientais, incluindo o saneamento básico. Em 1998, as ações de baixa complexidade foram municipalizadas. Esta descentralização deu aos municípios a possibilidade de realizar ações nas áreas de alimentos, saneamento básico, serviços e saúde do trabalhador.

Com a definição de diretrizes, diante da nova Política de Saúde da SES, em várias oportunidades Mato Grosso teve sua atuação reconhecida e destacada pelo Ministério da Saúde (MS). Um desses casos se refere ao Laboratório Central (LACEN). Instalado e equipado dentro das normas exigidas pelo MS, o LACEN está capacitado para atender até casos de alta complexidade, garantindo a retaguarda laboratorial à Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Atualmente, o Laboratório Central atende toda a demanda do Estado no que se refere aos programas de controle da Tuberculose, Hanseníase, Meningites, DST-AIDS, Cólera, Doenças Virais, qualidade de alimentos e água. O LACEN também está

realizando os Serviços de Referência de Toxicologia, atendendo a pesquisas de inseticidas, medicamentos, drogas e metais. O último serviço implantado foi o de diagnóstico para a Leishmaniose canina e humana.

Buscando priorizar e melhorar os serviços prestados, a Secretaria de Saúde de Mato Grosso fez do Hospital Dia Adauto Botelho uma referência ao tratamento de doenças mentais. O hospital criou formas alternativas de tratamento, fazendo com que o cidadão desenvolva todo o procedimento sem perder o vínculo com a família e a sociedade. Além do tratamento terapêutico e medicamentoso, os pacientes têm acompanhamento psicológico e assistencial. Essa mudança na forma de tratar os doentes mentais atende as novas diretrizes da Política Estadual de Saúde e às normas do Ministério da Saúde. Com os novos Modelos Substitutivos em Tratamentos, o Hospital Dia, somente este ano, triplicou o número de procedimentos. Os pacientes desenvolvem oficinas integradas e várias atividades terapêuticas, como o artesanato, folclore, artes plásticas, coral e teatro.

A implantação do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes Químicos, com profissionais devidamente treinados para o atendimento aos dependentes de álcool e droga, reforçou a atenção para os “grupos de risco”. Um dos objetivos é fazer uma ampla investigação junto às comunidades indígenas para verificar o uso do álcool nas mais diversas etnias. Atualmente, o CAPS está preparado para prestar atendimentos de média e alta complexidade e já se prepara para iniciar o processo de descentralização de seus serviços, criando uma unidade no Município de Rondonópolis.

O novo modelo de saúde da SES tem, na “informação”, um importante instrumento para analisar a situação do setor Saúde e definir metas e ações. O Sistema de Informações da SES-MT foi implantado em 1995, com a criação de um grupo de trabalho que teve como finalidade elaborar e implementar uma proposta sobre o sistema de informação da área de saúde, hoje em funcionamento.

Dentro deste Sistema, podemos destacar o SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – e o SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade. Esses dois sistemas garantem informações precisas sobre o índice de mortalidade infantil e também sobre os nascidos vivos, além de dados epidemiológicos que possibilitam a elaboração de estatísticas e definição de ações concretas da SES. Podemos citar, como exemplo de apoio do Sistema de Informação, diversos programas desenvolvidos pela SES-MT em parceria com o MS e municípios. Um deles é o SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Este programa ataca diretamente a problemática da desnutrição em Mato Grosso. O SISVAN prioriza a saúde da mulher gestante e a da criança e em Mato Grosso já está presente em todas as regiões e municípios do Estado.

Todo o trabalho e ações desenvolvidos pela Secretaria de Saúde de Mato Grosso são feitos através de parcerias, seja entre as próprias coordenadorias

da SES ou com outros órgãos das administrações federal, estadual ou municipal. As prefeituras têm sido parceiras permanentes na maioria dos programas coordenados pela SES e, de forma geral, em todo o processo que envolve o Sistema Único de Saúde - SUS-MT.

Nota do Editor:

*Como resultado das ações desenvolvidas, como capacitação de recursos humanos, supervisão, assessorias, descentralização de serviços e convênios com os municípios, verificou-se, em 1998, que as taxas diminuíram consideravelmente:*

- Hanseníase: em 1994, a prevalência era de 35,7/10.000 e, em 98, 16,4/10.000, uma diminuição de 54%.*
- Tuberculose: A taxa de abandono diminuiu de 30,0%, em 94, para 18,3%, em 98.*

*A erradicação das doenças imunopreveníveis foi intensificada através do investimento na imunização de crianças, gestantes e população em geral. As coberturas vacinais, no âmbito estadual, para as quatro vacinas de rotina em menores de 1 ano na rede pública, que em 1994 estiveram abaixo de 80%, em 98 ficaram acima de 95%, embora no âmbito municipal ainda existam municípios com baixa cobertura vacinal.*

## **II – AVALIAÇÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO**

### **DIFICULDADES / OBSTÁCULOS**

1. Visão ainda fragmentada da Vigilância à Saúde;
2. Distanciamento entre Sistema de Informações, Vigilância Epidemiológica e demais setores;
3. Falta de estrutura dos municípios para implantação do PSF;
4. Inexistência de recursos específicos para o desenvolvimento das ações da VISA;
5. Dentro da própria instituição não há ações intersetoriais;
6. Dificuldade de articulação com outras Secretarias;
7. Resistência dos profissionais para mudança de conduta no serviço;
8. Falta integração entre os setores;
9. Centralização das informações e materiais educativos.

### **AVANÇOS**

1. Resultados estatísticos positivos;
2. Mudança no atendimento com ênfase na prevenção;
3. Planejamento das ações/avaliação;
4. Investimento na capacitação de pessoal;
5. Ampliação do trabalho preventivo através do PACS;
6. Convênio SES-MS, que permitiu o recebimento de recursos para as ações da VISA (capacitação de pessoal, aquisição de equipamentos, desenvolvimento de projetos para implantação do sistema de informação);
7. Criação de instrumentos de inspeção para todos os serviços, permitindo uma melhor avaliação dos mesmos.

### **PRIORIDADES**

1. Priorizar as ações de Vigilância à Saúde, com investimento específico para cada ação a ser desenvolvida, utilizando instrumentos de avaliação de impacto;

2. Planejamento participativo, com programação e definição de atividades de todos os setores de forma integrada, possibilitando um trabalho gradativo de mudança da conduta profissional;
3. Estruturação imediata do IEC;
4. Implantar na SES o gerenciamento único dos convênios dos programas provenientes do MS, possibilitando a socialização dos recursos.

### **DIRETRIZ 3**

## **MELHORIA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS**



# I – TEXTO DE APOIO

## SUBSÍDIOS PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA ASSISTENCIAL

*Fátima Ticianel Schrader*

### 1. ESTRATÉGIAS

O trabalho da Secretaria Estadual de Saúde e do SUS, no Estado de Mato Grosso nos últimos quatro anos, voltado para a diretriz da melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços assistenciais e para a nova função da SES, tiveram como principais estratégias:

1. A redefinição do papel da SES como formuladora e coordenadora da política de programação e avaliação das ações de saúde, tendo na cooperação técnica um grande instrumento de parceria com os municípios, pois atualmente são eles os gestores dos sistemas locais.
2. Critérios para distribuição de recursos transparentes e pactuados nas instâncias de gestão colegiada, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs regionais e estadual), tendo como principal mecanismo de pactuação a implementação das câmaras de compensação de AIH em todas as Regionais, com exceção da Baixada Cuiabana, porque a compensação já é feita na programação e no teto de Cuiabá.
3. Parceria com a sociedade civil organizada, através do Conselho Estadual de Saúde.
4. A construção de um embrião do que possa vir a ser um novo modelo de atenção à saúde que não seja assistencialista e hospitalocêntrico, tendo como principal estratégia a implantação da saúde da família (PSF) para garantir a atenção básica e a ação intersetorial.
5. A recuperação da capacidade de intervenção do Governo Estadual no processo de descentralização: a cooperação técnica, o planejamento e a gestão regionalizada, tendo como referência os pólos regionais, as microrregiões de saúde, as CIBs regionais e os consórcios.
6. A implantação dos consórcios intermunicipais de saúde, como solução para a melhoria do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial nas regiões, diminuindo o fluxo de encaminhamento de pacientes para a capital do Estado.

## **2. PROCESSOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MELHORIA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS**

A melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços assistenciais é resultante da gestão coordenada da SES, em parceria com o Ministério da Saúde e Secretarias Municipais.

Alguns fatores foram decisivos para o avanço da organização do SUS no Estado, que caminha para a organização de um novo modelo de atenção básica com sistema de referência:

1. A reorganização institucional da CAHA e modernização da sua gerência, através de uma nova prática de planejamento e gestão colegiada em conjunto com as chefias e os técnicos, de valorização do profissional, priorização da parceria com outras áreas da SES e cooperação técnica com as Secretarias Municipais de Saúde.
2. Criação e implantação de uma lógica e cultura de programação para política assistencial:
  - Programação regionalizada (antes a programação era realizada pelo nível central).
  - Utilização de critérios distributivos com base em levantamento de necessidades e dados epidemiológicos.
  - Priorização de investimento na área de promoção e prevenção, invertendo a lógica de financiamento, favorecendo a assistência ambulatorial.
3. Elaboração da Programação Pactuada e Integrada - PPI da assistência como instrumento técnico de definição da política de investimento, de orçamento e financiamento do SUS e que teve como etapas:
  - Elaboração dos parâmetros básicos de cobertura da assistência ambulatorial e hospitalar, de capacidade de produção profissional e de serviços no âmbito do SUS-MT.
  - A construção coletiva de critérios para a programação e definição do teto físico e financeiro da Atenção Básica, da assistência especializada e da alta complexidade ambulatorial e hospitalar para o ano de 1998 - gestão estadual e municipal.
4. Habilitação de Cuiabá em Gestão Semi-Plena em 1995 e 100% dos demais municípios em Gestão Plena da Atenção Básica:
  - Repasse de recursos fundo a fundo do Piso da Atenção Básica - PAB fixo aos municípios, a partir de abril de 1998.
  - Definição do novo teto financeiro da assistência em Cuiabá, para atendimento à população do município e a referendada (Resolução CIB nº 26/98).

5. Implantação e aprimoramento do Sistema de Controle e Avaliação e Auditoria Analítica dos Serviços de Saúde através da CAHA, em parceria com os Pólos Regionais de Saúde e outros setores da SES, em especial a VISA, a Divisão de Odontologia, o Hemocentro e atualmente o LACEN:
  - Recadastramento com supervisão *in loco* de 100% das unidades ambulatoriais e hospitalares, nos anos de 1996 e 1998.
  - Desenvolvimento do programa de avaliação dos serviços hospitalares de saúde, 50% em 98 e 50% em 99, do ponto de vista do Gestor (Técnico) e do usuário, em parceria com a VISA e com a consultoria da FUNDATEC.
  - Implantação do processamento do SIA/SUS na SES, em maio de 1996 (DATASUS).
  - Treinamento de 100% dos municípios para operar o SIA-SUS, nos módulos cadastro, programação e crédito bancário.
  - Implantação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC – hemodiálise, oncologia, hemoterapia e exames de alto custo.
6. Funcionamento da Ouvidoria Geral da SES/CES e Ouvidoria do Município de Cuiabá/FUSC.
7. Criação da Coordenadoria de Auditoria da SES.
8. Criação do Sistema Estadual de Referência do SUS (SER/SUS):
  - Criação do GTI - para estudar os problemas da referência - Portaria nº 29/97, de 07/03/97.
  - Resolução CIB nº 21/98, de 05/06/98.
  - Criação da Coordenação Técnica do SER-SUS - Portaria GS/SES nº 083/98, de 06/10/98.
  - Elaboração do desenho do SER-SUS a ser implementado gradativamente no Estado, incluindo as centrais de regulamentação, os serviços de referência ambulatorial e hospitalar e o Sistema de Informação.

As demais informações sobre o SER serão apresentadas em outro documento.

### 3. PRODUTOS ALCANÇADOS

1. Organização local de serviços e ações voltados para a promoção e prevenção e assistência básica.
2. Assistência especializada e de média complexidade nas referências regionais - melhoria dos serviços hospitalares e ambulatoriais nas regiões de consórcios, ampliando oferta nas áreas de cardiologia, traumatologia, ortopedia, clínica médica e cirurgia geral, exames de radiologia, ultrassonografia e patologia clínica.  
Ex: Região Sinop - impacto consórcio/internação em Cuiabá.
3. Ampliação de cobertura assistencial na referência estadual de procedimentos de alta complexidade, por ocasião da habilitação do Município de Cuiabá na Gestão Semi-Plena e depois Plena do Sistema nas áreas de:
  - Quimioterapia;
  - Radioterapia;
  - Exames de Hemodinâmica;
  - Medicina Nuclear;
  - Alta Complexidade Hospitalar em neurocirurgia, oncologia e ortopedia;
  - Cirurgia cardíaca;
  - Ampliação de leitos de UTI neonatal (HUJM e Hospital Geral).
4. Ampliação de oferta de serviços de hemodiálise em Cuiabá, Várzea Grande e Cáceres, e credenciamento do serviço de Rondonópolis, passando para uma cobertura de 0,66 paciente por 10.000 habitantes (95) para 1,8 : 10.000 (98).
5. Criação da Central de Transplante e o credenciamento de 2 hospitais.
6. Descentralização dos serviços de reabilitação e melhoria da complexidade da FCRDAC, com aquisição de equipamentos modernos para SADT (audiometria, impedanciometria, eletroneuromiografia, centro auditivo e implementação da oficina ortopédica de referência estadual). A cobertura estimada nesta área é de 80% da população do Estado, com 36 unidades descentralizadas e uma unidade de referência estadual.
7. Estadualização da Política de Sangue, com aumento da capacidade de coleta de sangue pelo Hemomat, de 936/ano, em 1995, para 7.613 até outubro de 1998 e produção de fracionados de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas e outros), de 2.962 bolsas/ano, em 1995, para 21.115 bolsas até outubro de 1998.

- Implantação de 9 unidades de coleta e 4 unidades de transfusão.
  - Rigoroso controle de qualidade pelo Hemomat e VISA.
  - Normatização e controle e avaliação dos serviços públicos e contratados, com a criação do GT/hemoterapia em conjunto com CAHA, VISA e Hemomat.
  - A cobertura de sangue com qualidade no SUS é de 80% no Estado.
8. Política de Saúde Mental:
- Treinamento para médicos na maioria dos municípios do Estado para atuar no atendimento ambulatorial aos portadores de transtornos mentais, alcoolismo e drogaditos.
  - Implantação do hospital dia no CIAPS e em Barra do Garças (sistema aberto de tratamento, onde o usuário volta para casa todos os dias, realizando atividades de artesanato, oficinas de arte integradas, horticultura, comunicação, atendimento individual etc. São atendidos, em média, dois grupos de vinte pacientes por período.
  - Implantação do CAPS - para atendimento ao usuários de drogas e álcool no espaço do CIAPS.
  - Implantação do CAPS no Hospital Filantrópico Paulo de Tarso, em Rondonópolis.
  - Implantação da Central de Vagas de internação em Psiquiatria - no âmbito do SUS/Cuiabá - Resolução CIB nº 13/98, de 05/06/98, que aprova as normas de internação em Psiquiatria e Referência Estadual.
9. Política de Assistência Farmacêutica:
- Atendimento ao Programa de Medicamentos de Alto Custo, com cobertura de 95% dos pacientes cadastrados.
  - A construção do laboratório central para produção de medicamentos básicos não foi viabilizado e continua sendo prioridade.
  - O CONASS apresentou proposta na Tripartite, que aprovou a implantação de uma política de Assistência Farmacêutica descentralizada, a partir de 1999.
10. Atendimento ao Usuário:
- Ampliação e descentralização de exames especializados através da CAHA para unidades da SES e Consórcios: Tomografia, Ressonância Magnética, BERA, Ultra-sonografia e Raio X, Biópsia Renal, etc.
  - Atendimento dos pacientes cadastrados na Divisão de Serviço Social - medicamentos de alto custo, órteses e próteses.
11. Atendimento ao Trauma:
- Com base nas normas do Ministério da Saúde-MS, foi definido o Sistema de Referência Estadual de Atenção ao Trauma e as unidades a integrar o sistema hospitalar de atendimento à urgência e emer-

gência, que prevê a aquisição de equipamentos para as unidades, principalmente PSHMC.

- Modernização da Gerência Administrativa do PSHMC.
- Em elaboração, o convênio entre SES, Secretaria de Segurança (Corpo de Bombeiros) e FUSC, de implementação do programa de atendimento à urgência e emergência pré-hospitalar - com funcionamento, em 1999, de 4 unidades de resgate em Cuiabá e Várzea Grande (Modelo SIAT).
- As áreas de tuberculose, hanseníase, prevenção de câncer, DST/AIDS e diabetes não constam deste documento e serão apresentadas nos relatórios específicos de cada unidade descentralizada.

## 12. Investimento em Infra-Estrutura dos Serviços Básicos e Especializados de Assistência à Saúde:

Os critérios utilizados para investimento foram:

### 1. Serviços básicos:

- Postos e Centros de Saúde - municípios sem serviços ou com rede precária.
- Assentamentos rurais.

### 2. Especializados - municípios consorciados e municípios sede de Pólos:

- Término das obras dos Hospitais Regionais de Cáceres e Rondonópolis.
- Projeto de investimento para equipamentos dos serviços de atendimento à Urgência e Emergência e Gestante de Risco terciário.
- Hemorrede.
- Centro Auditivo - F.C.R.D.A.C.
- CAPS - CIAPS.
- Leito Dia/AIDS.
- Projeto de Equipamentos para as Unidades de Consórcio, etc.

Fizemos muito, mas ainda são inúmeros os desafios a serem enfrentados para a melhoria dos Serviços Assistenciais e atingir a qualidade e humanização desejadas pelos usuários do SUS.

Nota do Editor:

*A SES priorizou, a partir de 1995, a inversão do modelo assistencial em Mato Grosso. Enquanto, em 1994, os valores pagos pela assistência ambulatorial foram R\$ 33,9 milhões, a hospitalar custou R\$ 49,2 milhões (45,5% maior). Em 95, esta diferença diminuiu para 17%; em 96, a assistência ambulatorial foi 8,7% maior, e, em 98, R\$ 55,8 milhões foi o custo da ambulatorial, 11,6% maior que a hospitalar (R\$ 49,3 milhões). O aumento dos recursos gastos com a assistência hospitalar pode ser creditado, entre outros fatores, ao aumento da oferta de serviços de alta complexidade, como transplantes, traumatologia etc.*

## II – AVALIAÇÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO

### 1. ESTRATÉGIAS

1. Desenvolver uma Política de Comunicação e *marketing* de massa amplamente divulgada à população:
  - Sensibilizar a sociedade organizada sobre as ações de Saúde realizadas pelo SUS. Ex.: Manual de Serviços do SUS.
  - Capacitação de Conselheiros, atuando como agentes multiplicadores.
  - Resgate à Cidadania – Saúde como Direito.
2. Política de Recursos Humanos voltada para as necessidades assistenciais da população, em parceria com as Universidades:
  - Incentivar a interiorização do profissional da Saúde.
  - Formação do médico voltado para assistência generalista e regional.
  - Treinamento nas áreas de gerência e da assistência e apoio.
3. Definição de fonte fixa de financiamento para a saúde, nas três esferas de governo.

### 2. PROCESSOS

1. Falta de normatização do fluxo das unidades de referência regional para o Estadual, e da Municipal para a Regional.
2. Falta de um modelo de Assistência Básica.
3. Dificuldade para garantir o acesso em algumas áreas na referência Estadual (Cuiabá):
  - Urgência e Emergência.
  - Neurologia e Neurocirurgia.
  - Otorrinolaringologia.
  - Oftalmologia.
  - Ortopedia.
  - UTI.
4. Necessidade de rever o Modelo Assistencial da Saúde Mental, descentralizando os serviços de média complexidade (acompanhamento, tratamento individual e familiar).
5. Estruturar o fluxo e formulários do Sistema de Referência e Contra-Referência.

Observação: Uma das maiores demandas de encaminhamento do interior do Estado para Cuiabá são os pacientes com problemas mentais e dependentes químicos.

6. Na reorganização da CAHA, foram encontradas dificuldades na implementação do trabalho em parceria com outras Divisões e setores da SES, por resistência de alguns técnicos.
  - Falta política de Medicamentos Básicos e para os programas.
  - Necessidade de organizar a relação seguro de saúde privado com o SUS.

### **3. PRODUTOS**

*Quais as áreas que tiveram maior impacto positivo na melhoria da assistência?*

- Hemorrede – sangue.
- Reabilitação.
- Oncologia.
- Cirurgia Cardíaca.
- Consórcios resolvendo problemas de média e alta complexidade.
- Hemodiálise.
- Valorização do profissional para evitar a evasão do mesmo.
- Áreas que precisam de priorização e aprimoramento:  
Idem ao discutido em PROCESSOS.

*Do ponto de vista do usuário, quais os produtos mais esperados e desejados?*

- Qualidade do atendimento.
- Ter garantia de atendimento integral, inclusive assistência farmacêutica.
- Acabar com a fila de espera.
- Melhorar a relação profissional de saúde x paciente.

*Quais os desafios a serem enfrentados na área assistencial?*

- Implantar Sistema de Informação ao Usuário.
- Implantar Sistema de Avaliação do Serviço pelos Usuários.
- Modernização da gerência.
- Treinamento e reciclagem permanente para os profissionais (humanização).
- Conhecer modelos de assistência com qualidade.

## **DIRETRIZ 4**

### **REGIONALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO ....**



## I – TEXTO DE APOIO

### **REGIONALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS**

*Amaury Ângelo Gonzaga*

Um dos princípios organizativos propostos para a implementação do SUS constitui-se no processo de descentralização, quer seja das ações e serviços como também dos recursos disponíveis e necessários à organização dos modelos de atenção para os níveis municipal e regional. Para tanto, é imprescindível ao gestor estadual uma capacidade de intervenção eficaz e eficiente no que diz respeito ao processo de descentralização, garantindo aos gestores municipais cooperação técnica no apoio ao planejamento, na organização das ações e serviços de saúde orientados por um modelo que tenha por base os problemas de ordem epidemiológica e gerenciais, tanto em nível dos espaços municipais quanto regionais.

No início de 1995, a atual gestão da SES-MT identificou uma variedade de problemas, tanto de ordem epidemiológica quanto organizativa, na condução até então dada à Política Estadual de Saúde. A partir de então, foram formuladas referências gerais para a Política Estadual de Saúde na perspectiva de superação de diversos problemas e, dentre estas, foram propostos mecanismos de intervenção que superassem a limitação do processo de descentralização e municipalização da saúde até então tratado através de 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. Além do mais, o processo de municipalização vinha ocorrendo com a completa ausência do Governo Estadual, o que refletia a ausência de uma articulação supra municipal e regional.

Uma outra característica identificada e de grande importância no processo de descentralização foi o completo sucateamento dos pólos regionais de saúde que, por falta de uma condução objetiva da Política Estadual de Saúde, sofriam da amarga atribuição de entrepostos para distribuição de vacinas e medicamentos, revelando um completo distanciamento do seu papel gerenciador dos espaços regionais.

Face a tais problemas, a SES-MT procurou estabelecer estratégias de ação para superar os entraves identificados no processo de descentralização em, pelo menos, duas linhas de ação concomitantes à implementação das demais propostas pela Política Estadual de Saúde, a partir de 1995. Numa linha de ação diretamente orientada para o espaço municipal, a SES-MT vem viabilizando o apoio técnico para a organização das ações e serviços para este nível de ges-

tão e, paralelamente, atua na organização e otimização das ações e serviços em nível regional.

Nas linhas de ação sobre os espaços municipais, tendo como marco orientador o processo de descentralização, vem promovendo o resgate e fortalecimento do papel do gestor municipal enquanto ator sanitário responsável pela saúde dos seus munícipes e parceiro imprescindível na implementação da Política Estadual. Através do processo de habilitação proposto pela Norma Operacional Básica 01/96 e mediante curso de capacitação de gestores municipais, consolidou a habilitação dos 126 municípios junto às Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, constituindo um dos 06 Estados do país a atingir a habilitação para 100% dos municípios. Garantiu também apoio técnico na reformulação e implantação dos Conselhos Municipais de Saúde, Fundos Municipais de Saúde e também na elaboração dos Planos Municipais de Saúde, além de garantir o repasse de recursos financeiros para a garantia da assistência básica dos municípios através da descentralização da programação junto aos gestores municipais.

Concomitante ao resgate do papel do gestor municipal, a SES estabeleceu mecanismos de cooperação técnica para suporte na organização das ações e serviços no âmbito municipal e também apoio à construção de novos modelos assistenciais. O apoio técnico e incentivos para a implantação dos Programas de Agentes Comunitários da Saúde e Saúde da Família constituíram e constituirão marco referencial como uma das estratégias de inversão do atual modelo e atingem hoje cerca de 80% dos municípios do Estado. A implantação da lógica da programação local é critério necessário à transparência na distribuição dos recursos financeiros hoje disponíveis, repassada a todos os municípios do Estado. Um dos aspectos também marcantes e francamente atingido como meta foi o processo de capacitação de profissionais nas principais áreas estratégicas que visam atingir os problemas de ordem epidemiológica (hanseníase, tuberculose, dengue, doenças imunopreveníveis, saneamento básico, etc), além dos cursos de formação (Auxiliar de Enfermagem) e pós-graduação, em parceria com a UFMT, para formação de sanitaristas.

Concomitante à ação sobre a instância municipal, foram estabelecidas estratégias de resgate e consolidação das instâncias regionalizadas. Através da recuperação do papel dos pólos regionais de saúde, enquanto espaço e agente fomentador da política estadual de saúde e suporte técnico de apoio aos municípios, tanto no que diz respeito às áreas de vigilância à saúde quanto no suporte à organização da assistência, está sendo possível a otimização dos recursos disponíveis regionalmente e com uma maior integração entre Regional e Municípios.

O resgate deste espaço regionalizado vem possibilitando a organização de estratégias de ação, também de forma regionalizada, na medida em que se implantam os fóruns de gestão, ou seja, as Comissões Intergestores Bipartite Regionalizadas, as Câmaras de Compensação Regionalizadas e os Consórcios

Intermunicipais de Saúde e, em fase de implantação, as Câmaras de Auditoria Regionalizadas e Sistemas de Controle e Avaliação, além da implantação de apoio às informações gerenciais para a saúde junto das Diretorias Regionais de Saúde. É importante ressaltar que, a partir destas instâncias, vem sendo possível consolidar um dos grandes entraves na atual organização do SUS-MT, que é a otimização dos recursos regionais, com a definição de fluxos de referência para a assistência mais complexa e que extrapola a competência dos espaços municipais.

Assim, o processo de descentralização no Estado de Mato Grosso tem sido alcançado, em todas as suas metas até então propostas. Sem sombra de dúvida, restam ainda consolidar alguns processos necessários à efetiva implantação do SUS-MT, principalmente no que diz respeito aos processos organizativos do modelo assistencial a ser implementado, procurando destacar uma necessária radicalização na implantação das estratégias do PACS e PSF, o que implicaria numa maior motivação dos gestores municipais para essa estratégia de superação do modelo assistencialista, a organização e garantia de assistência tanto ambulatorial quanto hospitalar de referência para este modelo de atenção e que, ao mesmo tempo, garanta a resolutividade das ações e serviços o mais próximo possível dos espaços municipais e regionais.

Nota do Editor:

*A mudança do modelo de atenção é considerada prioridade pela SES. Neste sentido, o incentivo à implantação do PACS e PSF vem recebendo todo apoio, e os resultados positivos já são visíveis: em 95 (ano de implantação), o PACS foi implantado em 10 municípios, com 287 agentes comunitários de saúde conseguindo dar cobertura a 229.600 habitantes. Em 98, 90 municípios com 1.663 agentes garantiram a cobertura a 1.330.400 habitantes. Quanto ao PSF, os primeiros 05 municípios implantaram o Programa em 96, com 05 equipes atendendo 16.000 habitantes. Em 98, as equipes já somavam 22 em 18 municípios e a população atendida passou para 70.400 habitantes.*

*Outra ação da SES foi o apoio à implantação das Câmaras Regionais de Auditoria, na implantação de 09 Comissões Intergestores Bipartite Regionais, e na implantação de Câmaras de Compensação de AIHs com acompanhamento regionalizado (Juína, Porto Alegre do Norte, Barra do Garças, Juara e consórcios da Alto Tapajós, Norte Mato-grossense, Teles Pires e Água Boa).*

## II. AVALIAÇÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO

1. Descentralização é um processo de transferência de ações, serviços e recursos com a respectiva definição de autonomia e responsabilidades entre as esferas de governo (União, Estados e Municípios) para a efetiva implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde.
2. Os municípios e Estado têm claras as responsabilidades em relação aos seus papéis no que diz respeito a gestão e gerência?
  - As responsabilidades ainda não estão claras para o gestor municipal, principalmente em razão da indefinição das atribuições e próprio desconhecimento do seu papel gestor;
  - A grande maioria dos gestores não tem autonomia no processo de gerência administrativo-financeira.

De um modo geral, tanto em nível municipal quanto estadual:

- Há ainda uma centralização da gestão e dos processos gerenciais;
  - Dificuldade na inter-relação intersetorial e na relação público x privado.
3. Qual o impacto do processo de habilitação na organização da assistência dos municípios habilitados?
    - a) De um modo geral, houve um maior empenho na organização da atenção básica, principalmente:
      - melhoria do sistema de informação;
      - reestruturação dos serviços;
      - aumento da oferta dos serviços.
    - b) impacto sobre a assistência:
      - melhoria nos indicadores epidemiológicos (imuno-preveníveis; hanseníase; tuberculose; dengue).
    - c) Dificuldades e/ou problemas:
      - alguns municípios têm recuado na oferta da assistência a alguns programas (odonto, PACS, PSF) em razão da não clareza de um modelo de atenção que garanta estas estratégias;
      - com a fixação e o repasse do PAB, houve um descomprometimento com as ações e serviços relativos à atenção básica.

### **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:**

De um modo geral, houve uma significativa melhora na oferta para a alta complexidade da assistência hospitalar com o aumento da oferta.

A média complexidade, contudo, sofre restrições, principalmente no que

diz respeito a dificuldades gerenciais; recursos financeiros; dificuldade na interiorização de profissionais especializados; descompromisso e despreparo dos profissionais e distorção ou ausência de um modelo de atenção que dê maior resolutividade na atenção básica.

Há uma oferta importante no que diz respeito aos serviços hospitalares na baixa complexidade, porém com baixa resolutividade. Houve também uma melhoria na otimização dos recursos disponíveis para a assistência hospitalar.

De um modo geral, atribui-se a indefinição do modelo de atenção como um dos fatores na determinação da organização da assistência hospitalar.

### **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL:**

- a) Aumento sensível na oferta, embora ainda haja uma baixa resolutividade na assistência, com dificuldade na oferta das ações relacionadas à média complexidade (ortopedia /oftalmologia /otorrinolaringologia e neurologia);

### **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:**

- a) Não há uma política de assistência farmacêutica definida para os três níveis da assistência e tem sido um dos entraves importantes na consolidação do SUS;
- b) Melhoria, entretanto, na oferta de medicamentos de alto custo;
- c) Há medicamentos para as áreas programáticas com certa regularidade, mas com dificuldades na oferta de alguns medicamentos.

### **VIGILÂNCIA SANITÁRIA:**

- a) Avanço no processo de municipalização da VISA de baixa complexidade. Dificuldades:
  - Ingerência política sobre as ações de VISA nos municípios;
  - Não priorização das ações de VISA.

### **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

- a) Significativa melhoria na organização das investigações, notificação e sistema de informação;
- b) Dificuldade na garantia de referência ambulatorial;

- c) Não há comprometimento dos demais serviços em relação à notificação de doenças.

Pontos que ficaram pendentes na discussão do grupo:

- Programação, Controle, Avaliação e Auditoria;
- Financiamento.

## **DIRETRIZ 5**

### **POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA**



## I – POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Dentre as prioridades definidas pela SES, com relação à Política de Ciência e Tecnologia em Saúde, foram implementadas as seguintes atividades:

- Realização de estudos de prevalência/incidência de doenças do sangue, de hepatite B e C em pacientes de P hemodiálise e dentistas, estudo fisioterápico em pacientes hemofílicos, estudo sobre exames diagnósticos para malária, através da articulação com a Universidade Federal de Mato Grosso, UNIC, Fundação Nacional de Saúde;
- Financiamento para pesquisas na área de saúde e ambiente;
- Reestruturação do Laboratório Central, através da modernização e da implantação de novas técnicas de diagnóstico;
- Trabalho conjunto com o Laboratório de Produção de Medicamentos de Pernambuco, que vem orientando a equipe da SES para fechamento da proposta do laboratório de produção de Mato Grosso;
- Estabelecimento de parcerias com as Instituições de Ensino e outras, para a formação de quadros estratégicos para o SUS;
- Desenvolvimento de *softwares* para gerenciamento do orçamento e dos recursos humanos da SES, para planejamento e orçamentação de processos de aquisição de equipamentos, para gerenciamento de informações dos municípios do Estado, entre outros, com o apoio do CEPROMAT;
- Levantamento preliminar das pesquisas na área de saúde em execução no Estado, com apoio da Fundação Nacional de Saúde;
- Em parceria com a UFMT, foram realizados cursos de especialização em Saúde Pública, Planejamento e Gestão, Epidemiologia e Vigilância Sanitária. As monografias do Curso de Epidemiologia são apresentadas no Anexo 3;
- Desenvolvimento de módulos de atenção e gestão regionalizados;
- Investimentos permanentes na capacitação de RH;
- Incorporação dos recursos tecnológicos disponíveis para a saúde, como equipamentos e técnicas de última geração. Cite-se como exemplo o serviço de urgência/emergência; o atendimento à gestante de risco; medicina baseada em evidências; novas técnicas terapêuticas para AIDS, hanseníase, tuberculose, entre outros;
- O desenvolvimento de *softwares* adequados à SES.

Essas ações são ainda muito tímidas frente ao grande desafio para a estruturação/desenvolvimento de uma Política de Ciência e Tecnologia para o SUS-MT. Entretanto, foram dados passos importantes, especialmente no que se refere à articulação com as instituições de produção de conhecimento, entre outras importantes para o estabelecimento de relações estratégicas.

## **DIRETRIZ 6**

### **POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

## I – TEXTO DE APOIO

### SUBSÍDIOS PARA A AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS IMPLEMENTADA PELA SES-MT, NA GESTÃO 1995–98

*Elisete Duarte*

Em junho de 1995, tornou-se público o documento “Política de Saúde do Estado de Mato Grosso - Diretrizes e Estratégias” e, após sua discussão ampliada, é assumido pela SES-MT como referência para a política de saúde no âmbito do Governo Estadual, orientando-se para os projetos prioritários a serem desenvolvidos no período de 95/98.

As novas funções da SES, especialmente as de formulação, regulação, condução, avaliação e cooperação técnica reconhecidamente exigiriam recursos humanos adequadamente capacitados para assumirem a coordenação e implementação destes novos processos. Neste sentido, o mesmo documento apresentou as diretrizes gerais de uma política de recursos humanos para o SUS estadual. A atenção para a prioridade desta área passou a ser enfocada em todos os eventos, oficinas e seminários desenvolvidos pela SES nesta administração, como ponto estratégico e central para a consolidação do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso.

A centralidade dos recursos humanos para o desenvolvimento da política de saúde estava fundamentada especialmente nos seguintes argumentos:

- Os profissionais e trabalhadores da saúde são os sujeitos do processo social de construção do SUS, pressupondo a necessidade de uma maior participação nas decisões, favorecendo o desenvolvimento das capacidades/potencialidades dos indivíduos e o seu compromisso ético e social com a saúde coletiva;
- Na condição de agentes responsáveis pela transformação do sistema de saúde, decidem o destino de todos os demais recursos do SUS;
- Trabalho humano na área da saúde será sempre insubstituível, por mais que a *high technology* seja incorporada pelo sistema e serviços de saúde e, nesse sentido, a sua gestão, desenvolvimento e formação devem constituir preocupação permanente da SES-MT;
- Representam o maior gasto do Governo do Estado com o setor, correspondendo a cerca de 90% dos recursos do tesouro estadual repassados à SES.

A III Conferência Estadual de Saúde destacou a questão, remetendo a discussão para um mesa redonda com vários convidados que instigaram a participação da plenária. O gestor estadual da saúde argumentou, na oportunidade,

que o investimento que a SES-MT vinha realizando para a capacitação dos profissionais, gestores e conselheiros de saúde significava um investimento na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

O destaque dado à área de RH da saúde em Mato Grosso influenciou a definição do tema central da Oficina de Trabalho do CONASS, realizada em dezembro de 1996, em Cuiabá, contando com a representação de 17 Estados. As questões relacionadas à gestão de Recursos Humanos foram o eixo principal das discussões dos Secretários Estaduais de Saúde. A partir desta Oficina, o CONASS rearticulou a sua Câmara Nacional de Recursos Humanos, o que possibilitou a formação de uma rede de articulação e cooperação técnica entre dirigentes de RH sem precedentes, a exemplo do que veio a ocorrer posteriormente em outras áreas.

O documento da Política de Saúde, no que se refere à área de RH, trouxe como aspectos principais a serem considerados:

- Valorização profissional com revisão do PCCS;
- Melhoria dos ambientes de trabalho;
- Aumento do compromisso social e ético com o SUS, com recuperação do sentimento/atitude do “servidor do público”;
- Política de estímulo à interiorização;
- Formação de quadros em áreas estratégicas: planejamento, epidemiologia, RH e gestão, entre outras;
- Programa de formação e capacitação de RH para a municipalização/distritalização e a implantação de novas práticas e modelos assistenciais;
- Apoio e estímulo aos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;
- Criação e construção da Escola de Saúde Pública;
- Abertura e estímulo para a criação de campos de estágios para alunos da Universidade, estimulando a formação de quadros em especialidades de grande carência no Estado.

Sobre estes aspectos, serão pontuadas algumas considerações a fim de subsidiar uma discussão mais aprofundada sobre os avanços conquistados e os obstáculos à implementação da Política de Recursos Humanos para o SUS-MT.

## **REVISÃO DO PCCS**

Foi constituída a comissão para a formulação de sua nova versão, com a participação do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde. A própria comissão reconheceu a importância de contar com uma assessoria externa para a crítica da proposta e conferir a viabilidade necessária à aprovação do documento pela Assembléia Legislativa. O processo foi retomado em 98, com a contratação de assessoria especializada do IBAM, definindo um plano de trabalho que permitiu

uma participação mais ampliada da representação dos trabalhadores, e também procurou conquistar a adesão de atores estratégicos para a sua aprovação, a exemplo da Casa Civil, da SAD, da SEPLAN e PGE.

### **DIFICULDADES:**

- Demora na definição das medidas do nível federal que influenciariam diretamente o trabalho proposto (Emenda Constitucional nº 19, somente publicada em junho de 1998 - Reforma Administrativa);
- A crise financeira vivenciada pelo Governo Estadual, e o novo texto constitucional apontam para limites claramente estabelecidos em relação a um possível impacto financeiro do novo PCCS.

### **MELHORIA DOS AMBIENTES DE TRABALHO:**

Reforma da estrutura física e aquisição de novos equipamentos/arquivos e mobiliários para a quase totalidade dos setores da SES, assim como para as Unidades Descentralizadas, oferecendo melhores condições de trabalho aos servidores da SES. As chefias e servidores dos setores ou Unidades Descentralizadas foram consultados, buscando uma melhor adequação técnica das aquisições realizadas pela SES às necessidades do trabalho desenvolvido.

### **AUMENTO DO COMPROMISSO SOCIAL E ÉTICO COM O SUS, COM RECUPERAÇÃO DO SENTIMENTO/ATITUDE DO “SERVIDOR DO PÚBLICO”**

Houve um pequeno avanço nesta questão, sendo ainda um tema que emerge permanentemente nos momentos de avaliação dos serviços, atrelando-se esta questão à falta de compromisso do servidor com o cliente que atende, tanto em nível das coordenadorias da SES quanto nas suas Unidades Descentralizadas. Há necessidade de melhorar as relações interpessoais nas equipes de trabalho e destas com a clientela. Alguns cursos foram desenvolvidos (Análise Relacional, Relações Humanas, etc.) e técnicas de motivação foram introduzidas nos diferentes processos de capacitação, sem alcançar o sucesso desejado. Devem ser definidas outras estratégias para o enfrentamento destas questões de forma contínua e prioritária, no sentido de resgatar o orgulho do servidor público, de conferir maior resolutividade às ações desenvolvidas e humanização do atendimento prestado.

## **POLÍTICA DE ESTÍMULO À INTERIORIZAÇÃO**

A deficiência quali-quantitativa de recursos humanos em algumas regiões do Estado (Nordeste e Noroeste) ainda é um problema bastante significativo, que muitas vezes impossibilita um ritmo mais acelerado para a consolidação do SUS-MT.

### **NO ENTANTO, AVANÇOS PUDERAM SER OBSERVADOS:**

- A parceria estabelecida com os dois Consórcios Intermunicipais de Saúde das Regiões Norte Mato-grossense e do Teles Pires, embora represente um ônus financeiro importante para a SES, possibilitou a atração e manutenção de profissionais qualificados (especialmente médicos) para atuarem nestes serviços de referência distantes da capital, através da complementação paga através dos Consórcios. Em 1995, os dois hospitais tinham sérias dificuldades de manter pelo menos 4 profissionais de nível superior em seu quadro, o que já não ocorre atualmente.
- A parceria entre a UFMT e o Consórcio da Região de Sorriso possibilitou a reativação do “Internato Rural” e um processo de formação dos alunos dos Cursos de Medicina e Enfermagem mais próximo da realidade do interior do Estado, o que poderá atrair estes futuros profissionais para atuarem no interior.
- Os processos de capacitação desenvolvidos pela SES-MT visaram oferecer oportunidades de atualização e reciclagem dos profissionais atuantes nos municípios do interior. As especializações em Saúde Pública, em fase de conclusão em Tangará da Serra e Barra do Garças, constituem exemplos desta determinação. A Escola Técnica de Saúde também ampliou significativamente sua atuação no interior do Estado, ainda que centrada no oferecimento de Cursos de Auxiliares de Enfermagem e, com menos ênfase, no Técnico de Patologia Clínica.
- Considerando a dimensão do Estado e as diferenças de infra-estruturas e custo de vida, o novo PCCS da Saúde pretende garantir parâmetros de remuneração diferenciados (ou gratificações) para os profissionais que atuarem nos municípios mais distantes.

### **FORMAÇÃO DE QUADROS EM ÁREAS ESTRATÉGICAS: PLANEJAMENTO, EPIDEMIOLOGIA, RH E GESTÃO, ENTRE OUTRAS**

Através da parceria estabelecida com o Instituto de Saúde Coletiva, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, foi realizado o Curso de Especialização em Epidemiologia (17 alunos concluintes) e o Curso de Especialização em Pla-

nejamento e Gestão Estratégica em Saúde (em fase de conclusão), visando a formação de quadros estratégicos para o SUS. Para implementar o projeto de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, foi realizado também em nível de especialização, um curso nesta área, estando em fase de conclusão. A SES-MT não investiu na formação de profissionais para a gestão de Recursos Humanos, o que deverá ser considerado como uma necessidade para a próxima administração, assim como prioritário deve ser o investimento na “profissionalização” da gerência dos serviços, sendo esta uma deficiência relatada e observada em reiteradas ocasiões.

### **PROGRAMA DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE RH PARA A MUNICIPALIZAÇÃO/DISTRITALIZAÇÃO E A IMPLANTAÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS E MODELOS ASSISTENCIAIS**

Os processos de capacitação de recursos humanos desenvolvidos pela SES-MT envolveram os profissionais do SUS não discriminando seu vínculo empregatício, participando servidores estaduais, municipais e de outras instituições que compõem o SUS no Estado.

As capacitações realizadas privilegiaram o controle de doenças específicas (tuberculose, hanseníase, dengue etc.) e a organização do sistema e dos serviços, entre outras áreas. No entanto, um processo de supervisão integrada com vistas a definir mecanismos permanentes de acompanhamento e cooperação técnica para os municípios deve constituir uma prioridade de ação para o próximo período.

Os esforços para a ampliação do escopo de cursos profissionalizantes oferecidos pela Escola Técnica de Saúde trouxeram à tona, pela primeira vez, a formação de profissionais voltados para o novo modelo de atenção à saúde das pessoas, a exemplo dos Cursos para Técnicos em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, além dos Cursos de Técnico em Registros de Saúde e de Auxiliares de Enfermagem voltados à formação de indígenas para atuação direta nas aldeias.

Com vistas à implantação de novas práticas e modelos assistenciais, destaca-se a capacitação dos agentes comunitários de saúde (com ampla cobertura populacional no Estado) e o Curso de Especialização para enfermeiros e médicos das equipes do Programa de Saúde da Família. Esta especialização requer um monitoramento mais próximo, por ser uma experiência recente em nível nacional e por isso mesmo estar sujeita a distorções dos seus propósitos.

## **APOIO E ESTÍMULO AOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

A SES-MT privilegiou como parceiro a Universidade Federal de Mato Grosso, através do Instituto de Saúde Coletiva, atendendo dentro do que foi possível as solicitações apresentadas por este parceiro, no sentido de apoiar o seu Programa de Pós-Graduação, garantindo a realização dos Cursos de Especialização de interesse da Política de Saúde definida. Atualmente, cerca de 200 profissionais do SUS estão se especializando nas áreas de Vigilância Sanitária, Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde, Saúde da Família e Saúde Pública, através da parceria estabelecida. No entanto, este processo está sempre permeado por momentos de conflitos, o que requer uma atenção mais deliberada destes parceiros para a definição de um projeto interinstitucional que deverá explicitar mais claramente os objetivos comuns a serem perseguidos.

## **CRIAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA**

A proposta encaminhada para o Governo Estadual contempla a criação do Centro de Gestão, Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos para o SUS – CGDFRH, prevendo a criação da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso; no entanto, a sua aprovação está na dependência da apreciação pelo Governo Estadual, assim como de sua aprovação pela Assembleia Legislativa.

Foi realizada uma reavaliação do projeto arquitetônico e a construção do espaço físico que sediará o CGDFRH (no início desta administração se limitava apenas à fundação) se encontra atualmente bem adiantada, ainda que seja necessário retomar as negociações para a conclusão da obra.

## **ABERTURA E ESTÍMULO PARA A CRIAÇÃO DE CAMPOS DE ESTÁGIOS PARA ALUNOS DA UNIVERSIDADE, ESTIMULANDO A FORMAÇÃO DE QUADROS EM ESPECIALIDADES DE GRANDE CARÊNCIA NO ESTADO**

A reativação do Estágio Integrado e Interiorizado da UFMT foi a única ação concreta neste sentido implementada pela SES, em parceria com o CISRTP e a UFMT. Um programa mais amplo para a incorporação de estagiários na SES-MT já se encontra formulado e pronto para ser efetivado.

A formação de médicos especialistas em hematologia e hemoterapia também não foi realizada após articulação com a Faculdade de Ciências Médicas da UFMT e de Instituição de Ensino de outro Estado. No entanto, a sua necessida-

de é indiscutível frente à expansão da HEMOREDE, devendo ser retomado este propósito, bem como deve-se priorizar a formação de outras especializações de grande carência no Estado (ex: citopatologia).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Política de Recursos Humanos desenvolvida pela SES foi marcada, nesta gestão, em linhas gerais, por um forte componente de capacitação dos profissionais envolvidos no SUS, pela captação de recursos financeiros de agências externas (FNS, PRODEAGRO, FAT, etc.) e pelo estabelecimento de parcerias com municípios, instituições federais e UFMT.

Sua centralidade exige destaque na Política de Saúde a ser implementada no próximo período, com ênfase na área de gestão de RH (capacitação de gerentes, autonomia de gestão para os municípios em relação ao pessoal cedido, definição de parâmetros de lotação, implementação da avaliação de desempenho, realização do concurso público) e de desenvolvimento e formação dos profissionais do SUS (educação continuada, treinamento de ingresso dos concursados, ampliação dos cursos da ETS, etc.), entre outras prioridades já apontadas neste documento.

## II – AVALIAÇÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO

O grupo de trabalho, após a leitura e discussão do subsídio elaborado para a avaliação da Política de Recursos Humanos, acrescentou as seguintes sugestões:

Revisão do PCCS: entre as dificuldades elencadas no texto, ressalta-se a necessidade de melhorar o fluxo de informações entre a Comissão e representantes que participam mais diretamente da revisão do PCCS e o conjunto de servidores da SES, e em especial da Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa.

Melhoria dos ambientes de trabalho: o grupo acrescenta ao texto a insuficiência de espaço físico na sede da Secretaria, ainda que reconheça melhores condições para o trabalho. Em alguns setores, foi relatado não ter havido a participação dos servidores na reestruturação física dos espaços, o que gerou alguma insatisfação entre eles.

### APOIO E ESTÍMULO AOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Os cursos de especialização desenvolvidos em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva proporcionaram, além da formação de especialistas em áreas de interesse do sistema de saúde, a produção de conhecimentos sobre a realidade do nosso Estado através da realização de pesquisas operacionais. Foi ressaltado pelo grupo, como outro aspecto positivo, especialmente pela diretora do Instituto de Saúde Coletiva, a troca de experiências entre os técnicos que se especializam e os docentes.

Em relação às demais considerações do texto preliminar, o grupo concordou integralmente com o seu conteúdo.

O debate no grupo de trabalho foi estimulado por questões previamente elaboradas e as contribuições são apresentadas a seguir:

**Questão nº 1** – Estratégias para socializar o novo papel assumido pela SES e as diretrizes e projetos prioritários da Política Estadual de Saúde:

- a) Definir mecanismos para socializar as informações, a exemplo de boletins informativos, através da internet, e outros.
- b) O papel dos gerentes neste processo é fundamental, devendo ser o principal agente a estimular as discussões e orientar os projetos de cada uma das Unidades frente à política.
- c) Promover discussões nas Coordenadorias e Unidades, em oficinas de trabalho.

- d) Afixar as diretrizes da política e as programações em cada uma das Unidades e Coordenadorias para que sejam permanentemente visualizadas pelo conjunto de servidores.
- e) A reorientação das diretrizes gerais da política e a definição da programação devem ser feitas de forma participativa, o que facilita a sua incorporação por parte das chefias e equipes.

**Questão nº 2** – Avaliação dos processos de capacitação desenvolvidos e sugestões:

No geral, o grupo avalia que as capacitações desenvolvidas representaram um processo amplo que envolveu técnicos de todos os municípios, independente do vínculo de emprego destes profissionais; no entanto, foram apontadas sugestões para o aperfeiçoamento deste processo.

- a) A Escola Técnica de Saúde esteve ausente destes processos e a sua integração é desejável, por exemplo, nas capacitações para os agentes comunitários de saúde, equipes do Programa de Saúde da Família e em outras capacitações.
- b) Existem problemas em relação à clientela dos cursos:
  - muitas vezes são encaminhadas pelo município as mesmas pessoas para diferentes capacitações;
  - o perfil da clientela deve estar claramente estabelecido para cada uma das capacitações;
  - recomenda-se integrar os processos de capacitação, sempre que for possível, otimizando recursos e considerando que os técnicos nos municípios não devem ser capacitados para atuar exclusivamente em cada um dos “programas”;
  - ainda que se promova a capacitação do técnico do município, nem sempre este investimento se traduz na implantação do serviço, o que muitas vezes frustra os técnicos capacitados.
- c) A SES-MT deve executar um programa de supervisão integrada permanente para estar continuamente identificando os pontos de estrangulamento que os municípios vêm enfrentando para a operacionalização das atividades.
- d) A SES-MT deve propor a realização de uma avaliação do impacto dos processos de capacitação amplamente difundidos. O número de eventos e de participantes aumentou significativamente nos quatro anos, no entanto o desafio para o próximo período deve ser conferir maior qualidade a esses processos.
- e) Em alguns treinamentos realizados, o número de instrutores foi excessivo em relação à clientela, o que deve ser redimensionado.
- f) Em algumas situações aconteceram programações paralelas em um mesmo município, ou para os técnicos dos Pólos, dificultando a sua

participação. Neste sentido, a programação dos treinamentos e demais capacitações devem ser elaboradas e criticadas previamente, devendo ser articulados todos os processos pela Divisão de Desenvolvimento de RH.

- g) Recomenda-se a estruturação e integração do IEC aos processos de capacitação.
- h) As capacitações realizadas devem ser certificadas, pois é considerado relevante para os técnicos participantes.
- i) Deve-se instituir mecanismos de repasse dos conhecimentos adquiridos, de forma sistemática, no sentido de socializar com os interessados os conhecimentos recebidos.
- j) Os profissionais médicos ainda resistem em participar de treinamentos realizados por outros profissionais.
- k) Os materiais didáticos distribuídos nas capacitações devem ser melhorados e adaptados, sempre que possível, à realidade do Estado. Neste sentido, deve-se estimular a produção de materiais sobre esta realidade. Esta recomendação tanto se refere aos materiais instrucionais dos processos de capacitação quanto àqueles que servem aos cursos profissionalizantes.

**Questão nº 3** – As estratégias a serem adotadas para a profissionalização da gerência dos serviços do SUS:

O grupo reconhece a importância da profissionalização de quadros para a gerência dos serviços do SUS. Reconhece, também, que o grupo de profissionais que se especializaram em gestão e planejamento estratégico em saúde poderá dar uma contribuição fundamental na elaboração de um programa para a capacitação de novos quadros, até como uma forma de retorno do investimento que a Instituição fez.

Desta forma, a SES-MT deve estruturar um programa de capacitação de gerentes considerando as características da função. Este programa deve ser modular, contando com mecanismos de acompanhamento a distância. Para a sua operacionalização, devem ser estabelecidas parcerias com outras instituições (UFMT, ENSP, ENAP e outras). A clientela para este programa deve ser especialmente os secretários municipais de saúde, gerentes de serviços de saúde (municipais ou estaduais) e gerentes de áreas específicas (RH, Planejamento, etc).

**Questão nº 4** – A atuação da Escola Técnica de Saúde e as diretrizes que devem orientar os seus projetos:

- a) A ETS deve ampliar a sua atuação abrindo turmas à comunidade em geral, sem deixar de atender aos profissionais já atuantes no SUS-MT.
- b) A ETS deve ampliar as áreas que tradicionalmente já oferecem cursos, de acordo com as prioridades da política de saúde.

- c) A descentralização deve continuar sendo uma das diretrizes que orienta os projetos da ETS.
- d) A ETS deve atuar no desenvolvimento dos profissionais de nível médio, não ficando restrita apenas no seu processo de formação, e neste sentido deve estar integrada à área de desenvolvimento da SES-MT, propondo alternativas para a sua educação continuada.
- e) A comunicação entre ETS e SES-MT deve ser melhorada, assim como da ETS com as Secretarias Municipais de Saúde.
- f) A ETS deve estabelecer um programa de capacitação e acompanhamento dos instrutores (atualmente obrigatório por lei), definindo o perfil do profissional para exercer a função docente de seus cursos.
- g) Integrar a programação da ETS às prioridades e movimentos da Política Estadual de Saúde (consórcios, PACS, PSF etc).
- h) A ETS deve definir mecanismos de acompanhamento dos convênios de cooperação técnica firmados com as Secretarias Municipais de Saúde para o desenvolvimento dos cursos de formação.
- i) Definir mecanismos de incentivo à atividade docente entre os profissionais do SUS.
- j) Ampliar a discussão da reformulação da ETS frente à nova LDB, com os profissionais que têm experiência acumulada.

**Questão nº 5** – Os mecanismos que devem ser implementados para resgatar o sentimento e atitude do “servidor do público”, a serviço do usuário:

Esta questão ainda é muito polêmica. O grupo destacou alguns fatores que, com maior ou menor peso, interferem nas atitudes e sentimentos dos servidores públicos da saúde.

A desumanização do atendimento ainda é relatada, especialmente por parte dos usuários dos serviços.

Salários e condições de trabalho interferem na atuação dos profissionais com maior peso para as condições de trabalho.

A dedicação exclusiva deve ser estimulada para todos os profissionais dos serviços de saúde.

Cursos de relações humanas podem ajudar a repensar as atuais práticas profissionais.

Os usuários têm que cobrar seus direitos e, para tanto, devem estar informados sobre eles, sobre o que os serviços oferecem e sobre os profissionais de saúde que os atendem.

Treinamento para ingresso do servidor na administração pública deve ser incorporado pelo órgão como rotina para todo novo servidor.

A avaliação de desempenho deve ser estendida ao conjunto de servido-

res da Saúde e não somente aos concursados e na perspectiva da auto-avaliação, da avaliação da equipe e da chefia. Deve-se pensar também como incorporar a avaliação dos profissionais pelos usuários dos serviços.

A humanização dos ambientes de trabalho pode trazer, como consequência, uma melhor forma de atendimento aos usuários, ou seja, ambientes de trabalho humanizados tendem também a influenciar a humanização do atendimento prestado pelas equipes.

Por outro lado, o estabelecimento de mecanismos institucionais de valorização dos servidores motivam a sua atuação, a exemplo da sua participação nos processos decisórios, definição de critérios e instrumentos de elogios e a organização da Divisão de Atendimento ao Servidor.

## **DIRETRIZ 7**

### **REDEFINIÇÃO DO PAPEL INSTITUCIONAL DA SES E NOVOS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO**



## I – TEXTO DE APOIO

### **REDEFINIÇÃO DO PAPEL INSTITUCIONAL DA SES E NOVOS MODELOS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO – O QUE FOI REALIZADO EM QUATRO ANOS**

*Ubirajara Sampaio Mota e  
Ione Mariza Bortolotto  
(organizadores)*

Até quatro anos atrás, a SES-MT possuía a nítida função de mera prestadora de serviços e fornecedora de insumos. Parecia não lhe caber a responsabilidade de formuladora e coordenadora de políticas e de normatizadora de ações de saúde pública de interesse do conjunto da população do Estado. Muitos avanços foram alcançados na definição do novo papel da SES-MT, merecendo destaque os seguintes:

#### **EM RELAÇÃO A REDEFINIÇÃO DO PAPEL INSTITUCIONAL DA SES**

1. Priorização de ações municipalizadas e regionalizadas
  - A SES firmou Acordos de Cooperação Técnica com todos os municípios do Estado.
  - Propôs e apoiou a organização de Sistemas Municipais de Saúde e estimulou as ações integradas de saúde no âmbito dos espaços regionais e microrregionais. Como exemplos, podem ser citados os Sistemas Municipais de Informação em Saúde, os Cursos de Capacitação de Gestores Municipais, a capacitação de recursos humanos para os municípios e a organização de Consórcios Intermunicipais de Saúde.
2. Estruturação e Desenvolvimento do Sistema Estadual de Informação em Saúde, culminando com a Rede Estadual de Saúde (em fase de implantação)
  - São muitos os exemplos de sistemas de utilização geral: Sistema de Nascidos Vivos, Sistema de Notificação de Agravos, Sistema de Informação Alimentar e Nutricional, Sistema de Informação Ambulatorial, Sistema de Informação Hospitalar, entre outros.
  - Também, internamente, foram implantados vários sistemas que vieram melhorar o controle e o desempenho no funcionamento interno da SES: Sistema de Controle de Material de Consumo, Sistema de Controle de Diárias e Sistema de Controle de Passagens são alguns exemplos.

3. Utilização de critérios e indicadores de saúde como definidores de prioridades, substituindo-se a perversa lógica do clientelismo e compadrismo pela do atendimento de necessidades de contingentes populacionais. Foi assim na implantação de Unidades de Coleta e Transfusão de Sangue, Unidades de Reabilitação e Fisioterapia, na Construção de Unidades Básicas, na recuperação e equipamento de Unidades Hospitalares, para citar alguns exemplos.

## **QUANTO AOS NOVOS MODELOS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA SES**

1. Flexibilização da estrutura da SES e das relações de autoridade, incentivando-se o desenvolvimento de trabalhos por Projetos, por Divisões, por Grupos de Trabalho, por Equipes, por Comissões. Os exemplos são muitos:

Comissão Bipartite Estadual, Comissões Bipartite Regionais, Câmaras de Compensação de AIHs Regionais, Grupos de Trabalho da Dengue, de Transplantes, do REFORSUS, Divisões de Saúde Indígena, de Educação em Saúde etc.

2. Criação de Unidades Orçamentárias. Descentralização Orçamentária e Financeira. Transformação das unidades de maior complexidade em Unidades Orçamentárias Descentralizadas, tornando-as mais ágeis em relação a vários procedimentos.

Isso aconteceu, por exemplo, com os Hospitais Regionais de Colider e Sorriso, com o CIAPS Aduino Botelho, com o HEMOCENTRO.

3. Elaboração de Regimento Interno da SES através de amplo processo de discussão envolvendo chefias e técnicos.
4. Reforma Administrativa elaborada buscando-se adequar a Estrutura Organizacional à Política Estadual de Saúde e às Ações/Atividades da SES.

No momento, encontra-se em apreciação pelo Governo do Estado para ser enviada à Assembléia Legislativa.

5. Modernização de procedimentos e equipamentos no processo de comunicação e informação interna e externa da SES.

Implementaram-se melhorias na telefonia, no Protocolo, instalou-se fax em todos os setores, firmou-se convênio com os Correios para implantação do sistema de malotes, além de colocação de *home page* da SES na Internet.

6. Disponibilização do acesso e circulação de informações de uso e domínio públicos.
7. Estabelecimento de critérios transparentes, legais e legítimos nas relações com fornecedores e prestadores de serviços, fazendo-se prevalecer os princípios básicos da administração pública. Foram implanta-

dos processos licitatórios que obedecem a legislação e que preservam os recursos e o patrimônio públicos, alcançando-se resultados com menores custos e garantindo-se melhor qualidade em produtos e serviços adquiridos.

8. Implantação de Padronização dos Processos de Aquisição de Materiais e Equipamentos. Foram redefinidos os processos de compra em conjunto em todos os setores, estabelecendo-se seleção, especificação, classificação e padronização de processos, definição e implantação de fluxos e Catálogo de Materiais de Consumo.
9. Programação de Compras. Implantou-se o critério de estoque mínimo e aquisição por semestre.
10. Implantação do Orçamento Participativo e da Prestação de Contas Pública.
11. Implantação de Programações com base em Planos Operativos Anuais.
12. Elaboração do Plano Diretor de Informatização nas Unidades Gerenciais e Assistenciais.
13. Implantação de Sistema de Custos.  
Implementado por Unidade da SES para materiais de consumo regular (medicamentos, materiais hospitalares, laboratoriais, de expediente, de informática etc.), realizando-se mensalmente levantamento das necessidades de cada unidade, dispensação automática e análise de estoque para ajuste.
14. Modernização da Gráfica, com implementação de processos de editoração e impressão informatizados.
15. Informatização do almoxarifado de consumo.

## II – AVALIAÇÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO

### REDEFINIÇÃO DO PAPEL INSTITUCIONAL DA SES

1. Priorização das ações municipalizadas e regionalizadas:
  - Acordos de Cooperação Técnica com todos os municípios do Estado;
  - Apoio à organização dos Sistemas Municipais de Saúde;
  - Estímulo às ações integradas regional e microrregionalmente.

Exemplos:

a) Sistemas Municipais de Informação em Saúde:

- Pelo menos 01 técnico foi treinado em todos os 126 municípios, nos programas: SIH, SIA, SINAN, SIM, SINASC;
- Todos os municípios com o PACS tiveram treinamentos com o SIAB;
- Foram treinados técnicos nos 18 municípios com PSF.

b) Curso de Capacitação de Gestores Municipais:

- Em todas as regiões, foram realizadas as capacitações de gestores, em parceria com o COSEMS.

c) Capacitação de RH:

- A SES treinou RH em todos os 126 municípios.

d) Organização de Consórcios Intermunicipais de Saúde.

2. Estruturação e Desenvolvimento do Sistema Estadual de Informação em Saúde:

Do ponto de vista do uso geral: SINASC, SIA, SIH, SINAN. Foram implantados, também, diversos sistemas de uso interno da SES: Sistema de Controle de Material de Consumo, Sistema de Controle de Diárias, Sistema de Controle de Passagens etc.

3. Utilização de Critérios e Indicadores de Saúde como definidores de prioridades:

- Critérios e indicadores de saúde na definição de prioridades;
- Substituição da lógica do clientelismo pela do atendimento das necessidades de contingentes populacionais.

## NOVOS MODELOS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA SES

1. Flexibilização da estrutura da SES e das relações de autoridade:
  - Incentivo ao desenvolvimento do trabalho por Projetos, Divisões, GT's, Equipes, Comissões.
  - Sugestão: Ao tempo em que se aumente o número das Regionais, há necessidade de melhor adequá-las com recursos humanos e materiais.
2. Regimento Interno (R.I.).

Abriu-se discussão no Grupo quanto a três situações:

  - Consta no RI:

“parecer da Coordenadoria de Auditoria sobre processos em pendência na prestação de contas (diárias, adiantamentos, repasses, convênios).”

Deveria constar:

“parecer da Coordenadoria de Auditoria em todos os processos, independente de pendência na prestação de contas.”

Há um desvio de função do Auditor: ao invés de Orientador, está como Fiscalizador.

Não há no RI a determinação das publicações de contratos/convênios a serem feitas pelo Gabinete do Secretário.
3. Modernização de Procedimentos e Equipamentos no processo de Comunicação/Informação interna/externa da SES.

Melhorias em:

  - Telefonia;
  - Protocolo;
  - Convênio com Correios – Sistema de Malotes;
  - *Home page* da SES na Internet;
  - Fax em todos os setores.
4. Disponibilização do acesso à circulação de informações de uso e domínio públicos:
  - Acrescentar: Melhoria.
5. Implantação de Programações com base em Planos Operativos Anuais:
  - Além da implantação das programações, avaliá-las e supervisioná-las.
6. Implantação de Sistema de Custos:
  - Além do Sistema de Custos, há necessidade da implantação de centros de custos nas unidades.

7. Modernização da Gráfica:
  - Melhorando desempenho em: qualidade, velocidade e diminuição de custos (60% em alguns casos).
8. Informatização do Almoxarifado de Consumo:
  - Controle de estoque e rapidez no atendimento.

## 2ª Seção

# Discussão sobre temas centrais ao modelo de atenção e gestão do SUS em Mato Grosso





I — *Atenção Básica:*  
*Saúde da Família*



## **I – TEXTO DE APOIO**

### **PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

*Rita Christina Martins Borges*

#### **O Que é Saúde da Família**

1 – Saúde da família é uma estratégia para contribuir na reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica. É uma forma de reorganizar as unidades de saúde, portanto não é uma ação paralela nos serviços municipais de saúde. As unidades básicas reorganizadas segundo os princípios de saúde da família se caracterizam como a porta de entrada nos serviços de saúde do município. Isso significa dizer que o primeiro contato da população com os serviços deve ocorrer a partir de uma unidade básica de saúde da família.

A Unidade Básica de Saúde da Família deve ter as seguintes características:

- Ter um território/área definido sob sua responsabilidade;
- Trabalhar com adstrição de famílias (recomenda-se que na área de responsabilidade desta Unidade residam de 600 a 1.000 famílias, que deverão estar cadastradas, mapeadas e acompanhadas por estes serviços);
- Ter uma equipe básica de profissionais de saúde, composta minimamente por médico generalista ou médico da família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde;
- Prestar assistência integrada às famílias adstritas, integrando as ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação;
- Definir prioridades de atuação de acordo com os problemas identificadores no seu território/área de abrangência;
- Estar integrada à rede de serviços de saúde complementares, de forma a garantir a referência e contra-referência quando os problemas exigirem maior grau de complexidade para sua resolução;
- Promover ações intersetoriais para a resolução dos problemas da comunidade sob sua responsabilidade.

Os princípios organizacionais de uma Unidade de Saúde da Família são:

- impacto;
- intersectorialidade;
- hierarquização;
- atenção domiciliar;
- integridade;
- co-responsabilidade;
- heterogeneidade;
- orientação por problemas;
- planejamento local;
- primeiro contato;
- longitudinalidade;
- adstrição;
- humanização;
- realidade.

### **Condições Para Implantação de Saúde da Família no Município**

- Estar habilitado nas condições de gestão segundo as normas da legislação em vigor;
- Apresentar projeto de implantação de acordo com as diretrizes de Saúde da Família.

### **Responsabilidade do Município**

- Adequar as unidades básicas de saúde para possibilitar resolutividade na assistência prestada, garantindo a sua relação com os níveis de maior complexidade do sistema;
- Manter custeio da unidade de saúde;
- Contratar e remunerar os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, em conjunto com o município;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os recursos humanos de saúde da família.

### **Como Proceder Para Adesão à Estratégia de Saúde da Família**

- O município deve elaborar um projeto para implantação do PSF, aprová-lo no Conselho Municipal de Saúde e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde, com a solicitação de adesão e conseqüente cadastramento da Unidade de Saúde da Família no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS);
- A partir da instalação da equipe de saúde e a constatação pela SES que estão sendo obedecidas as diretrizes do programa, é realizado o cadastramento e o Município passa a utilizar os códigos específicos da

tabela de procedimentos do SIA/SUS para o Programa de Saúde da Família (onde o valor da consulta médica é diferenciado);

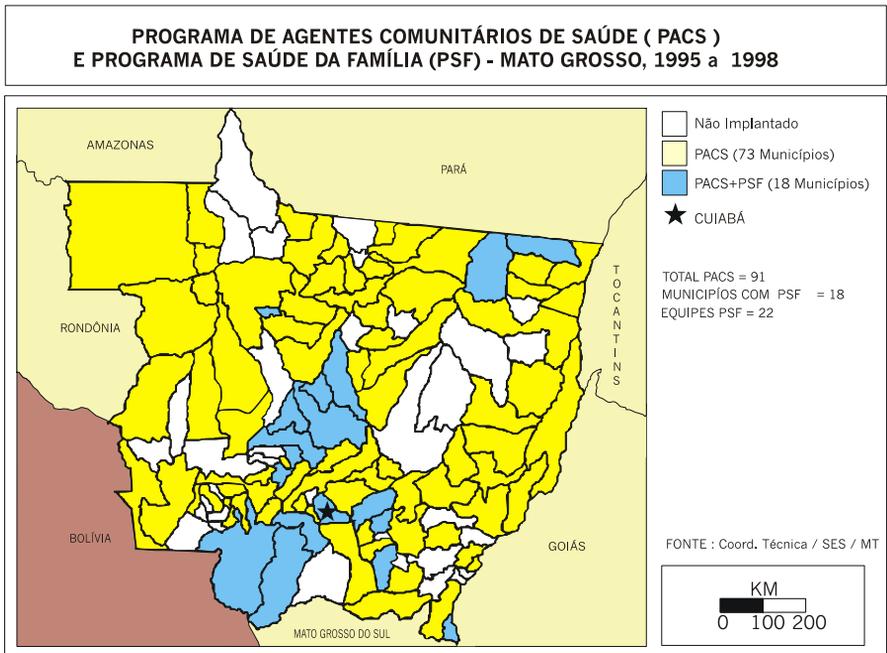
- Para solicitar recursos federais para equipamentos das unidades básicas, os municípios deverão aguardar as orientações que serão publicadas em edital de convocação de projetos.

## II – DISCUSSÃO DO GRUPO

- 1) Como a SES pode cooperar tecnicamente com os municípios para organizar a atenção básica de saúde e os serviços locais de saúde?
  - Reestruturar o IEC (Informação, Educação, Comunicação) de forma a garantir:
    - sensibilização dos gestores para as ações básicas;
    - discussão da problemática da saúde nos CMS e a informação continuada nos municípios.
  - Dotar as SMS de estrutura básica para reorganização da atenção básica. Estabelecimento de parcerias quanto à ampliação, equipamentos e treinamentos de RH.
  - Definir um modelo básico de intervenção, considerando as especificidades por município e região.
  - Articular, junto ao consórcio, a contratação de profissionais para Vigilância Sanitária (ambiente e Saúde do Trabalhador).
  - Treinamento para nível superior e médio nas ações específicas.
  - Definir e estruturar por região a referência básica laboratorial para a Vigilância Sanitária.
  - Reestruturar a Vigilância Epidemiológica (envolvendo instituições públicas e privadas).
  - Acompanhamento das ações *in loco* (assessoria, supervisão).
  - Formar equipes de monitores em nível regional.
  - Implantar o controle e avaliação.
  - Implementar os Programas Básicos e implantar as ações voltadas para o controle das doenças crônico-degenerativas.
  - Formar RH estratégicos para atenção básica: auxiliar técnico de enfermagem, técnico de RX, técnico de laboratório, ACD, THD.
  - Integrar a Saúde Indígena junto à estrutura da SMS, estimulando o desenvolvimento de ações voltadas para atenção indígena naqueles municípios que possuem áreas indígenas.
  - Intensificar as ações de DST/AIDS nos municípios.
  - Formular e implantar uma política de medicamentos que defina inicialmente critérios distributivos para, em segundo momento, implantar um laboratório de produção de medicamentos básicos e fitoterápicos.

2) Como massificar o PSF no Estado?

- Divulgação.
- Estabelecimento de convênios/parcerias naqueles municípios interessados em implantar PACS e PSF (contratação do nível superior).





## II – Sistema de Referência e Contra-Referência



# I – TEXTOS DE APOIO

## 1. SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA DO SUS MATO GROSSO – SER-SUS

*Fátima Ticianel Schrader*

### 1. Finalidades do SER-SUS

1. Garantir a assistência especializada e de alta complexidade aos programas de atenção básica e saúde da família, às enfermidades transmissíveis, crônico-degenerativas e às demais especialidades e programas prioritários da política estadual.
2. Qualificar a prestação de serviços de saúde aos usuários do SUS.
3. Organizar o fluxo de pacientes na rede de serviços, de maneira a garantir atendimento a eles, interligando os sistemas municipais, regionais e estadual.
4. Contribuir para a melhoria do gerenciamento e controle das ações de saúde.

### 2. Estratégias

1. O sistema de referência e contra-referência está sendo definido com fundamentos na Programação Pactuada Integrada – PPI e está sendo implantado através de várias etapas, com desenvolvimento gradual e ascendente (município/região/Estado), e com ações conjuntas para que se cumpram os princípios:
  - Início pelas referências estaduais (transplante, urgência e emergência, gestante de risco) e áreas mais estruturadas para as quais já se tenha definido um plano de descentralização (sangue, reabilitação, saúde mental, hanseníase, tuberculose, etc);
  - Referências regionais definidas e implantadas à medida em que estão sendo pactuadas com os gestores municipais, nas CIBs regionais ou nos consórcios.
2. O Sistema de Referência e Contra-referência deverá atender gradativamente aos Consórcios das Regiões: Teles Pires, Norte Mato-Grossense, Alto Tapajós, Região Oeste, Sul Mato-Grossense, Médio Norte, Médio Araguaia e Garças-Araguaia, abrangendo 126 municípios, correspondendo a oito pólos regionais, atendendo a uma população estimada em 2.287.846 habitantes.

3. A implantação do Sistema viabilizará o acesso à Internet/Intranet nos diversos municípios, em investimentos na adequação da infraestrutura, na garantia da qualidade técnica das subredes municipais, em termos de resposta adequada às necessidades de gerenciamento do Sistema Único de Saúde.

### **3. Normatização**

1. Criação do Grupo de Trabalho Interinstitucional – GTI, Portaria GS nº 29/97, de 07/03/97, que levantou os principais problemas existentes nas áreas assistenciais de média e alta complexidade.
2. Resolução CIB 21/98, de 05/06/98, que cria o Sistema de Referência no âmbito do SUS- Mato Grosso.
3. Criação do GT/CAHA para gerência, controle e avaliação do SER-SUS.
4. Criação da coordenação do SER-SUS – Portaria GS/SES nº 083/98, de 06/10/98, com participação da SES, COSEMS e FUSC.
5. Resoluções CIB/98 nº 034, 035 e 037, de 04/11/98, criando o Sistema Estadual de Referência Hospitalar/Urgência e Emergência (as unidades integrantes e a integrar).
6. Resoluções CIB/MT nº 032 e 033/98, de 04/11/98, criando o Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Risco.

### **4. Operações**

1. Elaboração do Desenho do SER-SUS, contendo:
  - 1.1. Descrição do sistema.
  - 1.2. a) Mapa geográfico das regiões com a população a ser coberta (em anexo).  
b) Gráfico da relação municípios/unidade (modelo Teles Pires, em anexo).
  - 1.3. Caracterização dos serviços existentes e identificação do atual fluxo dos usuários no sistema microrregional, regional, estadual e interestadual (parcial, demanda espontânea e referenciada).
  - 1.4. Identificação e caracterização dos principais serviços de referência (tipo de assistência, especialidades disponíveis e suas capacidades, e outras características), tanto para as referências estaduais como para as regionais.
  - 1.5. Identificação de um interlocutor em cada serviço definido como referência, que será o responsável para repassar as informações à Coordenação Central do Sistema (CAHA).

- 1.6. Revisão e atualização dos dados do manual contendo as informações das unidades descentralizadas da SES.
  - 1.7. Contato com técnicos de Santa Catarina para um plano de cooperação técnica com a SES.
2. Definição e normatização das unidades integrantes do Sistema Estadual de Referência (hospitalar, ambulatorial e de serviços de apoio diagnóstico e terapia), em níveis de complexidade (em anexo):
- 2.1. TRANSPLANTE
    - PORTARIA Nº 047/SES-MT – 24/07/98 – Cria o Sistema Estadual de Transplantes de Mato Grosso e a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos na Divisão de Especialidades Médicas da Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial da Secretaria de Estado da Saúde.
    - PORTARIA Nº 203 – 04/11/98 – Credencia a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos de Mato Grosso.
    - PORTARIAS Nº 212 E 215 – 13/11/98 – Credenciam os Hospitais Santa Helena e Santa Rosa a realizar transplante de rins.
    - PORTARIAS Nº 213 E 214 – 13/11/98 – Credenciam equipes para realização de transplante renal.
    - Realizados os dois primeiros transplantes de rins através da Central de Transplantes de Mato Grosso – 17/11/98.
    - Treinamento da equipe da CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos).
    - A Central funcionará no Hemocentro 24 horas.
  - 2.2. Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Urgência e Emergência:
    - Avaliação e classificação das unidades do Estado para atender o estabelecido na Portaria nº 2925/98.
    - Normatização pela CIB (Resoluções CIB nº 034, 035 e 037, de 04/11/98).
    - Mapa das unidades integrantes e a integrar (em anexo).
    - Plano de custeio e investimento (Convênio MS/SES, no valor de R\$ 3.300.000,00 para o Estado) para:
      - aquisição de equipamentos para ampliar a quantidade de leitos de UTI, de 120 (existentes) para 150, sendo 20 em unidades estratégicas do interior em regiões de consórcios, onde ofereçam maior cobertura populacional e causem impacto favorável em relação à resolutividade descentralizada.
      - a unidade que receberá o maior recurso será o PSHMC, inclusive tomógrafo.

- capacitação de recursos humanos nas áreas de informática, assistência (em especial na assistência ao trauma), tanto hospitalar quanto pré-hospitalar e gerência e apoio.
  - aquisição de equipamentos de diagnóstico, como: TC, RX e outros.
  - equipamentos de informática para centrais de vagas e *software*.
  - equipamentos complementares para ambulâncias de resgate tipo D, para o programa de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência (modelo SIAT) – 4 ambulâncias para operar em Cuiabá e Várzea Grande.
- 2.3. Sistema Estadual de Referência Hospitalar para atendimento à Gestante de Risco:
- Avaliação e classificação das unidades para atender o estabelecido na Portaria MS nº 3.477, de 20/08/98.
  - Normatização pela CIB (Resoluções nº 032 e 033, de 04/11/98).
  - Mapa do Estado da população feminina (em anexo).
  - Mapa das unidades integrantes e a integrar nos níveis secundário e terciário (em anexo).
  - Plano de custeio e investimento, convênio MS/SES, no valor de R\$ 1.462.469,60, para:
    - aquisição de equipamentos para unidades terciárias e secundárias com prioridade para as terciárias, para UTI adulto e neonatal e equipamentos de apoio, diagnóstico e terapia.
    - aquisição de equipamentos de informática e *software*.
    - capacitação de recursos humanos nas áreas de informática, assistência, gerência e apoio.
- 2.4. Outras áreas que já estão com suas referências regionais e estaduais definidas, necessitando de normatização:
- Sangue (Hemorrede e serviços contratos);
  - Reabilitação (FCRDAC e unidades descentralizadas);
  - Terapia Renal Substitutiva;
  - Saúde Mental;
  - Oncologia;
  - SIPAC ortopedia, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, etc.;
  - Dengue hemorrágica.
- 2.5. Áreas que já estão com definição das referências regionais, mas que estão com dificuldades na referência estadual:

- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Outras.

## 2.6. SADT

- Laboratório de Análises Clínicas e Citopatológico;
- Exames de Imagem;
- Exames Especializados;
- Exames de Hemodinâmica;
- Medicina Nuclear.

Obs: Tomografia – já normatizada e descentralizada a gerência.

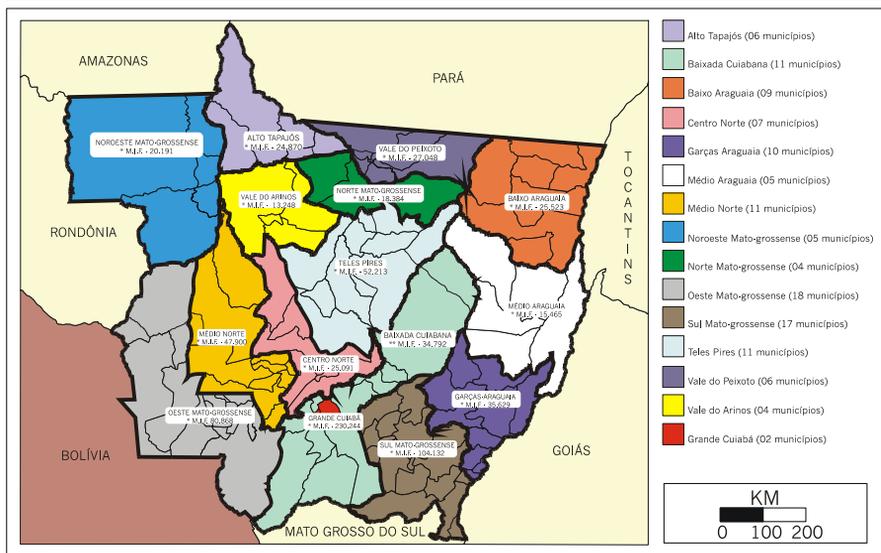
3. Implantar e implementar mecanismos de regulação do SER-SUS:
  - Realizado o levantamento das centrais de vagas funcionando no Estado, formulários e fluxos existentes.
  - Em reestruturação a Central de Vagas Estadual (agendamento de internação, SADT e consultas especializadas, desenvolvimento de *software*, modernização e aquisição de equipamentos para interligar as unidades de Cuiabá e as centrais regionais) (em anexo).
  - Implantar e implementar 22 centrais de atendimento aos usuários do SUS em municípios sede de consórcios, municípios sede dos pólos regionais e municípios micro referência.
  - Em implantação, a central de regulação do programa de atendimento da urgência e emergência pré-hospitalar.
  - Em implementação, a central de regulação do PSHMC.
  - Avaliar formulários (teste), definir fluxos e normas para o funcionamento do SER-SUS (encaminhamento dos usuários e tramitação de papéis entre as referências).
4. Criar novos leitos de retaguarda em Cuiabá para pacientes do interior:
  - Foi criado o Grupo Técnico que elaborou a minuta de projeto para implantação dos leitos de retaguarda.
5. Implantar o sistema de informação ao usuário do SUS:
  - Disque Saúde.
  - Manual do sistema.
  - Folder.
  - Definir os indicadores a serem monitorados pelo Sistema.
  - Identificar os dados e informações disponíveis para tal.
  - Desenvolver programa de computador para gestão dos dados do Sistema.

- Fazer representação gráfica das referências definidas.
6. Definição da estrutura para gestão do Sistema de Referência e Contra-Referência:
- Definição do *locus* institucional na SES para iniciar o processo de gerência do Sistema (CAHA).
  - Definição de uma equipe mínima.
  - Já dispõe de meios de comunicação: telefone, fax, computador, ligação com a internet.
  - Falta definir atribuições e normatizar o trabalho da Central.
  - A equipe tem participado de todas as discussões do trabalho de desenho e implantação do Sistema de Referência e Contra-Referência.
7. Outras ações realizadas:
- Trabalho integrado com Cuiabá (setor de Controle e Avaliação e Planejamento) quanto ao gerenciamento, controle e avaliação do Sistema de Referência e Contra-Referência, incluindo também a Saúde Mental (foi realizada, em média, 01 reunião por semana nos últimos 04 meses).
  - Integração entre CAHA/SES (Coordenação, GT Referência e TFD Estadual) com a equipe da Coordenação do Controle e Avaliação da FUSC, juntamente com representante da Central de Vagas.
  - Organização e pactuação quanto ao atendimento à demanda do interior e reorganização do Sistema de Referência e Contra-Referência Cuiabá/SES (exames, consultas especializadas e internações).
  - Consultoria de Márcia Lotufo na definição do desenho e normatização do Sistema.

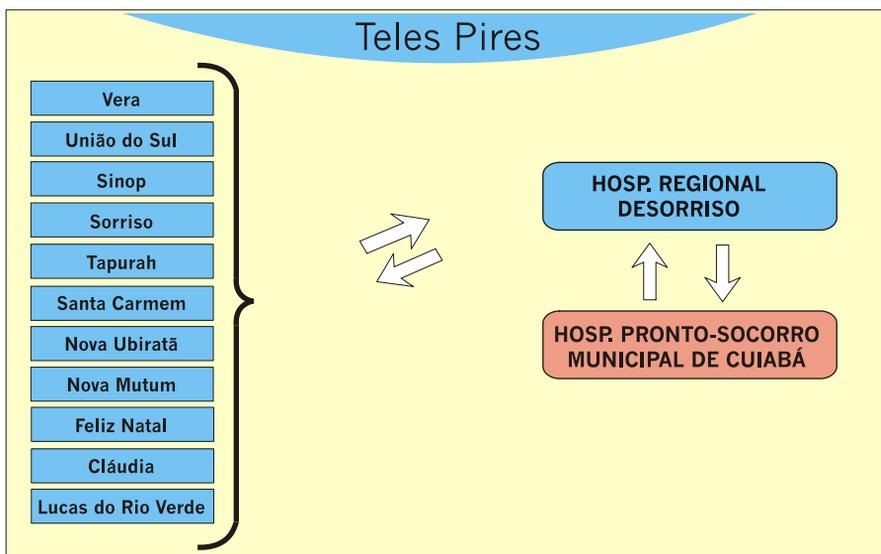
**DEFINIR E NORMATIZAR AS UNIDADES AMBULATORIAIS,  
HOSPITALARES E DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA INTEGRANTES  
DO SER-SUS EM NÍVEIS DE COMPLEXIDADE, COMO SUPORTE  
PARA AS ÁREAS PRIORITÁRIAS DA POLÍTICA ESTADUAL**

- I. Referência para os programas estratégicos:  
População e Saúde da Família
- II. Enfermidades transmissíveis:  
DST/AIDS            Malária  
Tuberculose        Dengue  
Hanseníase        Hepatite
- III. Enfermidades crônico-degenerativas:  
Doenças Cardiovasculares  
Diabetes e outras doenças endócrinas  
Doenças reumáticas  
Doenças mentais  
Patologias geradoras de deficiência  
Doenças Oncológicas
- IV. Referência nas especialidades (clínica e cirúrgica) de média e alta complexidade:  
Neurologia  
Ortopedia  
Otorrinolaringologia  
Oftalmologia  
Oncologia  
Urologia  
Hematologia/Hemoterapia  
Hemodiálise  
Transplantes

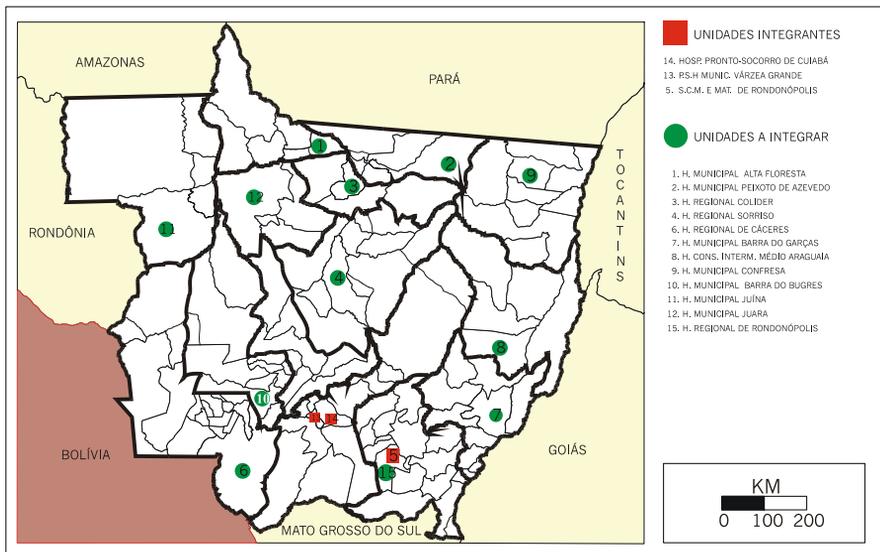
## MAPA DO SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA DO SUS/MT COM POPULAÇÃO FEMININA EM IDADE FÉRTIL POR REGIÃO



## SER/SUS/UE SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA HOSPITALAR DO SUS/MT PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

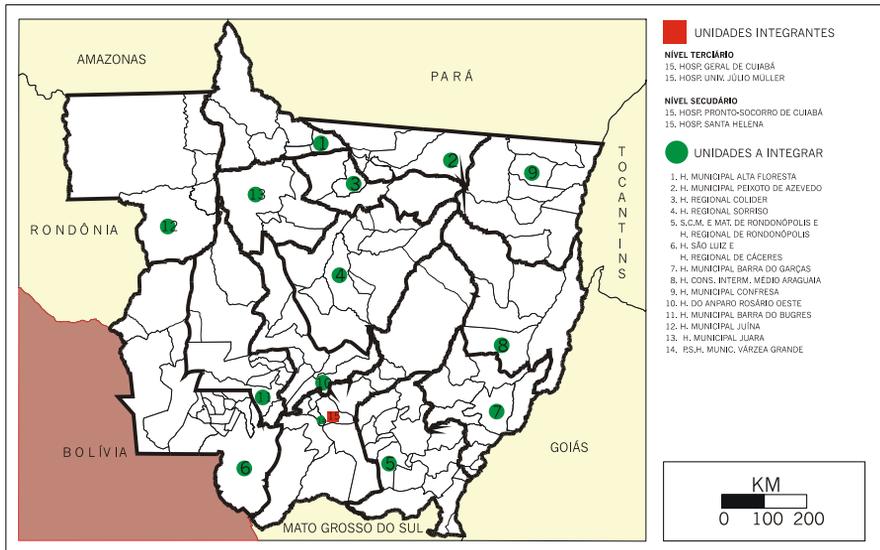


## MAPA DO ESTADO DE MATO GROSSO COM A LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES INTEGRANTES E A INTEGRAR DO SER/SUS/AUE\*



\* SER/SUS/AUE - SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

## MAPA DO ESTADO DE MATO GROSSO COM A LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES INTEGRANTES E A INTEGRAR DO SER/SUS/GAR\*



\* SER/SUS/GAR - SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO À GESTANTE DE ALTO RISCO



## **RESOLUÇÃO CIB Nº 021/98, DE 05 DE JUNHO DE 1998**

Dispõe sobre a criação do sistema de referência e contra-referência e as normas gerais de gerenciamento e encaminhamento do sistema no SUS-MT.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições e considerando:

- A implantação da NOB/96 e a necessidade de organização da assistência à saúde em nível local;
- A necessidade de reorganização do fluxo de pacientes no SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/MT;
- Que os municípios têm optado pela criação de consórcios como uma forma de associativismo, para resolver prioritariamente o problema da assistência no interior do Estado de MT;

### **RESOLVE:**

**Art. 1º.** Criar o Sistema de Referência e Contra-Referência e aprovar as normas gerais de gerenciamento e encaminhamento do Sistema no SUS-MT.

1. Fica criado o Sistema de Referência e Contra-Referência do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE /MT, que tem como objetivo organizar o fluxo de pacientes na rede de serviços, de maneira a garantir o atendimento aos mesmos.
2. A Coordenação Central do Sistema de Referência e Contra-Referência do SUS-MT terá – provisoriamente – sede na Coordenadoria de Administração Ambulatorial e Hospitalar da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, e será responsável pelo controle e avaliação do Sistema, através do monitoramento de indicadores estratégicos.
3. Essa Coordenação Central terá o apoio de um Grupo de Trabalho Interinstitucional (G.T.I.) que se reunirá mensalmente para programar e avaliar o Sistema de Referência e Contra-Referência e fará sugestões e correções necessárias no Sistema.
4. As informações de serviços existentes no SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/MT, serão inicialmente divulgadas através de um manual de orientações aos usuários, prestadores e gestores, que será publicado pela SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO.

5. Todos os gestores municipais deverão manter o Sistema atualizado, sob pena de não terem o apoio do Estado e da União, no que diz respeito a apoio/financiamento para custeio e investimento.
6. A inclusão, fechamento ou implementação de qualquer unidade ou serviço de saúde no SUS-MT deverão ser imediatamente comunicados à Coordenação Central do Sistema, de forma oficial, para atualização do Sistema.
7. Toda vez que houver alguma alteração no Sistema, o gestor ou gerente poderá ter conhecimento das informações atualizadas através da rede de comunicação – HOME PAGE na INTERNET ([www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br)).
8. Os gestores municipais serão responsáveis pelo acesso à INTERNET; e, caso ocorra alguma modificação, os gestores deverão comunicar oficialmente a cada unidade de sua rede de serviços.
9. Nos casos dos municípios que não possam acessar a rede de comunicação, a SES se compromete a encaminhar um ofício comunicando-os da atualização do Sistema, sempre que houver alguma mudança.
10. Quando houver problemas quanto ao tipo de atendimento divulgado no Manual do Sistema de Referência e Contra-Referência, os gestores, prestadores e usuários deverão procurar imediatamente os gestores municipais e/ou seus Conselhos Municipais de Saúde e fazer uma comunicação por escrito à Coordenação Central do Sistema de Referência. No caso de alguma ocorrência nos serviços gerenciados pelo Estado, a comunicação deverá ser feita diretamente a Coordenação Central do Sistema.
11. Todo e qualquer encaminhamento deverá ser feito respeitando-se normas e instrumentos do Sistema de Referência e Contra-Referência, aprovados em reunião da Comissão Intergestores Bipartite/MT.
12. Todo e qualquer encaminhamento deverá ser feito respeitando-se as orientações técnicas e administrativas do serviço que estiver recebendo paciente e/ou o material para análise.
13. Os encaminhamentos de pacientes de serviços públicos para privados, contratados e/ou conveniados, deverão ser feitos nos formulários próprios do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/MT.
14. Os profissionais de saúde só deverão encaminhar os casos que realmente estejam fora da possibilidade técnica e de recursos humanos de serem tratados no próprio município de residência dos pacientes. Os casos mal encaminhados e detectados pela Coordenação do Sistema de Referência e pelas auditorias, serão procurados para esclarecimentos e posteriores providências.
15. As situações e casos omissos nesta Resolução serão definidos e aprovados à medida que forem homologados pelo GT e encaminhados à Comissão Intergestores Bipartite/MT, para apreciação e aprovação.

Art.2º. Esta RESOLUÇÃO entrará em vigor na data de sua publicação.

Dejair José Pereira  
Presidente do COSEMS/MT

Júlio Strubing Müller Neto  
Secretário de Estado de Saúde/MT  
Coordenador da C.I.B./MT

Zulma Albuquerque de Siqueira  
Secretária Geral do C.E.S.

Homologada pelo CES na sua  
Reunião do dia 03/09/97

## PORTARIA Nº 083/98

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e considerando o disposto na RESOLUÇÃO CIB Nº 021/98, de 05/06/98,

### RESOLVE:

**Art. 1º.** Constituir o Grupo Técnico de Coordenação do Sistema Estadual de Referência - GTC/SER-SUS, com as finalidades que abaixo especifica.

**Art. 2º.** Serão competências do GTC/SER-SUS:

- a) Coordenar o programa de estruturação e implementação do Sistema de Referência do SUS;
- b) Programar o fluxo de pacientes na rede de serviços de média e alta complexidade do SUS;
- c) Criar mecanismos e instrumentos gerenciais de controle e avaliação;
- d) Propor e divulgar normas técnicas e informações atualizadas do Sistema de Referência;
- e) Avaliar periodicamente o Sistema de Referência e Contra-Referência do SUS.

**Art. 3º.** O GTC/SER-SUS será dirigido pelo Coordenador de Administração Hospitalar e Ambulatorial (CAHA/SES) e composto por:

02 (dois) representantes da SES;

02 (dois) representantes da FUSC;

02 (dois) representantes do COSEMS.

**Art. 4º.** Esta PORTARIA entra em vigor na data de sua publicação.

Registrada,

Publicada,

CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 06 de outubro de 1998.

Júlio Strubing Müller Neto  
Secretário de Estado de Saúde/MT

## 2. EXEMPLO DO PROJETO PARA GESTANTE DE ALTO RISCO DO SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA

Maria Welter

O Estado do Mato Grosso tem extensão territorial de 900.000 Km<sup>2</sup> divididos em 126 municípios, dos quais, cerca de dez, distam mais de 1.000 Km de Cuiabá, a capital. O acesso do interior à capital, em grande parte, se faz por estradas não pavimentadas, razão pela qual, no período das chuvas - outubro a março -, o transporte de alguns municípios basicamente se restringe ao aéreo, quando existente.

A densidade demográfica é de 2,55 hab/Km<sup>2</sup> e a população do Estado é 2.379.078 habitantes. 30% da população está concentrada na grande Cuiabá, que abrange o perímetro urbano dos Municípios de Cuiabá e Várzea Grande, com cerca de 650.000 habitantes. Outra importante concentração demográfica ocorre no Município de Rondonópolis, na Região Sul do Estado, com uma população aproximada de 151.000 habitantes e uma circunvizinhança de 16 municípios com mais cerca de 170.000 habitantes. Os demais municípios do Estado têm população inferior a 80.000 habitantes, embora haja, em cada micro ou macrorregião, um município que se sobressai em termos de infra-estrutura e, por conseguinte, concentração populacional.

Os serviços de saúde que oferecem maior grau de complexidade e resolutividade concentram-se na capital do Estado. Além de pouco investimento em infra-estrutura física de serviços de saúde no interior, existe a escassez de profissionais especializados, em virtude dos mesmos não encontrarem atrativos motivadores à interiorização. Daí a sobrecarga histórica dos serviços de saúde na capital, além de a primeira *causa mortis* do Estado ser indeterminada.

As características gerais do Estado mostram o grau de dificuldade para a organização do Sistema Estadual de Referência do SUS-MT. Embora a configuração do SER-SUS-MT já esteja consolidada (ver mapa SER-SUS-MT), sua implantação e operacionalização é processual e abrange o SUS-MT, desde a assistência básica no nível local até a alta complexidade, inclusive a assistência pré-hospitalar especializada às situações emergenciais.

Os convênios entre o Ministério da Saúde e a SES-MT, que visam a melhoria da assistência à Urgência/Emergência e à Gestante de Alto Risco, e respectivos critérios de enquadramento de unidades ao SER/SUS/UE e SER/SUS/GAR, propiciam viabilidade ao processo de implantação do SER-SUS-MT, iniciando pela organização do atendimento à Urgência/Emergência e à Gestante de Alto Risco.

Para o SER-SUS, o Estado está dividido em quinze micro ou macrorregiões, acompanhando a regionalização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e a afinidade pelas características geopolíticas e condições de acesso. Em cada

região, existe uma unidade hospitalar que foi estrategicamente escolhida para integrar (ou vir a integrar) o SER-SUS-MT. Estas unidades hospitalares são todas públicas - estaduais ou municipais - exceto três, que são filantrópicas. São priorizadas para investimento em equipamentos, reformas, capacitação e contratação de recursos humanos, visando adequá-las à finalidade de integrar o Sistema, que é oferecer melhor e maior grau de resolutividade mais próximo da população a ser coberta.

As regiões com as respectivas unidades de referência são:

**Alto Tapajós** – É um Consórcio Intermunicipal de Saúde, composto por seis municípios situados no extremo norte do Estado. A unidade hospitalar de referência para a região é o Hospital Municipal de Alta Floresta, que está sendo reformado e instalará leitos de UTI. A população geral beneficiada é de 82.134 habitantes, dos quais 24.870 são mulheres em idade fértil.

**Baixada Cuiabana** – É a região que circunda a grande Cuiabá, constituída de onze municípios e uma população de 119.287 habitantes, sendo que, destes, 34.792 são mulheres em idade fértil. A complexidade e resolutividade dos serviços de saúde é baixa e os municípios dependem basicamente dos serviços da grande Cuiabá.

**Baixo Araguaia** – Esta região é formada por nove municípios no nordeste do Estado, distando mais de 1.000 Km da capital. A população geral é de 85.786 habitantes, dos quais 25.523 são mulheres em idade fértil. Os serviços de saúde da região são de baixa complexidade e os municípios iniciaram o processo de consorciação na área de saúde, na tentativa de melhorar a resolutividade e diminuir a dependência dos serviços dos Estados de Goiás e Tocantins. A unidade selecionada para a referência é o Hospital Municipal de Confresa que, conforme cláusula do Consórcio Intermunicipal de Saúde, está sendo ampliado pela prefeitura do município para atender as finalidades de hospital de referência para a região/consórcio.

**Centro Norte** – Região integrada por sete municípios, com uma população de 81.514 habitantes, sendo que 25.091 são mulheres em idade fértil. A resolutividade e complexidade dos serviços de saúde é baixa, existindo ainda dependência dos serviços da capital. A unidade que atualmente oferece alguma resolutividade à região é o Hospital São João Batista de Diamantino, porém, para a finalidade de referência no atendimento à gestante de alto risco, foi selecionado o Hospital Amparo de Rosário Oeste, entidade filantrópica que está em reforma com recursos do REFORSUS.

**Garças-Araguaia** – Região que faz divisa com o Estado de Goiás, integrada por dez municípios, com uma população de 109.073 habitantes, dos quais 35.629 são mulheres em idade fértil. Está em processo de negociação e organização o Consórcio Intermunicipal de Saúde, tendo como unidade de referência o Hospital Municipal de Barra do Garças, que está sendo reformado com recursos do REFORSUS e prevê instalação de UTI adulto-pediátrica.

**Médio Araguaia** – Região integrada por cinco municípios consorciados em Consórcio Intermunicipal de Saúde, abrangendo uma população de 49.140 habitantes, com 15.465 mulheres em idade fértil. A unidade hospitalar de referência é o Hospital do Consórcio que vem melhorando a resolutividade na região.

**Médio Norte** – Região integrada por onze municípios, dez dos quais organizados em Consórcio Intermunicipal de Saúde, somando uma população de 154.283 habitantes, sendo que 47.900 são mulheres em idade fértil. O bom grau de organização intra e inter-municipal, propiciado pela consorciação, vem melhorando a resolutividade dos serviços de saúde na região. A unidade a ser organizada para referência regional é o Hospital Municipal de Barra do Bugres.

**Noroeste Mato-grossense** – Abrange cinco municípios, em divisa com os Estados de Rondônia e Amazonas e uma população de 66.743 habitantes, dos quais 20.191 são mulheres em idade fértil. A unidade de referência hospitalar para a região é o Hospital Municipal de Juína e a assistência que requer maior grau de complexidade é buscada em Cuiabá.

**Norte Mato-grossense** – Consórcio Intermunicipal de Saúde em reorganização, integrado por quatro municípios no norte do Estado. O Hospital Regional de Colider da SES-MT é a referência hospitalar para a região, que tem uma população de 59.563 habitantes, dos quais 18.384 são mulheres em idade fértil.

**Oeste Mato-grossense** – Integrado por dezoito municípios organizados em Consórcio Intermunicipal de Saúde com uma população de 254.317 habitantes dos quais 80.868 são mulheres em idade fértil. Atualmente, a unidade hospitalar de referência é o Hospital São Luiz de Cáceres, entidade filantrópica; esta oferece assistência de complexidade, como terapia intensiva, terapia renal substitutiva, neurocirurgia, cirurgias ortopédicas e pediátricas, entre outros, com fundamental importância na resolutividade descentralizada e conseqüente diminuição do fluxo à capital.

A SES-MT, através do Convênio REFORSUS, está concluindo a obra hospitalar, Hospital Regional de Cáceres, com capacidade funcional para 100 leitos. Esta unidade será importante reforço ao SER-SUS-MT para a região do extremo oeste do Estado, na fronteira com a Bolívia.

**Sul Mato-Grossense** – Abrange dezessete municípios do extremo sul do Estado, com uma população geral de 318.578 habitantes, sendo que as mulheres em idade fértil são 104.132. A Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis é a unidade hospitalar de referência para a região; esta reúne razoável grau de complexidade e especialização, oferecendo assistência em terapia intensiva, terapia renal substitutiva, além de especialidades médicas, como ortopedia, neurologia, nefrologia, otorrinolaringologia, entre outras. No momento, a Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis está em reforma com recursos do REFORSUS e prevê reinício das atividades normais em janeiro/99.

A SES-MT, através do Convênio REFORSUS, está concluindo a construção e aquisição de equipamentos do Hospital Regional de Rondonópolis, obra projetada para operacionalizar 100 leitos, que integrarão a referência da região, diminuindo a demanda aos serviços da capital.

**Teles Pires** – É a região pioneira do Estado a se organizar em Consórcio Intermunicipal de Saúde, integrada por um total de onze municípios, com uma população de 163.823 habitantes dos quais 52.213 são mulheres em idade fértil. A unidade hospitalar de referência para a região/consórcio é o Hospital Regional de Sorriso da SES-MT, que está em reforma/ampliação com recursos financeiros do REFORSUS e prevê instalação de leitos UTI.

**Vale do Peixoto** – É um Consórcio Intermunicipal de Saúde em organização, agrupando seis municípios na divisa com o Estado do Pará. A unidade hospitalar de referência para a região/consórcio é o Hospital Municipal de Peixoto de Azevedo, que prevê instalação de leitos de UTI. A população beneficiada é de 90.253 habitantes, sendo que as mulheres em idade fértil são 27.048.

**Vale do Arinos** – Microrregião composta de quatro municípios com 43.648 habitantes dos quais 13.248 são mulheres em idade fértil. Embora os serviços de saúde da região sejam de baixa complexidade, eles oferecem bom grau de resolutividade. A unidade de referência para a região é o Hospital Municipal de Juara.

**Grande Cuiabá** – Esta envolve os municípios de Várzea Grande e Cuiabá; a população é de 665.238 habitantes, sendo 207.845 de Várzea Grande e 447.393 de Cuiabá. As mulheres em idade fértil somam 230.244.

Várzea Grande é um município com razoável infra-estrutura na área da saúde. Por sua localização e facilidade de acesso, é referência natural para o interior do Estado, possuindo seis unidades hospitalares integrando o SUS-MT. O Pronto-Socorro e Hospital Municipal de Várzea Grande é a unidade selecionada para integrar o SER-SUS-MT, devendo para tal receber investimento em estrutura física, capacitação de recursos humanos e implantação de serviços.

Cuiabá é o único município do Estado que está em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, e por conseguinte sofre as conseqüências da baixa resolutividade dos serviços de saúde do interior como fator dificultador à gerência do sistema municipal. Os serviços de maior resolutividade em alta complexidade do Estado, tanto de diagnóstico quanto de terapia, estão localizados na capital; com relação às especialidades médicas ocorre o mesmo, salvo raras exceções em algumas regiões consorciadas.

Integram os serviços hospitalares do SUS em Cuiabá um total de quinze unidades, das quais duas são especializadas em psiquiatria, uma em cardiologia e as outras são hospitais gerais. São realizados procedimentos de alta complexidade, como cirurgia cardíaca, transplante de órgãos, implantação de próteses ortopédicas, neurocirurgias. O atendimento à gestante de alto risco (nível terciário) é realizado pelo Hospital Geral de Cuiabá e Hospital Universitário Júlio

Müller, embora este ainda não tenha UTI adulto. Já o atendimento secundário à gestante de alto risco é realizado pelo Hospital Santa Helena e Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá.

Para atender aos requisitos da Portaria GM/MS Nº 3.477/98 com relação ao Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, a SES e a CIB/MT priorizaram o investimento na melhoria da assistência à gestante nas unidades definidas para integrarem (ou virem a integrar) o SER/SUS/GAR em nível regional e estadual. Assim, gradativamente, será aumentado o grau de resolutividade nas unidades do interior do Estado, habilitando-as a fazerem o atendimento secundário às gestações de alto risco de sua região de abrangência. Na capital, o investimento incidirá em três unidades (Hospital Geral, Hospital Universitário Júlio Müller e Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá), que farão o atendimento terciário às gestantes de alto risco de todo o Estado.

Para aumentar o grau de resolutividade no interior do Estado, há necessidade de capacitação de recursos humanos e de incremento em serviços, especialmente de diagnóstico. Já nas unidades da capital que fazem o atendimento terciário, o investimento prioriza a ampliação da oferta de leitos de UTI adulto e neonatal, em dez e três leitos, respectivamente.

A facilitação de acesso aos serviços de referência e agilização do fluxo de informações, tanto intra quanto inter-regional, requerem interligação do sistema em rede de computadores. Tanto as unidades de atendimento secundário do interior e da capital como as unidades de atendimento terciário serão conectadas à Central de Vagas em Cuiabá.

A efetiva operacionalização do Sistema Estadual de Referência Hospitalar do SUS para Atendimento à Gestante de Alto Risco depende de investimento em aquisição de equipamentos para ampliar a quantidade de leitos de UTI, na razão de dez para UTI adulto e três para UTI neonatal, nas unidades terciárias; capacitação de recursos humanos, em especial na assistência à gestante de alto risco e ao recém-nascido da gestação de risco; aquisição de equipamentos de diagnóstico; ampliação da oferta de serviços semi-intensivos em neonatologia e assistência pré-natal.

## II – DISCUSSÃO DO GRUPO

- 1) *Como organizar o sistema de referência em cada Região de Saúde e/ou Consórcio?*

### **GRUPO 01**

- 1) Conhecer as condições das unidades de cada Microrregião (municípios).
  - Levantar a capacidade instalada e a capacidade de atendimento.
  - Criar mecanismo de informação e divulgação.
- 2) Definir, nas unidades regionalizadas de referência, o grau de resolutividade, reestruturando-as com equipamentos e recursos.

Ex.: O consórcio é uma estratégia de implementação do sistema.

Atentar: O SER-SUS Estadual deverá atender apenas as especialidades que não existirem na região. Portanto, é de responsabilidade do município prestar atendimento às ações básicas.

Ex.: Novo modelo de gestão.

### **GRUPO 02**

- Identificar os serviços disponíveis em nível regional e municipal;
- Articular politicamente a garantia da consolidação do Sistema de Referência Estadual nos três níveis;
- Identificar os recursos humanos especializados disponíveis;
- Garantir recursos materiais e insumos (equipamentos e medicamentos principalmente) para cobertura e resolutividade dos serviços;
- Garantir a divulgação e informações sobre os serviços;
- Garantir a organização e oferta da atenção básica com resolutividade através do incentivo à implantação dos programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família;
- Garantir a referência e contra-referência nos três espaços: municipal, regional e estadual;
- Capacitar profissionais para a implementação do Sistema de Referência e/ou Consórcios, tanto em nível da assistência quanto na organização gerencial (assistência, gerência, controle, avaliação, auditoria e sistema de informação);
- Garantir recursos orçamentários e financeiros para consolidação e manutenção dos serviços de referência;
- Incentivar a interiorização de profissionais especializados através de capacitação e incentivos financeiros;

- Garantir e vincular recursos de investimento para infra-estrutura, equipamentos e modernização gerencial para o sistema de referência regionalizado.

## 2) *Como deve ser a relação dos Sistemas Regionais com o Estadual?*

### **GRUPO 01**

- A SES/CAHA assume a Coordenação Central do Sistema.
- Os Pólos assumem a Coordenação Regional.
- As Unidades Descentralizadas ou de Referência assumem o atendimento e o agendamento na Central Estadual e/ou outras e retroalimentam o Sistema.
- A Central Estadual referencia a demanda ou encaminha contra-referência ou TFD Estadual.

#### Mecanismo de Regulação:

- Criar/normatizar órgão municipal que regule o fluxo de encaminhamento para o Sistema Regional (TFA).
- Definir/normatizar a Unidade de Referência Regional como papel regulador para referência Estadual.
- Criar um documento unificado de encaminhamento no SER / SUS.
- Definir a responsabilidade quanto ao traslado e estadia do paciente fora do domicílio, nas Regionais e na Estadual.
- Hierarquizar o sistema em nível de complexidade.
- Definir o fluxo da Referência e Contra-Referência.

### **GRUPO 02**

- Identificar e normatizar a relação entre os níveis de complexidade existentes (definição dos papéis e competências dos níveis municipal, regional e estadual).
- Garantir referência e contra-referência com a responsabilização dos gestores.
- Instituir instrumento de referência e contra-referência que explicita o aval do gestor de origem, inclusive na relação interestadual (Acre, Rondônia, Pará).
- Organizar e implementar a central de vagas e central de marcação de consultas e exames de maior complexidade.
- Criar e institucionalizar casas de albergue e/ou casas de apoio para usuários em trânsito (AMM).
  - Apoio diagnóstico.
  - Saúde mental.

- Gestantes de alto risco, etc.
  - Garantir resolutividade de referência com responsabilização do gestor de referência.
  - Revisar os parâmetros assistenciais para os serviços de referência.
    - Questão do financiamento.
    - reprogramação da assistência (parâmetros atuais inadequados).
- 3) *Quais seriam as áreas (especialidades) mais necessárias para as referências regionais?*

#### **GRUPO 01**

- Traumato-ortopedia;
- Neurologia/neurocirurgia;
- Otorrinolaringologia;
- Oftalmologia;
- Unidades de tratamento intensivo;
- Urgência e emergência;
- Ortopedia;
- Gestante de risco;
- Psiquiatria (dependentes químicos).

#### **GRUPO 02**

- Identificar necessidades pelo perfil epidemiológico regional.
- Especialidades principais:
  - Traumato-ortopedia;
  - Neurologia/neurocirurgia;
  - Otorrinolaringologia;
  - Oftalmologia;
  - Unidades de tratamento intensivo;
  - Urgência e emergência;
  - Anestesiologia;
  - Sistema de Verificação de Óbitos.

III – Consórcio  
Intermunicipal de Saúde



# I – TEXTO DE APOIO

## A EXPERIÊNCIA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE EM MATO GROSSO

*Ubirajara Sampaio Mota*

### **1. O que é o CIS?**

Numa primeira etapa, representa uma conjugação de esforços de um conjunto de municípios e dos Governos Estadual e Federal para garantir atendimento ambulatorial e hospitalar especializado aos cidadãos daqueles municípios, usando recursos locais e do SUS, em especialidades médicas e serviços cujos custos são inviáveis para cada ente público assumir isoladamente. Em uma etapa posterior, espera-se que ele assuma o planejamento da política de saúde da região.

### **2. Que dificuldades um município ou o Estado tem para manter, por exemplo, um ortopedista?**

1. Precisa possuir e manter uma unidade adequadamente equipada;
2. Precisa pagar ao profissional médico um salário à altura do mercado.

### **3. Como essas dificuldades são superadas com o CIS?**

O conjunto de municípios, através do CIS, e a SES dividem os custos e passam a oferecer à população uma especialidade antes inexistente na região.

### **4. Qual o roteiro na Constituição dos CIS?**

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

1. Ampla discussão sobre os objetivos do Consórcio com os setores sociais dos municípios potencialmente interessados;
2. Discussão, avaliação e definição da Programação de Especialidades e Serviços que atenda às necessidades em saúde dos municípios:
  - Levantamento do custo da programação;
  - Critérios de rateio deste custo;
  - Escolha da Unidade Ambulatorial e Hospitalar que servirá de referência;
  - Decisão se haverá ou não compra de serviços na rede privada.

3. Aprovação da Lei Autorizativa Municipal e dos instrumentos e procedimentos jurídicos que estabelecem as diretrizes e os direitos e deveres dos Municípios Consorciados;
4. Criado o Consórcio, ocorre a assinatura do Termo de Convênio com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, no qual esta estabelece sua participação em 50% do montante dos recursos dos municípios (onde a unidade hospitalar não é mantida pela SES-MT), para ser usada no custeio das atividades do Consórcio.

### **5. Quais as modalidades de CIS em Mato Grosso? (mapa)**

1. Unidade de Referência é um Hospital da SES (Teles Pires - Sorriso e Norte - Colider).
2. Unidade de Referência é um Hospital Municipal (Alto Tapajós - Alta Floresta).
3. Unidade de Referência é um Hospital Municipalizado (Médio Araguaia - Água Boa, Garças-Araguaia Barra do Garças, Baixo Araguaia Confresa).
4. Unidade de Referência é um Hospital Filantrópico, atende em unidades públicas não hospitalares e compra atendimento na rede privada (Oeste - Cáceres).
5. Compra integral de atendimento na rede privada (Médio Norte - Tangará da Serra).

### **6. Quais os Resultados dos CIS até agora?**

#### TELES PIRES (Nov/95)

- Aumento da resolutividade. De 350 encaminhamentos anuais, diminuiu para 60 (média).

#### NORTE (Set/97)

- Aumento da resolutividade. De 350 encaminhamentos anuais, diminuiu para 80 (média).

#### ALTO TAPAJÓS (Mar/98)

- Melhorou a resolutividade. Diminuiu o número de encaminhamentos. Unidade Hospitalar sendo reequipada.

#### OESTE (Ago/97, Mai/98)

- Diminuição de encaminhamentos para Central de Vagas, TFD e Pronto Socorro de Cuiabá. Foi citado como parâmetro para a UNIMED de Cáceres.

#### MÉDIO ARAGUAIA (Mar/98)

- Passou a ser a referência para a região, principalmente após Ortopedia e Pediatria. Vende serviços para Bradesco Saúde e outros planos estão interessados.

#### MÉDIO NORTE (Mai/98)

- É exemplo, junto com Oeste, de como encaminhar soluções sem unidade hospitalar pública.

#### GARÇAS-ARAGUAIA

- Unidade Hospitalar em reforma e ampliação (UTI). Início em meados de 99. Deve comprar parte dos serviços programados.

#### BAIXO-ARAGUAIA

- Unidade em ampliação. Início em Março de 1999. Será referência para região.

#### SUL LESTE

- Temporariamente paralisado, aguardando definição de unidade de referência.

#### VALE DO PEIXOTO

- Surgiu em Fevereiro de 1999 como desmembramento do CIS Região Norte.

### **7. Quais os maiores desafios colocados aos CIS?**

1. Precisam se assumir como instâncias de planejamento regional, passando a refletir desde Atenção Básica nos municípios, até a definição de áreas prioritárias para investimentos em saúde em cada região.
2. Necessitam se transformar nos alavancadores do PSF, para garantir a implantação de um modelo de assistência inteiramente inovador.
3. Devem se capacitar técnica e financeiramente para ampliar suas áreas de atuação, assumindo funções regionais que resultarão na melhoria do desempenho dos municípios.
4. Precisam se descobrir como fóruns políticos regionais privilegiados, assumindo a força de um conjunto acima das possíveis divergências partidárias.

### **8. Qual o tempo de funcionamento dos CIS?**

- 3 anos e 7 meses - Região Teles Pires;
- 2 anos e 2 meses - Região Oeste;
- 20 meses - Região Norte;
- 20 meses - Sul Leste;
- 14 meses - Regiões Alto Tapajós, Médio Araguaia e Região Médio Norte;
- 6 meses - Região do Vale do Peixoto;
- 5 meses - Região Baixo Araguaia;
- ? - Região Garças-Araguaia.

## **II. DISCUSSÃO DOS GRUPOS**

### **1. Que papel os Consórcios podem executar no apoio à organização da Atenção Básica e do PSF nos municípios integrantes do Consórcio?**

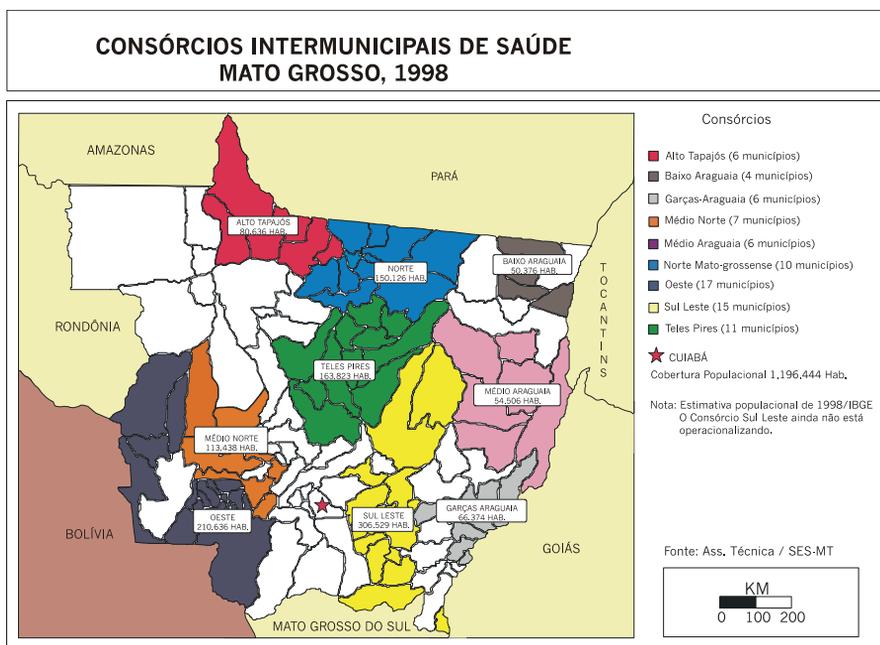
- a) Os municípios precisam dar um salto de qualidade na assistência básica, e os consórcios deveriam atuar na conscientização política dos gestores, prefeitos e profissionais envolvidos;
- b) Desenvolver mecanismos para informar e conscientizar os interlocutores de suas atividades e capacidades junto à atenção básica e de suas obrigações junto ao SUS e a NOB/96;
- c) Articular, de maneira política, nas reuniões com gestores e prefeitos, conscientizando acerca dos benefícios que o PSF oferece, como vantagens financeiras e de resolutividade, contribuindo para amenizar problemas, dando qualidade de atendimento aos seus munícipes (resolvendo até 95% dos problemas básicos).

### **2. Qual o papel do Consórcio no Planejamento Regional de Saúde e na organização do Sistema de Referência Regional?**

- a) Os consórcios, de uma forma geral, estão se reunindo mensalmente;
- b) Dentre os assuntos abordados nas reuniões: enfatizar a aquisição de medicamentos buscando integração regional e avaliação constante da qualidade dos serviços prestados, definindo áreas prioritárias para investimentos futuros no setor saúde;
- c) Buscar uma maneira de criar um banco de informações contendo todos os dados para facilitar a contratação de profissionais do setor saúde;
- d) Organizar, em conjunto com os consórcios existentes, meios para promover intercâmbio técnico, buscando o seu fortalecimento e divulgando as experiências vivenciadas em cada região, capacitação profissional destes atores envolvidos com o Sistema Único de Saúde;
- e) Este modelo vem mostrando grande resolutividade com relação às referências que oferece e também fazendo o trabalho de organização da contra-referência, precisando, porém, ter maior apoio da referência maior (Cuiabá).

### 3. Foi tema o assunto Venda de Serviços por Unidade Pública para Planos da Saúde. Em que seria importante não apenas este primeiro levantamento e permanecer em nível de questão para ser analisada?

- a) Venda de serviços pelos consórcios é uma questão nova. Precisamos consultar assessoria jurídica para a questão de validar a idéia e também verificar sua legalidade, e se irá ou não usar do sistema para facilitar empresas que trabalham com administração de planos de saúde e que possa criar uma nova situação onde os princípios básicos do SUS sejam esquecidos em favor de uma outra política, fugindo dos princípios para os quais foi criado o consórcio. Deveria fazer valer a equidade e universalidade, pelo risco de se criar com isto mais uma situação conconrente para aqueles que não têm outra alternativa de assistência a não ser o SUS.





*Апexos*



## Anexo I

# Política de Saúde em Mato Grosso: Diretrizes, Estratégias e Projetos Prioritários

*Dr. Júlio Strubing Müller Neto*

Documento elaborado pelo Dr. Júlio Strubing Müller Neto em fevereiro de 1995, discutido e melhorado após discussão com corpo técnico da SES/MT e na Oficina de Capacitação de Conselheiros, realizada em junho de 1995, com os membros do C.E.S.



## ÍNDICE

I – A SAÚDE EM MATO GROSSO	
1. Situação Sanitária .....	123
2. Situação do Setor Saúde .....	124
II – REFERÊNCIAS GERAIS PARA A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE .....	126
III – DIRETRIZES PARA A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE .....	128
Democratização e Participação Social .....	128
Prioridade às Ações de Vigilância à Saúde .....	128
Melhoria Quantitativa e Qualitativa dos Serviços Assistenciais 129	
Regionalização, Descentralização e Novos Modelos Assistenciais 130	
Política de Ciência e Tecnologia .....	131
Política de Recursos Humanos .....	131
Redefinição do Papel Institucional da SES e Novos Modelos de Gestão e Organização .....	132
IV – ESTRATÉGIAS .....	134
a. Estabelecimento e consolidação de parcerias .....	135
b. Atuação intersetorial .....	135
c. Cooperação técnica e regionalizada .....	136
d. Trabalhar orientado por problema e buscando impacto positivo sobre a qualidade de vida da população .....	136
V – NOVAS FUNÇÕES DA SES/MT .....	138
VI – ANEXO – PROJETOS .....	139



# I. A SAÚDE EM MATO GROSSO

## 1. SITUAÇÃO SANITÁRIA

A situação de saúde da população de Mato Grosso é característica do denominado “perfil epidemiológico de transição”, produto das graves distorções sociais geradas pelo modelo econômico hegemônico, concentrador de renda e excedente das amplas maiorias dos benefícios do processo de desenvolvimento. De modo bastante simplificado, podemos afirmar que aqui encontramos as “doenças do atraso” (dos países pobres) mescladas com as “doenças do desenvolvimento” (dos países ricos).

Além desse quadro geral, podemos afirmar que as especificidades do quadro sanitário de Mato Grosso estão profundamente enraizadas em dois outros aspectos da realidade regional: de um lado, os graves problemas ambientais característicos do processo acelerado de ocupação territorial e de produção econômica predatórios e, de outro, a histórica insuficiência e incompetência das respostas do poder público aos problemas de saúde da população.

Assim, podemos relacionar os problemas mais evidentes:

- A carência de informações suficientes e confiáveis sobre a realidade sociosanitária do Estado;
- A existência de enorme carência de serviços de saneamento básico, sobretudo de sistemas de coleta e tratamento de esgotos;
- A expansão acelerada de problemas de saúde relacionados ao uso inadequado de tecnologias e à exploração econômica predatória de recursos naturais: o mercúrio, a malária e as DST/AIDS nos garimpos; os acidentes de trabalho na exploração de madeira; o uso indiscriminado de agrotóxicos e pesticidas na agropecuária; a contaminação de recursos hídricos; o assoreamento, etc.;
- A persistência e, muitas vezes, a proliferação de endemias como a malária, as DST/AIDS, a leishmaniose, a doença de Chagas, a tuberculose e outras;
- O ressurgimento de endemias, como o dengue e a cólera;
- O crescimento acelerado de problemas relacionados à violência urbana e social: os acidentes de trânsito, a violência contra mulheres e crianças, o uso de álcool e drogas, os transtornos mentais, etc.,
- O aumento crescente das doenças crônico-degenerativas, sobretudo as doenças cardiovasculares e neoplásicas;
- A persistência de altas taxas de mortalidade infantil, associadas à desnutrição, às diarreias e às infecções respiratórias.

## 2. SITUAÇÃO DO SETOR SAÚDE

A situação do setor saúde também apresenta os mesmos problemas que caracterizam a crise geral do Sistema Único de Saúde no país: cobertura insuficiente, baixa qualidade dos serviços, carência de recursos financeiros, valores abaixo do mercado na remuneração dos servidores e dos serviços prestados, exclusão dos setores sociais mais organizados e com maior poder de barganha política e econômica, iniquidade no acesso aos serviços, forte predomínio das práticas médico-assistenciais e hospitalares, fraudes e desperdícios devido também a sistemas de controle e avaliação ausentes ou inadequados, participação e controle social ainda incipientes, descentralização limitada devido às práticas clientelistas nas relações intergovernamentais e às resistências burocráticas, entre outros problemas.

Ademais, há problemas que adquirem uma dimensão maior na realidade estadual, tais como:

- o atual quadro sociosanitário do Estado revela a completa ausência de uma lógica epidemiológica na definição das políticas e prioridades na saúde. O setor saúde continua tentando responder pontualmente às situações de crise e organizando-se a partir da oferta de serviços e programas que são, em geral, determinados pelos seus congêneres federais. Em decorrência, há uma absoluta carência de políticas e planos setoriais explícitos, que priorizem os principais problemas de saúde da região e do Estado;
- a fragilidade organizacional e a baixa prioridade da saúde na agenda política estadual (refletidos na pequena participação orçamentária que caracteriza historicamente o setor);
- a pouca valorização profissional e a insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, sobretudo no interior e nas atividades típicas da saúde pública, além da grande carência de quadros especializados em áreas críticas, como o planejamento, a gestão, a epidemiologia, a informação em saúde, etc.;
- a carência relativa e absoluta de infra-estrutura e de serviços de saúde ocasionada pelo rápido crescimento demográfico (é o caso da falta e da má distribuição geográfica de leitos hospitalares, de algumas especialidades médicas e de serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos). Ademais, a ausência de uma política e de um plano estadual de saúde ocasionaram o desperdício de escassos recursos para investimentos, na medida em que se constata que mais de 50% dos novos hospitais públicos municipais, construídos com o apoio financeiro do Governo Estadual, foram localizados em municípios que já possuíam hospitais conveniados/contratados pelo SUS, obedecendo a lógica estritamente político-eleitoral;

- a inoperância dos mecanismos de controle e regulação do setor privado, devido ao predomínio tradicional que este exerce nas atividades médico-assistenciais e hospitalares;
- a centralização, a fragmentação e a incipiência das ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária e ambiental, como no caso de vetores, água, alimentos, produtos tóxicos, ambientes de trabalho etc.
- a inexistência de um sistema estadual de informação em saúde;
- a inexistência de políticas específicas, como de assistência farmacêutica, de sangue e hemoderivados, entre outras;
- a limitação do processo de descentralização e municipalização da saúde devido principalmente às práticas políticas clientelistas na redistribuição de atribuições, recursos e produtos, bem como à inexistência de programas de apoio e cooperação técnica com vistas à construção de novos modelos assistenciais (distritos sanitários). Nesse sentido, a descentralização existente é apenas das ações assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, único modelo oferecido aos municípios. Além disso, o processo de municipalização vem ocorrendo com a completa ausência do Governo Estadual, o que se reflete na ausência de uma articulação supra municipal e regional;
- a pequena participação social na formulação e controle dos planos e programas de saúde;
- a pouca transparência no uso e na destinação dos recursos públicos, sobretudo na relação com fornecedores e prestadores de serviços;
- a indefinição quanto ao papel institucional da Secretaria Estadual de Saúde, situação que gerou uma verdadeira “feudalização” da sua estrutura organizacional, devido ao predomínio da lógica vertical de gestão dos programas e da fragmentação das ações no combate às doenças. A fragmentação também ocorre no plano institucional, como é o caso da desarticulação com a FNS, com a UFMT etc.;
- o completo sucateamento dos pólos regionais de saúde, que hoje não servem nem de entreposto para distribuição de vacinas e medicamentos – estruturas supra municipais;
- não integração com outros órgãos relacionados com problemas de saúde e qualidade de vida.

## II. REFERÊNCIAS GERAIS PARA A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE

Evidentemente, o enfrentamento dos problemas acima descritos não pode ser limitado ao campo setorial da saúde e, muito menos, visto apenas na dimensão restrita da assistência médica e hospitalar. Algumas das questões relacionadas somente podem ser enfocadas a partir da ampla definição de políticas sociais e econômicas, tal qual enunciado pelo plano estratégico e de metas do atual Governo Estadual, cuidando em não perder de vista os limites da ação estatal, sobretudo de um Estado centralizado, excludente e autoritário como o brasileiro.

Neste sentido, as políticas de saúde em Mato Grosso devem, obrigatoriamente, ter como referência permanente a diminuição das desigualdades social e regional em relação à qualidade de vida e, mais especificamente, a melhoria das condições sociosanitárias e ambientais dos grupos sociais e das regiões mais desfavorecidas de Mato Grosso. Assim, tais políticas poderão dar sua contribuição para garantir os direitos de cidadania da população aqui residente, na medida em que priorizem grupos sociais, municípios e regiões mais desfavorecidas. Para o alcance desse objetivo, é indispensável a ação intersectorial, ou seja, a ação articulada e integrada do conjunto das ações governamentais, sobretudo daquelas diretamente relacionadas às políticas sociais. Problemas referentes à pobreza, à fome, às questões ambientais, à violência, ao processo produtivo, à urbanização e outros somente poderão ser enfrentados nessa perspectiva. Por isso, deverá ser priorizada a ação articulada com outras áreas da atividade governamental no espaço institucional das “políticas de valorização da vida” (saneamento, habitação, educação, promoção social, justiça e segurança, cultura, esporte, etc.), sem perder a articulação com as denominadas “políticas estruturantes” (energia, transporte, comunicação, etc.).

A segunda referência no campo das ações políticas estratégicas é o esforço de aprofundamento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito estadual. Tal esforço implica no estabelecimento de novas relações federativas, novos parâmetros para a relação entre o setor público e o privado e, em última análise, de novas relações entre o Governo e a sociedade. No setor saúde, essas propostas estão referidas aos princípios da universalidade, da integralidade, da democratização, da descentralização, da relevância pública da saúde, do papel regulador do Estado, etc. A consolidação do SUS é parte integrante e indissociável da reforma democrática do Estado, em sentido amplo. Pode-se afirmar inclusive que, no setor saúde, houve importantes conquistas nessa direção que se evidenciam quando comparadas às outras áreas da atuação governamental no país. Entretanto, há muito caminho a ser percorrido para garantir

o acesso do conjunto da população de Mato Grosso a serviços de saúde de qualidade, para permitir a participação da sociedade, para reorientar a ação governamental no sentido da defesa dos interesses das maiorias, superando as práticas clientelistas, as corporativas, o desperdício, a corrupção etc.

Finalmente, a consolidação do SUS em MT passa pela redefinição da saúde enquanto prioridade da atuação governamental, pela redefinição do papel institucional da Secretaria Estadual de Saúde e por novos modelos de gestão e organização setorial que venham dar conta da promoção à saúde e da demanda assistencial reprimida.

### **III. DIRETRIZES PARA A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE**

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 Secretaria Estadual de Saúde e novos modelos de gestão e organização.

#### **1. DEMOCRATIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

O fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde (CES) é objetivo permanente e compromisso de todos os interessados na consolidação do SUS; é o espaço institucional da formulação das políticas; da incorporação das demandas das majorias; do encaminhamento dos diferentes interesses que permeiam a construção do SUS; do controle, avaliação e fiscalização dos recursos, bens e serviços garantidos pelo SUS aos cidadãos;

- Apoio à consolidação dos Conselhos Municipais e estímulo a maior participação da sociedade organizada no âmbito dos municípios.
- Critérios redistributivos pactuados coletivamente no espaço dos Conselhos;
- Desenvolvimento de esforços para a articulação com o Poder Legislativo e o Ministério Público no sentido de garantir os princípios e diretrizes do SUS e da política estadual de saúde;
- Criar mecanismos ágeis e eficientes que possam garantir os direitos individuais do cidadão, do usuário e do consumidor dos serviços de saúde;
- Promover o aumento da consciência sanitária e da participação do conjunto da população através da democratização da informação e da comunicação social em saúde.

#### **2. PRIORIDADE ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**

É necessário integrar as ações de prevenção e cura, a atuação integrada e programada sobre os problemas relevantes de saúde em âmbito estadual, regional e municipal, sem descuidar da assistência à demanda espontânea. De outro lado, determinados problemas exigem uma atuação articulada dos diversos setores em que se divide a organização governamental. Além disso,

toda ação programada deve ser pensada tendo como referência permanente a parceria dos níveis de governo (federal, estadual e municipal). Nesse sentido, deve-se priorizar:

- ação intersetorial para o enfrentamento dos problemas socio-sanitários ambientais, inclusive saneamento básico, e aqueles relacionados ao garimpo, à madeira, aos agrotóxicos etc.;
- territórios e grupos sociais afetados por grandes endemias: malária, hanseníase, hepatite, dengue, etc.;
- ações intersetoriais de combate à fome, à violência, à dependência de álcool e drogas, ao abandono de menores, etc.;
- a construção e implementação do sistema de vigilância epidemiológica estadual;
- criação do Centro Estadual de Informações em Saúde;
- a implantação de mecanismos ágeis e permanentes de controle e avaliação de serviços e produtos;
- priorização de alguns grupos sociais de risco, como a população indígena, as crianças, menores de rua, etc.;
- priorização de alguns problemas de saúde, como acidentes de trânsito, acidentes de trabalho (urbanos e rurais), mortalidade infantil e materna, doenças cardiovasculares, doenças mentais, DST/AIDS etc.

### **3. MELHORIA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS**

A assistência à demanda espontânea individual também necessita de uma lógica de planejamento e programação que favoreça a oferta e a melhoria da qualidade de determinados serviços, sobretudo no interior do Estado e em regiões com maior dificuldade de acesso devido às grandes distâncias e às precárias condições de transportes e comunicação.

Nessa área, o papel do Governo Estadual é principalmente o de planejador, programador e indutor para a implantação de determinadas ações de âmbito municipal, reservando-se para sua execução direta apenas aqueles que tenham caráter de referência regional/estadual e/ou ultrapassem as possibilidades dos municípios. Aqui as prioridades são:

- plano estadual/regional de investimento na infra-estrutura dos serviços básicos e especializados de assistência à saúde;
- elaboração e implantação do sistema de referência regional e estadual para a assistência hospitalar, ambulatorial especializada e de maior complexidade tecnológica e os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos;
- apoiar e implantar centrais de internação e de agendamento de consultas/exames especializadas de âmbito regional/municipal;

- apoio e suporte de laboratório de referência para saúde pública (vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental), tendo como referência a reestruturação do LACEN e a integração com a FEMA e SANEMAT;
- programa da qualidade do sangue e hemoderivados, de caráter estadual/regional, tendo como prioridade a definitiva implantação/consolidação do Hemocentro Coordenador e implementação da Hemorrede;
- formulação e implantação de uma política de medicamentos que defina inicialmente os critérios distributivos dos medicamentos da CEME para, em um segundo momento, implantar um laboratório de produção de medicamentos básicos e fitoterápicos;
- implantar sistemas integrados de assistência ao trauma e à emergência na capital e nas principais cidades;
- CIAVE – ampliar o espaço de atuação do Centro de Informação Anti-Veneno, tornando-o um centro de abrangência estadual.

#### **4. REGIONALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO E NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS**

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 do processo de planejamento, controle e avaliação permanentes, 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 planeja-

- mento 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, como referido no item 3;
  - descentralização e regionalização do processo de capacitação de recursos humanos.

## **5. POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

A definição de uma política de ciência e tecnologia em saúde deve ser vista como uma prioridade estratégica. O futuro desenvolvimento do SUS em Mato Grosso depende bastante das prioridades desse campo. A articulação com a Fundação Estadual de Amparo à Pesquisa e com as Universidades, sobretudo com o Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, é uma necessidade inadiável. As prioridades aqui são:

- produção de conhecimentos da realidade sociosanitária, cultural e ambiental em MT;
- políticas e sistemas de atenção à saúde;
- produção de tecnologias e insumos básicos;
- política de recursos humanos, sobretudo aqueles estratégicos para o desenvolvimento/consolidação do SUS;
- produção/manutenção/avaliação de equipamentos, técnicas e metodologias de ação;
- criar mecanismos institucionais para formulação e gestão da política estadual de C&T;
- apoio à ampliação e consolidação dos cursos de pós-graduação na área da saúde, sobretudo na da Saúde Coletiva.

## **6. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

A política de recursos humanos decorre das prioridades da política estadual de saúde. Os profissionais e trabalhadores de saúde devem ser enfocados como sujeitos do processo social de construção do SUS, com maior participação nas decisões, favorecendo o desenvolvimento das capacidades/potencialidades dos indivíduos e o seu compromisso ético e social com a saúde coletiva. A gestão de RH deve ser modernizada e racionalizada, dotando-se os municípios de autonomia efetiva para gerenciar o pessoal municipalizado. O desenvolvimento de RH deve ser prática permanente, como também a formação de RH estratégicos para a descentralização. Os principais aspectos são:

- valorização profissional, com revisão do PCCS;
- melhoria dos ambientes de trabalho;
- aumento do compromisso social e ético com o SUS, inclusive através da recuperação do sentimento/atitude do “servidor do público” (“memória da saúde pública”);
- política de estímulo à interiorização;
- formação de quadros em áreas estratégicas: planejamento, epidemiologia, RH, gestão etc.
- programa de formação, capacitação e reciclagem de RH para a municipalização/distritalização e a implantação de novas práticas e modelos assistenciais;
- apoio e estímulo aos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;
- criação e construção da Escola de Saúde Pública;
- abertura e estímulo para criação de campos de estágios para os alunos da Universidade, inclusive nas áreas da Medicina, estimulando a formação de quadros em especialidades de grande carência no Estado.

## **7. REDEFINIÇÃO DO PAPEL INSTITUCIONAL DA SES E NOVOS MODELOS DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO**

1. Dentro desta diretriz, compete ao gestor estadual e ao Conselho Estadual de Saúde a formulação e coordenação da Política Estadual de Saúde. No atual contexto da implantação do SUS, o Governo Estadual, através da SES-MT, deve exercer importantes funções normativas, reguladoras e de controle e avaliação, baseadas no impacto das ações de vigilância à saúde. Estas funções, que englobam as ações de vigilância à saúde e de assistência à demanda espontânea, devem priorizar:
  - as relações público/privado (serviços conveniados e contratados);
  - as ações municipalizadas;
  - as ações regionalizadas.
2. Além disso, deve-se implantar profundas reformulações no modelo de gestão e organização da SES, com vistas à flexibilização da estrutura, à descentralização e à autonomia administrativa, à integração das ações com base nos objetivos, à democratização e à transparência da administração. Nesse sentido, são prioridades:
  - melhorar o processo de informação e comunicação internas e externas da organização;
  - flexibilização das relações de autoridade e desenvolvimento do trabalho por projetos, em equipes e grupos *ad hoc*;

- descentralização orçamentária e financeira: gestão por fundos ou outros modelos descentralizados;
- estabelecimentos de critérios transparentes, legais e legítimos na relação com prestadores de serviços, fornecedores etc.;
- desenvolvimento da atitude da “responsabilização”: patrimônio, faturamento das unidades operativas, prestação de serviços, etc.;
- desenvolvimento da consciência da importância dos processos: todos somos clientes, executores e fornecedores;
- implantar indicadores de qualidade (exemplo: tempo para atender uma solicitação de compra, etc.);
- implantar a programação de compras;
- implantar sistemas de custos;
- implantar o orçamento participativo e a prestação pública de contas;
- definir e implantar um plano diretor de informatização nas unidades gerenciais e assistenciais.

## IV. ESTRATÉGIAS

As estratégias que possam garantir a viabilidade das políticas de saúde em Mato Grosso estão intimamente relacionados à capacidade da SES-MT em conduzir o processo de construção e de consolidação da política estadual de saúde e do SUS no âmbito do Estado. O processo de condução exige a definição clara das questões de consenso e de conflito com os diversos fatores que compõem o setor saúde como, por exemplo, o conjunto de prestadores privados de serviços de saúde. Podemos listar 4 (quatro) grandes espaços, com seus conjuntos de fatores, cuja relação com o setor público estadual é fundamental para o processo de condução:

- o espaço governamental, onde predominam as relações com os municípios, com o Governo Federal (Ministério da Saúde, FNS, UFMT etc.) e com as demais Secretarias Estaduais de Saúde. Aqui, os espaços relacionais estão institucionalizados e referem-se às comissões Bipartite e Tripartite, ao CONASS, ao COSEMS, etc.;
- o espaço da sociedade civil organizada, através dos movimentos sociais e sindicais que atuam no setor saúde. A articulação dá-se fundamentalmente no espaço do Conselho Estadual de Saúde, privilegiado para a explicitação e o encaminhamento dos interesses conflitantes e para a busca da cooperação;
- o espaço técnico-burocrático, que envolve o conjunto dos servidores públicos do setor saúde. A relação dá-se preferencialmente com os órgão representativos desse segmento e aqui a questão central é o grau de adesão aos objetivos do SUS;
- o espaço privado, através dos prestadores de serviços de saúde, fornecedores de insumos e medicamentos, etc. A relação com o setor privado orienta-se pela busca da transparência e deve ser institucionalizada nos espaços do Conselho Estadual de Saúde e no âmbito da Comissão Bipartite.

É importante enfatizar, nesse sentido, que os atores fundamentais no processo de construção do SUS têm sido os fatores municipalistas e o conjunto dos movimentos sociais e sindicais organizados da sociedade civil.

Além desses aspectos, o processo de condução implica em mudanças na lógica de pensar, atuar e organizar-se do órgão estadual de saúde. A SES-MT deve preocupar-se cada vez menos em organizar a oferta de serviços e procurar transformar-se no espaço de articulação das respostas aos problemas e necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, as estratégias a serem desenvolvidas têm pelo menos 4 linhas de ação:

- a) Estabelecimento e consolidação de parcerias;

- b) Atuação intersetorial;
- c) Cooperação técnica;
- d) Trabalhar orientado por problemas, objetivos, resultados e projetos.

### **a – Estabelecimento e Consolidação de Parcerias**

Já se afirmou a importância das relações com um conjunto de fatores para o processo de condução, sobretudo com os municípios, e o movimento social e sindical organizado. Os espaços institucionais para tal, especialmente a Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde, devem ser consolidados e valorizados. Outros mecanismos de articulação e condução devem ser construídos, como no caso dos Poderes Legislativo e Judiciário, do Ministério Público, dos servidores de saúde, etc.

No plano governamental, deve-se priorizar a relação com a UFMT e a FNS, órgãos federais, cuja importância para o SUS estadual é inegável. Nesse sentido, deve-se propor *um termo de referência comum* para o desenvolvimento da relação e o estabelecimento de canais mais ágeis de articulação.

Além dos parceiros acima, a SES-MT identifica outros importantes, como:

- Secretarias e órgãos estaduais – FEMA, SEC, SANEMAT, Secretaria de Agricultura, entre outros que serão definidos a partir dos problemas prioritizados;
- COSEMS-MT e Secretarias Municipais de Saúde;
- Federação dos Hospitais;
- Organizações de classe;
- Ministério Público;
- Sociedade Civil Organizada: ONGs;
- Partidos políticos etc.

### **b – Atuação Intersetorial**

A SES tomou como eixo fundamental para orientar a Política Estadual de Saúde a integração com outros setores governamentais e entidades não-governamentais, até mesmo porque a maioria dos problemas de saúde só podem ser resolvidos se houver uma ação conjunta. De nada adianta fazer assistência à saúde se não houver uma Política intersetorial que cause impacto efetivo no quadro sociosanitário da população. A intersetorialidade torna-se fundamental quando se quer garantir qualidade de vida.

A atuação intersetorial é vista aqui de modo separado das parcerias, por se tratar da articulação das políticas e ações governamentais, especialmente no

âmbito do próprio Governo Estadual (mas não obrigatoriamente). Deve-se priorizar as formas de organização intersetorial propostas pelo atual Governo, como a “Câmara Setorial de Desenvolvimento Social” (CSDS). O enfrentamento dos problemas decorrentes da inundação e dos menores de rua são bons exemplos desse modo de atuar.

### **c – Cooperação Técnica e Regionalizada**

A cooperação técnica é o processo de troca de experiências e aprendizagem conjunta voltado para a construção e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e das prioridades da política estadual de saúde.

A CT é uma estratégia facilitadora da articulação entre fatores governamentais e não-governamentais e da operacionalização de novos modelos assistenciais e de novas práticas sanitárias.

Algumas das parcerias dar-se-ão, sobretudo, através da cooperação técnica, como no caso das relações Estado/município. Também algumas prioridades da política estadual de saúde somente poderão ser viabilizadas através da CT, como o apoio à descentralização e à regionalização. A CT implica um conjunto de operações que só pode ser implementado como um dos projetos prioritários da atual gestão, o que lhe confere uma dupla característica.

### **d – Trabalhar Orientado por Problemas, e Buscando Impacto Positivo sobre a Qualidade de Vida da População**

O conceito de Vigilância à Saúde (VS) é fundamental, pois ele reorienta as práticas sanitárias historicamente construídas no modelo assistencial de saúde do país, onde sempre esteve presente uma dicotomização da prevenção e da cura. Tomando como referência o conceito de VS, a SES busca a superação da falsa dicotomia que existe entre essas duas ações.

A organização do Sistema a partir desta lógica, ou seja, a partir 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.

Conceitualmente, parte-se do problema (o que demanda um bom sistema de informação) e, a partir daí, procura-se estruturar e organizar a Instituição para otimizar todos os meios possíveis para enfrentar, combater, diminuir ou eliminar este problema. Por exemplo, para o problema do Cólera, devem ser desenvolvidas medidas de promoção (ex. educação em saúde), prevenção (hipoclorito na água), tratamento das pessoas que começam a apresentar sintomas (treinamento dos profissionais de serviços para um esquema terapêutico específico), cura (casos que exigem). Desta forma, concentram-se todos os esforços para atacar o problema priorizado.

As novas prioridades da política estadual de saúde e a consolidação do SUS geram a necessidade de mudanças gerenciais e organizacionais, sem que tais mudanças impliquem em “reformas administrativas” como condições prévias para implementá-las. Trata-se, antes de mais nada, de novas práticas e novos métodos de trabalho que possam “liberar” a criatividade e a capacidade resolutive do corpo técnico e do conjunto dos funcionários da SES-MT.

A mudança da lógica que vai orientar a prática institucional implica a definição de projetos prioritários decorrentes dos problemas e objetivos prioritários, a conformação de equipes de trabalho, responsáveis por estes projetos, e de colegiados de gestão, responsáveis pelo processo de condução e pela articulação e operacionalização dos projetos. Desse modo, teremos:

1. Equipe de Condução (EC)
  - Visa articular a estrutura formal e informal do processo decisório e operacional e é composta por secretário, subsecretário, assessores, coordenadores, chefes de núcleo (CAF), responsáveis por Grupos de Trabalho de Projetos Prioritários (GTP).
2. Equipe Ampliada de Condução (EAC)
  - Visa articular a estrutura formal e informal, ampliar e descentralizar o processo decisório e operacional; é composta pelos mesmos membros anteriores, responsáveis por unidades descentralizadas, diretores de pólos, responsáveis por subprojetos e projetos específicos.
3. Grupos de Trabalho de Projetos Prioritários (GTPs)
  - compostos por responsáveis por GTPs e outros profissionais da área relativa ao projeto estratégico, inclusive de fora da SES.
4. Grupos de Trabalho de Subprojetos e de Projetos Específicos (GTSE)
  - compostos por responsáveis, demais componentes, inclusive de fora da SES.

Os objetivos dos GTP e GTSE serão detalhados no item referente aos projetos.

## **V – NOVAS FUNÇÕES DA SES/MT**

1. Formular e coordenar a política Estadual de Saúde;
2. Cooperação Técnica para o processo de Municipalização e organização dos sistemas municipais de saúde;
3. Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde;
4. Função redistributiva voltada para regiões e grupos sociais com maiores necessidades;
5. Conduzir o processo de construção de novos modelos de atenção à saúde priorizando as ações de promoção e prevenção e reorientando as ações de assistência ambulatorial e hospitalar;
6. Garantir a oferta de serviços de referência regional e estadual de caráter terciário;
7. Controlar e avaliar a prestação de serviços e a execução das ações de saúde no setor público e privado;
8. Apoiar e realizar pesquisas operacionais e desenvolver novas tecnologias para a implantação do SUS-MT.

## **VI – ANEXO – PROJETOS**

Aqui, entende-se o conceito de um modo ampliado, similar aos espaços de atuação prioritários. Estes projetos foram colocados como anexo devido ao fato de fazerem parte de um processo coletivo de construção, através da realização de oficinas, de debates com o corpo técnico, com outras instituições e entidades.

Neste sentido, a SES-MT realizou uma Oficina de Trabalho onde os profissionais responsáveis por cada projeto levaram para debate as seguintes questões:

- o(s) problema(s);
- o(s) objetivo(s): diretrizes para enfrentamento do(s) problema(s);
- o(s) resultado(s): metas, indicadores, etc.;
- programação para 1995: metas anuais, recursos, cronograma, etc.;
- plano de trabalho para médio e longo prazo;
- equipe e responsável por cada projeto.

Os projetos tiveram como referências as diretrizes da política estadual de saúde (democratização, descentralização, novos modelos assistenciais, etc.), assim como as estratégias (a definição da parceria, da atuação intersetorial, etc.)

### **PROJETOS PRIORITÁRIOS**

#### **1. COOPERAÇÃO TÉCNICA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS**

A proposta de Cooperação Técnica compreende um processo pedagógico de troca de experiências e articulação de recursos técnico-operacionais, administrativos e políticos interinstitucionais e intersetoriais.

A estratégia de CT permite à SES-MT dar respostas mais efetivas às demandas oriundas principalmente das gestões municipais, e garantir a efetivação e implementação dos projetos estratégicos da Política Estadual de Saúde, através da articulação técnica, política e administrativa entre os diferentes setores e instituições.

A Secretaria Estadual de Saúde apresenta-se como principal articuladora natural deste processo, na tentativa de compor com as Secretarias Municipais de Saúde, com a Fundação Nacional de Saúde, com a Universidade Federal de Mato Grosso e demais instituições formadoras de RH, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Estadual de Saúde, com outros

órgãos do Governo, com entidades não-governamentais, bem como com outras instituições direta ou indiretamente ligadas ao SUS, um Fórum permanente de discussão, implantação e implementação de ações que visem a consolidação do SUS, a concretização do processo de descentralização e, conseqüentemente, a melhoria de qualidade de vida da população do Estado.

### **Linha de Ação**

Implementação do processo de descentralização – Qualidade e gestão dos serviços, produção e disseminação de informações.

- 1 – Desenvolvimento de um processo de cooperação técnica e capacitação de gestores e profissionais das Prefeituras.

A metodologia de trabalho será a realização de Oficinas de Trabalho, buscando desenvolver habilidades para:

- a) Organização e gestão de sistemas de saúde locais – as equipes técnicas das estruturas descentralizadas serão capacitadas para assessorar continuamente os municípios no desenvolvimento de ações de planejamento (com ênfase em sistema de informação, definição e priorização de problemas, avaliação das ações e para instrumentalização da prática de vigilância à saúde (Vigilância Sanitária e Ambiental, Epidemiológica e Nutricional).
- b) Controle de doenças endêmicas e com forte componente ambiental, e outros problemas de saúde diagnosticados e priorizados em nível local e regional.

As equipes descentralizadas serão capacitadas para assessorar os profissionais de saúde dos municípios para enfrentar estes problemas.

### **Equipe Responsável**

- Deve-se constituir um GTE interinstitucional com a participação da FNS, UFMT (ISC), COSEMS etc. Na SES, fica sob a responsabilidade da Assessoria Técnica e deve ter componentes da COPLAN, CAHA, Coordenação de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Coordenação Técnica, Núcleo Setorial de RH.

## **2. VIGILÂNCIA À SAÚDE**

Projetos prioritários para 1995, definidos de forma integrada com o Ministério da Saúde, Comunidade Solidária, entre os órgãos do Governo, e entidades não-governamentais.

O conhecimento da realidade sociosanitária e epidemiológica do Estado disponível até o presente momento levou a SES-MT, a definir como prioridades para 1995 as seguintes ações:

- Implementação da atividade de vigilância epidemiológica em nível dos municípios, descentralização de grande parte das ações de Vigilância Sanitária e a incorporação do componente ambiental na prática da Vigilância.
- Redução dos coeficientes de Mortalidade Infantil e Materna.
- Enfrentamento do problema de Hanseníase, que tem uma alta prevalência no Estado.
- Controle de grandes endemias; neste primeiro momento, malária e dengue. Estas ações deverão ser realizadas apoiando as ações desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde, que historicamente vem controlando estas doenças no país, e em estrita colaboração com os municípios.

Devido à inexistência de maiores informações sobre outros problemas importantes no Estado, a SES-MT definiu que, no decorrer do ano de 1995, serão articulados outros projetos prioritários para seu enfrentamento.

Desta forma, serão criados grupos de trabalhos, constituídos de especialistas de área, para realizarem estudos que permitam um maior esclarecimento da dimensão (magnitude, transcendência e vulnerabilidade) destes problemas em nível do Estado, e a partir daí serem definidas as estratégias de enfrentamento de forma articulada com outros setores e instituições.

As propostas de intervenção sobre estes problemas deverão ser realizadas de forma sistematizada e organizada, para serem iniciadas a partir de 1996.

Dentro desta linha, serão articulados projetos por grupos populacionais e problemas específicos.

### **Equipe Responsável**

- Coordenado pelas Coordenadorias Técnica e de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, e deve incorporar os gerentes dos GTSE, os chefes de divisão das CT e CVSE, etc.

### **3. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO, E SISTEMA DE AUDITORIA**

- Programação e avaliação da cobertura de assistência ambulatorial e assistência hospitalar, nas áreas estratégicas, definida de forma coletiva e pactuada com os gestores municipais.

- Implantação do sistema de auditoria do SUS-MT, definindo as competências e responsabilidades de cada instância do governo, considerando a proposta do Sistema Nacional de Auditoria, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestora Tripartite, assim como pela CIB/MT e pelo CES/MT.
- Definição de indicadores de monitoramento da assistência ambulatorial e hospitalar no SUS-MT, para todos os níveis do governo.

### **Equipe Responsável**

- Coordenado pela Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial e Assessoria Técnica e deve incorporar as divisões do SIA e SIH, e a divisão de Controle e Avaliação da COPLAN, etc.

## **4. RECURSOS HUMANOS E CIÊNCIA E TECNOLOGIA**

### **Linhas de Ação**

- Política para valorização, desenvolvimento e interiorização de RH;
- Proposta para desenvolvimento da área de C&T na saúde e articulação com órgãos de ensino e de pesquisa;
- Outras relacionadas nas diretrizes da política estadual de saúde.

### **Equipe Responsável**

- Coordenado pelo Núcleo Setorial de Recursos Humanos e composto pela Escola Técnica de Saúde, Divisão de Desenvolvimento de RH, membros da UFMT, setor de RH da FNS, GT de investimento (nos aspectos relacionados à incorporação da tecnologia), etc.

## **5. ORGANIZAÇÃO DE ATENÇÃO À DEMANDA DESCENTRALIZADA: DEFINIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA ESTADUAL E REGIONAL**

### **1. Política Estadual do Sangue e Hemoderivados**

Com o objetivo de garantir à população a qualidade do sangue, a SES-MT pretende implantar e implementar uma Hemorede no Estado. Num primeiro momento, serão instaladas nos municípios unidades de coleta e transfusão de sangue. Estas unidades serão gerenciadas pelos municípios, e terão a coordenação

nação do HEMOCENTRO. A relação entre o HEMOCENTRO e os municípios será estabelecida através de um convênio, onde estarão definidas as competências e responsabilidades de cada instância do governo.

## **2. Definição e implantação de serviços de retaguarda laboratorial**

Garantir aos municípios a retaguarda para análises clínicas (exames de maior complexidade).

O Laboratório Central está se estruturando para garantir a retaguarda laboratorial para as ações da Vigilância Sanitária, entre elas controle da qualidade da água, dos alimentos, dos medicamentos. Além disso, o LACEN, em conjunto com a UFMT, deverá criar um setor para realização de exames toxicológicos, podendo assim definir diagnóstico de intoxicações por agrotóxicos, entre outras ações.

Deverão também ser implementadas as ações do laboratório de anatomia patológica, visando garantir o atendimento aos pacientes referenciados dos municípios.

## **3. Política de assistência farmacêutica**

O problema de medicamentos é extremamente complexo no país. Hoje, a SES-MT recebe apenas medicamentos básicos da CEME, que não tem uma política contínua de distribuição, nem garante uma quantidade mínima para atender toda a necessidade do Estado.

Atualmente, estes medicamentos são entregues aos gestores municipais, que têm uma cota mensal, a princípio definida a partir de critério populacional. Os medicamentos para a rede de serviços gerenciados pelo Estado são adquiridos em laboratórios, através de processo licitatório e pagos com recursos de faturamento do SUS.

Além disso, a SES-MT tem a responsabilidade de oferecer a toda a população do Estado os medicamentos de alto custo, que também são adquiridos por ela, e parcialmente reembolsados pelo MS através das Guias de Autorização de Pagamento.

Visando buscar alternativas viáveis para minimizar a dificuldade de fornecimento de medicamentos, a SES-MT criou um GTE para analisar o problema e propor soluções. Este deverá orientar-se pelas diretrizes da Comissão de Medicamentos do CES, no sentido de formular uma política de assistência farmacêutica para o Estado.

#### **4. Definição de uma Política de Investimento Estadual**

A SES-MT entende que o seu papel hoje é coordenar a política de referência estadual e que a rede básica deve ser garantida, principalmente pelos municípios. Entretanto, considerando a existência de um recurso que pode e deve financiar preferencialmente os pequenos produtores, a SES-MT irá garantir a construção de algumas unidades básicas, até que termine o financiamento do PRODEAGRO. Também poderá ajudar a financiar a ampliação da rede básica em municípios mais carentes, na medida da disponibilidade dos recursos financeiros do Tesouro Estadual.

Estas obras deverão ser construídas nos municípios priorizados, de maneira conjunta com outros órgãos do Governo, como o INTERMAT, INCRA etc., visando garantir um maior impacto das ações sobre a qualidade de vida da população, especialmente da área rural.

Num primeiro momento, a SES-MT, a partir das diretrizes e das perspectivas de financiamento pelo Ministério da Saúde, priorizou uma política de investimentos que garanta o término das obras de referência regional e estadual, além da aquisição de equipamentos de maior complexidade, garantindo uma cobertura ambulatorial e hospitalar resolutiva para a população, especialmente no interior do Estado, evitando assim o deslocamento da população para a capital.

Além disso, criou o GT de Investimentos, que tem, entre as suas principais atribuições:

- Sistematização dos dados relativos à capacidade instalada no Estado (número e tipo de serviços existentes), sua distribuição geográfica e a acessibilidade aos serviços;
- Processamento de demandas por investimentos originárias do nível local e regional;
- Proposição de uma política de investimento, considerando a análise da realidade e a política estadual. A política deverá ser aprovada no CES e na CIB.

#### **5. Programas de referências estaduais/regionais de assistência ambulatorial, assistência hospitalar, nas áreas estratégicas.**

- Demanda de alto custo e alta complexidade – implementação dos serviços e aumento da oferta;
- Cobertura ambulatorial e hospitalar.

## **6. Políticas de saúde para grupos populacionais e/ou problemas de saúde específicos.**

- a) Política de atenção a portadores de deficiências e necessidades especiais;
- b) Saúde mental;
- c) Saúde do trabalhador;
- d) Saúde indígena;
- e) Problema da violência no Estado;
- f) Menores de rua, etc.

### **Equipe Responsável**

- Coordenado pela Subsecretaria e pela Coordenadoria de Planejamento, e gerenciado pela Equipe Ampliada de Condução.

## **6. MODERNIZAÇÃO INSTITUCIONAL E GERENCIAL**

- Definição do Sistema de Informação em Saúde do Estado;
- Descentralização administrativa e financeira;
- Auditoria contábil e financeira da SES;
- Acompanhamento de Grandes Convênios (DST/AIDS e PRODEAGRO);
- Assessoria Jurídica;
- Comunicação Social em Saúde, que deverá trabalhar integrada com a Educação em Saúde e com o Sistema de Informação em Saúde;
- Busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados pela SES-MT.

### **EQUIPE RESPONSÁVEL**

- Coordenado pela Subsecretaria, composto por representantes da COPLAN, CAF e pelos responsáveis por estas áreas, etc.

## **7. CONTROLE SOCIAL/DEMOCRATIZAÇÃO DO SETOR**

- Fortalecimento dos Conselhos de Saúde – estratégias;
- Comunicação em saúde – definição de linhas de atuação;
- Implantação e fortalecimento da Ouvidoria do CES;
- Outros relacionados às diretrizes da política estadual de saúde.



*Anexo 2*

*Avaliação  
das Metas e Prioridades  
da SES para 1998*



## 1. VIGILÂNCIA À SAÚDE

### a) DENGUE:

- Reduzir para < 4% o índice de infestação predial em 100% dos municípios dos extratos 1, 2 e 3;  
70 municípios (55,5%) apresentaram índice de infestação predial < 4%.
- Garantir retaguarda laboratorial e investigação para casos suspeitos de Dengue Hemorrágica em 100,0% dos casos notificados;  
O Laboratório Central foi equipado e preparado para a execução dos exames para diagnóstico de Dengue Hemorrágica.
- Definir municípios de referência para tratamento do caso suspeito de Dengue Hemorrágica, em 100,0% das Regionais de Saúde;  
Em 98, iniciou-se a definição dos hospitais de referência para pactuação na CIB.

### b) HANSENÍASE:

- Reduzir em 50,0% a taxa de abandono para o tratamento da hanseníase;  
A taxa de abandono foi de 12,1%, enquanto que em 97, foi de 8,8%.
- Reduzir a prevalência da hanseníase para 12/10.000 hab.;  
A prevalência registrada foi de 16,4/10.000 hab. (15,5% menor que em 97).

### c) TUBERCULOSE:

- Reduzir em 50,0% a taxa de abandono para o tratamento da tuberculose;  
A taxa de abandono foi de 18,3 (2,2% maior que em 97).
- Aumentar para 85,0% a taxa de cura dos pacientes em tratamento para tuberculose;  
A taxa de cura foi de 70,1%.

### d) AUMENTAR A COBERTURA DAS AÇÕES PRIORITÁRIAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE:

- Aumentar a cobertura em nível estadual, alcançando 98% de cobertura para todas as vacinas básicas;

As coberturas alcançadas foram:	Anti-pólio	=	97,7%;
	DPT	=	81,9%;
	Anti-sarampo	=	78,5%;
	BCG	=	97,2%.

- *Implementar as ações de vacinação nos 29 municípios que não alcançaram cobertura em nenhuma vacina, em 1997, procurando alcançar 90,0% de cobertura nas 4 vacinas básicas;*

Ações realizadas: treinamentos e reciclagens de recursos humanos em imunização, supervisão e acompanhamento *in loco* das campanhas de vacinação.

Resultados: dos 29 municípios, 02 alcançaram coberturas acima de 90,0% em todas as vacinas; 12 municípios alcançaram cobertura em pelo menos 1 vacina; 15 não alcançaram cobertura em nenhuma vacina.

- *Implementar as ações de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória (Febre Amarela, Hepatites Virais e Meningites, Dengue Hemorrágica, Raiva e MDDA) e as em fase de eliminação e/ou controle (Tétano neonatal, Sarampo e Pólio);*

Foram realizados 09 CBVE com 93 técnicos treinados (78,0% da meta); iniciada a descentralização do SINAN para 08 Pólos Regionais de Saúde; treinamento de 105 técnicos (78,0% da meta) em Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas. Além disso, foram realizadas supervisões de rotina nos municípios.

- *Implantar o PACS em todos os municípios habilitados pela NOB e consorciados, dando ênfase ao acompanhamento, avaliação de desempenho e impacto do PACS nos municípios já implantados, garantindo 2.000 ACS e atingindo 1.600.000 habitantes;*

O PACS contava, em dezembro de 91, com 1.663 agentes comunitários de saúde (81,0% da meta) em 91 municípios, garantindo cobertura a aproximadamente 1 milhão de habitantes.

- *Implantar equipes do PSF em 100,0% dos municípios com população acima de 20.000 hab., priorizando os municípios consorciados, em especial os da Região de Teles Pires (Convênio com a UFMT);*

O PSF foi implantado em 18 municípios, num total de 22 equipes, garantindo a cobertura a aproximadamente 70 mil habitantes.

#### e) **DESCENTRALIZAÇÃO DA VISA:**

- *Implantar as ações de baixa complexidade, em 100,0% dos municípios habilitados pela NOB 96 (Saneamento Básico e Alimentos);*

Foram realizadas oficinas de trabalho em 09 Pólos Regionais de Saúde, com a capacitação de 199 técnicos de 108 municípios (90,0% da meta).

- *Implantar o Sistema Estadual de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano, em 100,0% das Regionais de Saúde e 50,0% dos municípios;*

35 municípios encaminharam amostras de água para o controle de qualidade (55,0% da meta).

## 2. PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

### 2.a. Assistência Ambulatorial, Hospitalar e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

#### a) NOB:

- *Consolidar a programação do PAB dos municípios e promover a pactuação nas CIB's Regionais e/ou Consórcios, em 100,0% dos municípios habilitados;*

Todos os municípios do Estado foram habilitados pela NOB 96: 125 municípios na Gestão Plena da Atenção Básica (PAB) e 01 (Cuiabá) na Gestão Plena do Sistema.

- *Controlar e avaliar as ações do PAB. Definir as ações de Controle e Avaliação do PAB;*

A avaliação do PAB não foi realizada devido ao atraso na definição dos parâmetros de avaliação pelo Ministério da Saúde.

#### b) PPI:

- *Consolidar a Programação Pactuada e Integrada, em 100,0% das Regionais de Saúde e/ou Consórcios;*

Para a realização desta meta, foram realizados estudos para a elaboração de parâmetros de cobertura ambulatorial, de capacidade de produção e critérios para programação financeira dos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica; aprovação do teto financeiro da assistência ambulatorial e hospitalar do Estado; aprovação dos parâmetros para definição do teto físico-financeiro dos municípios habilitados na Atenção Básica; definição dos tetos financeiros do FAE e Alta Complexidade e implantação do cadastro de programação orçamentária das unidades de Consórcio; aprovação do novo teto financeiro da assistência do município de Cuiabá-FAE; aprovação dos parâmetros para definição do teto físico-financeiro para o SIH/SUS. Estas programações foram aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite.

- *Implementar de forma descentralizada e pactuada as ações de programação, controle e avaliação da assistência;*

O reordenamento da oferta-demanda foi possível através da PPI e das ações de supervisão e reclassificação dos serviços de UTI adulta, pediátrica, neonatal e especializada; de neurocirurgia; de cadastramento dos serviços de oncologia; da reavaliação das unidades de terapia renal substitutiva; da capacitação de recursos humanos de todos os municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica para a operacionalização do SIA/SUS; da implantação do boletim de

produção ambulatorial em todos os municípios; da avaliação das unidades hospitalares através do “Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares”, onde foram aplicados 2.849 questionários aos usuários de 87 hospitais.

- *Implantar Câmaras de Compensação de AIH e SADT, definidas na PPI;*  
As Câmaras foram implantadas em 08 das 09 Regionais de Saúde (exceção da Regional de Cuiabá).
  - *Implantar o cadastro hospitalar informatizado;*  
Foram atualizados 100% dos leitos hospitalares e unidades ambulatoriais. Todas as unidades ambulatoriais do Estado foram supervisionadas *in loco*.
  - *Implantar Câmaras Regionais de Auditoria;*  
Foram implantadas Câmaras Regionais de Auditoria em todas as Regionais de Saúde e/ou Consórcios Intermunicipais de Saúde.
  - *Implantar Sistema de Referência e Contra-Referência Regional e Estadual (Central de Vagas, Marcação de Consultas e de Exames);*  
O Sistema Estadual de Referência (SER-SUS/MT) foi criado através da resolução CIB 021/98 e foi definido baseado na PPI. Em 98, foram implantadas as referências para transplante renal, urgência e emergência, e gestante de alto risco. Também foi definido um plano de descentralização das áreas de sangue, saúde mental, hanseníase e tuberculose.
- c) **IMPLANTAR E CONVENIAR 04 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE** (Barra do Garças, Cáceres, Tangará da Serra e Água Boa).  
*Os 04 Consórcios foram conveniados e implantados.*

## **2.b. Ações e Serviços de Referência Estadual nas Unidades Próprias (SES)**

### a) **LABORATÓRIO CENTRAL (LACEN):**

- *Garantir retaguarda laboratorial em 100% das áreas consorciadas ou regionais, para agravos da Vigilância Epidemiológica;*  
As Unidades Descentralizadas atendem com exames e análises clínicas os consórcios do Médio Norte e Teles Pires, e em Rondonópolis, dosagem hormonal (teste do pezinho) e HIV, além de análises clínicas.
- *Implantar referências para Toxicologia;*  
Foi implantado o Laboratório de Toxicologia no LACEN para pesquisa de inseticidas, medicamentos, drogas de abuso e metais (chumbo, mercúrio, etc.), garantindo suporte diagnóstico para as ações da Vigilância Sanitária e Ambiental no Estado.

- *Implantar Serviços de Referência Regional para exames de Patologia Clínica II, em 100% das regiões consorciadas;*

Em 98, esses serviços foram implantados em 02 Consórcios: do Teles Pires e do Norte mato-grossense.

b) **SANGUE** (Hemocentro Coordenador):

- *Operar a Unidade de Coleta e Transfusão do PSHM Cuiabá;*

A unidade foi implantada.

- *Ampliar hemorede;*

*Criar 01 Agência Transfusional (Juruena);*

A Agência foi implantada.

- *Implantar 11 Unidades de Coleta e Transfusão (Jacara, Rondonópolis, Comodoro, Água Boa, Cáceres, Torixoréu, Barra do Bugres, Mirassol D'Oeste, Tangará da Serra, Porto Alegre do Norte e Sinop), garantindo 1.500 transfusões/mês e 2.000 coletas/mês no setor público, em nível estadual.*

As Unidades de Mirassol D'Oeste e Tangará da Serra foram implantadas e adquiridos os equipamentos para as outras 09. A Hemorede garantiu a produção de 24.664 bolsas de hemocomponentes, aproximadamente 2.000 bolsas/mês.

- *Implementar a Unidade de Coleta e Transfusão de Barra do Garças;*

Foram adquiridos equipamentos para a Unidade de Barra do Garças e Hemocentro Coordenador.

c) **REABILITAÇÃO**

(Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa):

- *Municipalizar as ações de reabilitação para os municípios consorciados, com a implantação de unidades em 13 municípios e implementação em 06 municípios;*

Em 98, foram implantadas as Unidades nos consórcios do Baixo Araguaia (Confresa) e do Médio Araguaia (Água Boa) e implementadas as Unidades de 04 Consórcios. Com essas Unidades, todos os Consórcios contam com serviços de reabilitação. Além dessas, foram implantadas outras 16 Unidades e implementadas outras 03.

- *Estruturar e implementar o Centro Estadual de Referência para Pacientes Portadores de Deficiência Auditiva, procurando garantir 20 pares de próteses/mês;*

Foram adquiridos os equipamentos, a equipe foi treinada e a reforma da área física encontrava-se em fase de conclusão em dezembro de 98.

- *Assegurar o atendimento de 100% dos pacientes de Hanseníase encaminhados para reabilitação;*

Esse serviço não foi implantado.

d) **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E SADT:**

- *Garantir Referência Estadual para procedimentos de média complexidade, nas áreas de Oftalmologia e Otorrinolaringologia;*

Os serviços de oftalmologia e otorrinolaringologia do CRRS realizam avaliação diagnóstica, prescrição terapêutica/clínica e encaminhamentos para procedimentos de alta complexidade.

- *Implementar serviços de referência regional para doenças crônico-degenerativas;*

No CRRS, foi implantado o Tratamento Diretamente Observado para doentes de tuberculose. O setor de Dermatologia teve suas instalações ampliadas e reformadas. O setor de Diabetes/Hipertensão conta com equipe multiprofissional para atender os pacientes referenciados. Também foi implantado o hospital-dia no Serviço de Assistência Especializada para DST/AIDS.

- *Implantar Unidades de Referência para Saúde do Trabalhador;*

O ambulatório conta com equipe multiprofissional e iniciou suas atividades em dezembro/98, no CRRS.

- *Garantir TFD como Serviço de Referência Estadual;*

O setor de TFD encontra-se em funcionamento.

- *Garantir atendimento de medicamentos de alto custo, como serviço de Referência Estadual;*

A farmácia de alto custo está instalada no CRRS e atende pacientes de todo o Estado.

e) **SAÚDE DA MULHER:**

- *Implementar as ações do CECAP no Centro de Referência de Citologia de Barra do Garças e Rondonópolis. Atender 100% da quota estabelecida pelo CECAP;*

Em 98, foi implantada a referência para colposcopia e biópsia, nos dois Centros de Referência, com a instalação de equipamentos e contratação de recursos humanos. Cada laboratório oferece 1.000 exames/mês aos municípios do seu Pólo Regional de Saúde.

- *Aumentar a cobertura populacional e territorial para Exames de Colpocitologia;*

Em 122 municípios, há técnicos treinados pelo CECAP que realizam a coleta de material cérvico-uterino.

f) **SAÚDE MENTAL:**

- *Implantar unidade ambulatorial para tratamento de dependentes de álcool e drogas (Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes de Substância Química);*

O CAPS de Cuiabá foi implantado contando com equipe multidisciplinar para atendimento ambulatorial a dependentes químicos.

- *Implantar CAPS para atendimento de crianças e adolescentes psíquicos;*  
Não foi implantado.
- *Implantar unidades ambulatoriais de referência (hospital-dia) em Cáceres e Rondonópolis;*  
Não foram implantadas.
- *Ampliar número de leitos do CIAPS-Adauto Botelho, para 50 leitos para urgência, emergência e tratamento de dependentes químicos;*  
O número de leitos foi ampliado para 55.

### **3. MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA E REENGENHARIA DOS PROCESSOS DA SES**

- *Padronizar os materiais, equipamentos e processos de aquisição para as prioridades da Política de Saúde;*  
A SES redefiniu os processos de aquisição, em conjunto com todos os setores. Dessa forma, os processos foram selecionados, especificados, classificados e padronizados com fluxos implantados. O catálogo de Material de Consumo também foi implantado. Além disso, a SES implantou o critério de estoque mínimo e aquisição por semestre.
- *Implantar a Reforma da Estrutura Organizacional da SES;*  
O regimento interno da SES foi elaborado através de uma ampla discussão, envolvendo chefias e técnicos. A reforma administrativa foi elaborada buscando a adequação de sua estrutura organizacional à Política Estadual de Saúde e às ações/atividades da SES, sendo encaminhada para apreciação pelo Governo do Estado.
- *Realizar e nomear para o Concurso Público;*  
O Edital do concurso foi publicado e as inscrições abertas. Entretanto, sua realização foi prorrogada.
- *Encaminhar a revisão do PCCS/SUS à Assembléia Legislativa;*  
Como primeiro passo, foram definidos os critérios de revisão e também foi aplicado o CENSO aos servidores com o intuito de mostrar os desvios de função e organizar as atribuições de cada categoria funcional. Todo o processo contou com a participação de técnicos da SES.
- *Implantar o Programa de Incorporação de Estagiários/Bolsistas nas Coordenadorias e Unidades Descentralizadas da SES;*  
Através de convênios tripartite (SES, Consórcio Teles Pires e UFMT), foi reativado o estágio interiorizado para alunos dos cursos de medicina e enfermagem, que passaram a atuar na região do Consórcio, tendo como eixo de atuação a saúde da família.
- *Elaborar, aprovar e executar o Projeto QUALIFICAR/98;*

Em 98, foram concluídos 11 cursos com a qualificação de 1.192 profissionais de saúde em vários municípios do Estado de Mato Grosso.

- *Implantar a Rede Informatizada do Sistema de Informação;*

Em 98, foi assinado o convênio do Projeto RNIS, tendo sido repassado R\$ 250 mil ao Estado para a implantação da Rede.

#### **4. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

- *Implantar Conselhos Municipais de Saúde em 100% dos municípios (mais 17 municípios);*

Foram implantados todos os Conselhos previstos, alcançando 100% dos municípios.

- *Construção de uma proposta de agenda de trabalho para o Conselho Estadual de Saúde;*

Não foi realizada.

- *Capacitar Conselheiros Municipais de Saúde (Etapa II: Garantia de Gestão da Atenção Básica através do Controle Social), em 100% dos municípios, com 50% dos conselheiros de saúde capacitados;*

Na 1ª etapa, foram realizadas 36 oficinas com a participação de 735 conselheiros e membros da sociedade civil organizada de 113 dos 126 municípios do Estado.

Anexo 3

Resumos das  
monografias do  
I Curso de  
Especialização em  
Epidemiologia



A capacitação de quadros estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a produção de conhecimento sobre a realidade socio sanitária do Estado de Mato Grosso constituem objetivos da Política de Recursos Humanos para o SUS-MT. Neste sentido, a Secretaria de Estado de Saúde, com apoio financeiro da Fundação Nacional de Saúde e através do Instituto de Saúde Coletiva (UFMT), realizou o I Curso de Especialização em Epidemiologia, tendo formado 17 epidemiologistas.

Muitas das monografias desses alunos foram encaminhadas ao último Congresso Nacional de Epidemiologia (EPIRIO), realizado no Rio de Janeiro.

Todos os estudos encaminhados foram aceitos para apresentação em Comunicações Coordenadas ou Posters. Os resultados apresentados foram muito debatidos e alguns estudos receberam menção honrosa da organização do Congresso, reconhecendo a importância e alto nível científico dos trabalhos.

Com certeza, a apropriação dos resultados destes estudos por gestores e técnicos do sistema e serviços de saúde muito poderá contribuir para o conhecimento da realidade do Estado e o planejamento das ações de saúde voltadas para a saúde da mulher, da criança e do trabalhador, bem como para o controle das doenças infecciosas e causas externas.

## **MORTES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO MATO GROSSO, 1985 A 1996**

*Maria Aida Silva Anhesini  
Ione Mariza Bortolotto*

Os acidentes de trânsito (AT) são responsáveis por um grande número de mortes no Estado de Mato Grosso. Visando um melhor conhecimento da realidade destas mortes, realizou-se um estudo descritivo utilizando-se de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Estado de Mato Grosso, no período de 1985 a 1996. Em 1985, foram notificados ao SIM 340 óbitos por acidentes de trânsito, representando 5,6% do total de óbitos naquele ano. Este número não apresentou variações significativas até o ano de 1991, quando o número de notificações abaixou para 227 óbitos por AT (3,2% do total de óbitos).

A partir de 1995, o número de óbitos por AT aumenta significativamente devido à implementação de um sistema de busca ativa de informações junto ao Instituto Médico Legal, hospitais, médicos e familiares, na tentativa de melhores esclarecimentos quanto à verdadeira causa de morte.

Como decorrência desse trabalho, as notificações de óbitos por AT, em 1995, aumentaram para 499 (6,4% do total de óbitos) e em 1996 para 595 (7,5% do total de óbitos). Dentro das Causas Externas, os ATs são responsáveis pela segunda maior causa de morte, com proporções de 26,3% (1985) a 33,5% (1996), apresentando variações ao longo do período observado, sendo superados apenas pelos homicídios. Considerando-se os óbitos por AT segundo sexo, observa-se que, apesar de, no Estado de Mato Grosso, ter havido um aumento no número absoluto de mortes no sexo masculino – de 284 óbitos (1985) para 472 (1996) –, a mortalidade proporcional vem decaindo de 83,5% para 79,2%, respectivamente, para os anos de 1985 e 1996, devendo-se isto à crescente participação feminina nas mortes por AT dentro do Estado, que variou de 56 óbitos (16,5%), em 1985, para 123 (20,8%), em 1996, gerando um incremento de 119,6% nos óbitos femininos. A razão masculino/feminino variou de 5:1 (1985) para 3,8:1 (1996). A faixa etária responsável pelo maior número de óbitos por AT em todos os anos observados foi a de 15 a 59 anos, correspondente ao grupo etário de pessoas em idade produtiva, responsável por cerca de 77% destes óbitos. O coeficiente de mortalidade por AT no Estado de Mato Grosso apresentou oscilações ao longo dos doze anos observados, apresentando seu coeficiente mais baixo no ano de 1991 (11,8 óbitos/100.000 habitantes) e o mais alto no ano de 1986 (26,6 óbitos/100.000 habitantes). Observou-se ainda que, ao contrário da mortalidade proporcional por faixa etária, onde as mortes concentram-se em maior número no grupo de 15 a 59 anos, os coeficientes de morta-

lidade por AT apresentaram-se crescentes com a idade, estando os valores mais elevados nas faixas etárias correspondentes à população mais velha. Assim, em 1996, na faixa etária de 60 anos e mais (60,5 óbitos/100.000 habitantes), o coeficiente foi 87,8% maior que o apresentado pelo grupo etário de 15 a 59 anos (32,2 óbitos/100.000 habitantes), sendo o risco de um indivíduo morrer por AT quase o dobro na faixa etária de 60 anos e mais. A importância das mortes por AT reside no fato de que elas acometem os jovens e adultos em idade produtiva, gerando grandes perdas para a sociedade e a economia.

Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) para as mortes por AT representaram 35,1 anos em média para cada óbito por essa causa, sendo que os óbitos ocorreram na idade média de 34,9 anos. A prevenção dessas mortes depende da criação de um sistema de informação único e multidisciplinar, a fim de que todos os setores envolvidos participem conjuntamente na elaboração e adoção das medidas preventivas propostas.

# EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS MUNICÍPIO DE CUIABÁ - 1996

*Maria de Lourdes de Queiróz  
Elisabeth Carmen Duarte*

A Epidemiologia da hanseníase em menores de 15 anos é um importante indicador da tendência da endemia em uma localidade. Devido à ausência de estudos, constituiu-se objetivo do presente trabalho a caracterização da endemia hanseníase em menores de 15 anos de idade em Cuiabá (MT), 1996. A população estudada foi definida pelos 90 casos de hanseníase notificados pela primeira vez, em 1996, de crianças menores de 15 anos de idade (ambos os sexos), residentes no município de Cuiabá. Informações contidas em fichas de notificação de casos foram complementadas com as obtidas em entrevista realizada no domicílio. Utilizou-se cálculo da razão de "odds" (OR) e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%), para estimar as associações entre variáveis de interesse. Dos 90 casos identificados, 65 (72,2%) foram visitados domiciliarmente e 53 (59%) foram entrevistados.

O coeficiente de detecção de hanseníase para menores de 15 anos em Cuiabá foi de 6,5 casos/10.000 habitantes, com grandes variações geográficas: de 1,8 casos/10.000 hab. no Distrito Sanitário Oeste a 10 casos/10.000 hab no Distrito Sanitário Norte. As formas paucibacilares (77,7%) predominaram em relação às multibacilares. Observou-se uma discreta predominância do sexo masculino (58,9%) e de filhos de pais com escolaridade inferior à 5ª série do 1º grau (64,1%). Uma proporção maior e estatisticamente significativa (OR=3,57; IC95% = 1,00-15,94) de meninos foi encontrada entre os multibacilares (80,0%) do que entre os paucibacilares (52,9%).

Além disso, no momento do diagnóstico, observou-se uma maior proporção de meninas com idade inferior a 12 anos (54,3%) do que com idade de 12 ou mais anos (27,3%), sendo o oposto observado nos meninos (OR=3,17; IC95% = 1,21-8,47). Casos que eram contatos intra-domiciliares ou com pais com mais escolaridade (>4ª série do 1º grau) apresentaram uma média de dias com sintomas menor que os demais, porém sem significância estatística ( $p > 0,05$ ). Discute-se o fato de que, na população estudada, meninos apresentaram uma maior probabilidade de serem diagnosticados com formas multibacilares do que paucibacilares, e que as meninas parecem estar sendo diagnosticadas mais precocemente que os meninos.

Destaca-se o fato de que o coeficiente de detecção da hanseníase em menores de 15 anos de idade, em Cuiabá, encontra-se bastante superior àquele considerado como alto pela Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária (0,25/10.000 habitantes) e propõem-se medidas de intervenção.

# ASSOCIAÇÃO ENTRE PRESENÇA DE COLIFORMES FECALIS NA ÁGUA DE CONSUMO E INCIDÊNCIA DE DIARRÉIA EM CRIANÇAS DE 1-4 ANOS DE IDADE JARDIM FORTALEZA - MUNICÍPIO DE CUIABÁ, 1997

*Cleoni S. K. Dambros*

*Lenir V. Guimarães*

*Elisabeth C Duarte*

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (LACEN);  
Universidade Federal de Mato Grosso (ISC); Fundação Nacional de Saúde-MT

É conhecida a importância da qualidade da água consumida como um dos determinantes da diarreia, porém tem sido pouco estudado em MT. Objetivou-se verificar a associação entre a qualidade da água de consumo (presença de coliformes fecais), com a incidência de diarreia entre crianças em Cuiabá-MT. Acompanhou-se uma corte de 146 crianças de 1 a 4 anos de idade. Foram coletados dados referentes a variáveis biológicas e sócio-econômicas da criança e sua família. Investigou-se a ocorrência prévia de diarreia (últimos 30 dias) e coletou-se amostra de água do consumo habitual para análise bacteriológica. Em visitas periódicas de seguimento, foi monitorado o aparecimento de casos novos de diarreia, no período de abril a junho de 1997. A associação de interesse foi mensurada através do Risco Relativo (RR), com intervalo de confiança de 95%. Análises estratificadas (RRMH) permitiram a identificação de interação e controle de variáveis de confusão. Das 130 (95,6%) crianças estudadas, 53,8% foram do sexo masculino, 43,8% com idade entre 3-4 anos, 88,9% com peso ao nascer superior a 2.500 g e 55,4% foram amamentadas por 6 meses ou mais.

A renda mediana familiar foi entre 2-3 salários mínimos. A frequência de água com coliformes fecais foi de 26,2%. IÂ de diarreia foi de 55,4 % (IC95%= 46%-63%), em 3 meses. Crianças que consumiam água contaminada com coliformes fecais tiveram um risco de diarreia 1.4 vezes maior (IC95% = 1,05 - 1,90) que aquelas que consumiam água livre desta contaminação. A proporção de casos de diarreia na população de expostos que poderia ser evitada, caso fosse melhorada a qualidade da água consumida, foi estimada em 28,6%. Estima-se que, na população geral, a proporção prevenível da doença seria de 9,6% (7 casos/3 meses). A associação permaneceu estatisticamente significativa, ainda que controlada em análise estratificada por: idade, peso ao nascer, aleitamento materno, ocupação e escolaridade da mãe, renda familiar, tipo de residência e reservatório da água.

Conclui-se que a qualidade da água de consumo (presença de coliformes fecais) está associada estatisticamente com a incidência de diarreia na população de estudo, e a modificação deste fator poderia ter impacto importante na redução da incidência da doença.

# REPRODUTIBILIDADE DE GRUPOS DE CAUSAS BÁSICAS REGISTRADAS NAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL CUIABÁ, JANEIRO A DEZEMBRO DE 1996

*Ivaneti Laura Fortunato  
Hugna M. Oliveira  
Elisabeth C. Duarte*

Fundação de Saúde de Cuiabá – MT; Fundação Nacional de Saúde – MT

A morte de mulheres em idade fértil é de grande impacto social, uma vez que atinge indivíduos em pleno período de produtividade e responsabilidade. A fonte de informação disponível deste evento é a declaração de óbito (DO). Entretanto, sabe-se que os dados registrados nas DOs são por vezes distorcidos. A validade e a reprodutibilidade deste instrumento têm sido estudadas. Porém, em Cuiabá-MT, não se dispõe dessa avaliação. Desta forma, objetivou-se aqui descrever as características dos óbitos e analisar a reprodutibilidade dos grupos de causas básicas registradas nas DOs de mulheres de 10-49 anos, residentes em Cuiabá-MT, ocorridos no ano de 1996. Para tanto, selecionaram-se todas as DOs deste grupo de mulheres que se encontravam disponíveis na Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT).

Para todos estes óbitos, foram realizadas investigações domiciliares e hospitalares dos eventos correlacionados. Esta investigação foi realizada por pesquisadores “cegos” para os dados contidos nas DOs, exceto para o endereço e o nome da falecida. Um médico, baseando-se apenas nos dados investigados no domicílio de forma independente e “cega”, classificou em grupos de CID-10 a causa básica do óbito. A concordância desta classificação com aquela registrada na DO foi verificada através do índice Kappa. Foram identificadas 185 DOs da população estudada, das quais 64 (34,6%) foram devidamente analisadas; 14 (7,6%) ficaram inconclusivas devido à insuficiência de dados das hospitalizações, à não localização dos prontuários ou sem assistência médica; 107 (57,8%) não foram investigadas, principalmente pela não localização das DOs (57,9%), endereço não localizado (22,4%). Os grupos de causas mais frequentes identificados foram (n=64): neoplasias 13 (20,4%), causas externas 12 (18,8%), doença do aparelho circulatório 10 (15,6%) e os grupos dos sinais e sintomas mal definidos 09 (14,1%). Estimou-se uma concordância bruta, entre os grupos da causa básica de óbito definida pela DO e pela investigação, de 73,0%, e o índice Kappa estimado foi de 69,0%

Causas externas, neoplasias, doenças infecciosas e parasitárias atingiram estatística Kappa superior a 80%. Conclui-se que, para a amostra investigada, a reprodutibilidade dos grupos de causas básicas registradas nas DOs de mulheres em idade fértil, encontra-se em torno de 69,0%, ainda que descontada a concordância esperada devido à chance.

# **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE NASCIDOS VIVOS E FATORES DE RISCO PARA BAIXO PESO AO NASCER DISTRITO SANITÁRIO SUL – CUIABÁ, 1997**

*Valéria B. Oliveira Santos*

*Lenir Vaz Guimarães*

Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá-MT; Instituto de Saúde Coletiva – UFMT

O Sistema de Nascidos Vivos – SINASC possibilita delinear o perfil epidemiológico dos nascidos vivos para o planejamento das ações de saúde da mulher e da criança. Com o objetivo de conhecer as características epidemiológicas dos nascidos vivos de mães residentes na área de abrangência do Distrito Sanitário Sul, Cuiabá-MT, e analisar a associação entre algumas variáveis relativas à criança, à mãe, gestação e parto, é que desenvolveu-se o presente estudo.

A primeira fase tratou de um estudo descritivo dos nascimentos ocorridos no ano de 1996 e a segunda fase consistiu num estudo caso-controle exploratório. O banco de dados foi obtido junto à Coordenadoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Os resultados do estudo descritivo indicaram que: 51,2% dos nascidos vivos foram do sexo masculino; 6,9% nasceram com baixo peso; as mães possuíam idade mediana de 22 anos; 58,9% das mães estudaram até 1º grau incompleto; 72% possuíam apenas um filho; 58% fizeram 6 e mais consultas pré-natal; o tipo de gestação pré-termo foi de 4% e pós-termo de 1,5%; a gravidez única predominou em 98%; o parto normal foi de 45,7%; os hospitais públicos realizaram apenas 12,3% dos partos e os hospitais privados/conveniados fizeram 87,7% dos partos.

O estudo caso-controle mostrou que a chance dos nascidos vivos nascerem com baixo peso foi maior quando: eram do sexo feminino (OR=1,5; 1;1-2; 2); a idade da mãe foi  $\geq 35$  anos (OR=3,0; 1,6-5,6); não foi feita nenhuma consulta pré-natal (OR=2,2; 1, 3-3,7); a gestação ocorreu entre 22 a 36 semanas (OR=35,0; 20,0-59,8); gravidez múltipla (OR=17,0; 8,7-33,6); o hospital foi público (OR=2,2; 1,4-3,3) e o parto operatório foi fator de proteção (OR=0,58; 0,42-0,82). Os resultados do presente estudo permitiram identificar mães e crianças com condições de saúde mais vulneráveis e subsidiar no monitoramento mais efetivo da situação constatada.

# **RESPOSTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM NÍVEL PRIMÁRIO ÀS MULHERES COM RESULTADO DE EXAMES CITOLÓGICOS SUGESTIVOS DE NEOPLASIAS INTRA-EPITELIAIS CÉRVICO-UTERINAS**

*Ana Cristina Verhalen*

*Elisabeth C. Duarte*

Fundação de Saúde de Cuiabá, Fundação Nacional de Saúde

O câncer de colo de útero (CCU) é, ainda, a neoplasia feminina mais freqüente como causa de óbito nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste do Brasil, a despeito da disponibilidade de tecnologia simplificada para detecção precoce (exame Papanicolau=EP) e tratamento dos casos, o que sabidamente teria impacto importante em sua letalidade e mortalidade. Uma revisão das condutas e resolutividade dos programas direcionados à prevenção do CCU existentes se torna imprescindível. Dessa forma, o presente estudo objetivou descrever aspectos da resolutividade do programa de prevenção do CCU em Cuiabá-MT, quanto à conduta instituída mediante um resultado de EP alterado (indicativo de neoplasia ou lesões precursoras de neoplasia intra-epitelial cérvico-uterina) baseado em informações das usuárias.

Para tanto, selecionou-se como população alvo todas as 77 mulheres residentes em Cuiabá que apresentaram pelo menos um EP com resultado alterado dentre os 6.272 EP realizados nesta população, em 1996. Os resultados mais freqüentes foram: displasia leve (n=52, 66,7%), displasia moderada (n=11, 14,1%) e suspeitos de malignidade (n=9, 11,5%). Carcinoma in situ e invasivo somaram juntos 6,4% (n=5) dos exames. Apenas 55,8% (n=43) dessas mulheres foram de fato entrevistadas devido a endereços falsos, inexistentes ou mudança de endereços. As mulheres estudadas eram em sua maioria amasiadas ou solteiras (69,8%), com idade de 21 a 40 anos (55,8%), multíparas (67,4%), com, no máximo, 1º grau incompleto (65,1%) e assalariadas (48,8%). Um percentual de 81,4% dessas mulheres soube identificar o serviço de saúde de referência de sua área de residência, porém apenas 27,9% referiram usá-lo. De fato, a maioria dessas usuárias (58,1%) não realizou o EP no seu serviço de saúde de referência. Verificou-se que 30,2% das mulheres referiu nunca ter realizado esse exame anteriormente. No entanto, todas referiram já ter sido submetidas a duas ou mais consultas ginecológicas, sendo que 48,8% já haviam sido submetidas a mais de 10 consultas ginecológicas na vida. Verificou-se ainda que a grande maioria referiu ter buscado os resultados de EP anteriormente (86,7%) ou, especificamente, o resultado do último exame realizado (81,4%). No entanto, nenhuma das mulheres entrevistadas referiu ter sido alvo de conduta dos serviços de saúde classificados como correto à luz do que preconiza o

Ministério da Saúde: agendamento, encaminhamento dos casos necessários e garantia de consulta com ginecologista.

Além disso, 76,7% dessas usuárias referiram não ter recebido nenhuma orientação dos serviços de saúde que as atenderam. A procura subsequente de médico foi, para 67,4% das entrevistadas, atribuída à iniciativa própria. Mesmo nessa ocasião, a orientação médica recebida e referida por essas mulheres foi correta para o tipo de resultado do EP em apenas 14,7% dos casos, sendo que para 44,1% delas não foi sequer realizado qualquer agendamento para consulta ou procedimentos futuros.

Paradoxalmente, quando solicitadas a darem uma nota de 0 a 10 a este atendimento dos serviços de saúde, a maioria dessas mulheres deu 8 ou mais, sendo observado que mulheres com menos escolaridade tiveram uma tendência estatisticamente significativa a darem notas maiores a esse atendimento ( $p=0,03$ ). Além disso, a gravidade do resultado do EP esteve estatisticamente associada com aumento da idade ( $p=0,07$ ) e número de filhos tido ainda que controlando a idade da mulher ( $p=0,02$ ). Discute-se a relevância desses achados e suas implicações.

# **CAUSAS DE PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO DIAGNOSTICADO NO SESICLÍNICA, ATRAVÉS DO PROGRAMA DE CONTROLE DE DOENÇAS OCUPACIONAIS CUIABÁ, JULHO DE 96 A JULHO DE 97**

*Regina Coeli Coelho Pereira*

*Lenir Vaz Guimarães*

Secretaria de Estado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso (ISC)

A Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) é uma diminuição gradual da acuidade auditiva, decorrente de exposição continuada a níveis elevados de pressão sonora. Com o objetivo de analisar os casos de PAIR diagnosticados nos trabalhadores que freqüentam o Programa de Controle de Doenças Ocupacionais do SESICLÍNICA de Cuiabá-MT, foram estudados 255 trabalhadores, no período de julho de 1996 a julho de 1997, sendo feito um estudo transversal, considerando-se as seguintes variáveis: idade (em anos), sexo, estado civil, naturalidade, tipo de exame, tempo de ocupação, ramo de inserção no mercado de trabalho e avaliação audiológica. Os dados foram obtidos utilizando as fichas de consultas, sendo a primeira consulta analisada no presente estudo. A avaliação audiológica foi feita através de exames audiométricos realizado por fonoaudiólogos. Na análise estatística aplicou-se média, desvio-padrão, teste de qui-quadrado, razão de prevalência, com nível de confiança de 95% e erro de 5%. Dos 255 trabalhadores estudados, 80% eram do sexo masculino, 73,3% possuíam idade entre 20 a 39 anos, 57,3% eram casados, 58,4% eram naturais de Mato Grosso, 56,9% realizaram exame audiológico do tipo periódico, 74,8% possuíam tempo de ocupação de mais de 5 anos, 28,2 pertenciam a indústria de construção civil, 15,7% eram da indústria de madeira e móveis e 12% da indústria mecânica e metalúrgica. A prevalência de PAIR no presente estudo foi de 15,7%.

A associação entre variáveis analisadas e a PAIR, sugere que os trabalhadores com maior risco de PAIR foram os do sexo masculino, com idade 40 anos, casados e que trabalham na indústria de construção civil, indústria mecânica e indústria de madeira e móveis. Este estudo mostrou a prevalência importante de uma doença como a PAIR, que é previsível e irreversível.

# **REPRODUTIBILIDADE DO DIAGNÓSTICO PARASITOLÓGICO DE MALÁRIA EM ÁREA URBANA ENDÊMICA EM MALÁRIA ONDE ATUA A FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – ESTADO DE MATO GROSSO**

*Irânia M. Silva Ferreira Marques  
Elisabeth C. Duarte. FNS-MT*

A malária é um importante problema de saúde na Amazônia Brasileira e o diagnóstico e tratamento precoces são reconhecidos como as principais estratégias para seu controle. O exame parasitológico da gota espessa é largamente utilizado na região endêmica, porém pouco se tem estudado sobre a qualidade do exame. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a reprodutibilidade deste exame realizado pela FNS no DTA de Sinop-MT. Foram organizados 13 kits com 30 lâminas, contendo duas gotas espessas em cada, coradas de forma padronizada com Giemsa, assim distribuídas: 20 positivas (12 *P. vivax*, 8 *P. falciparum*) e 10 negativas.

O diagnóstico inicial foi realizado por técnicos do nível central, de forma independente e “cega” para os objetivos do estudo e diagnósticos anteriores, cada um dos 35 microscopistas examinou um dos kits e informou o resultado como de rotina (espécie parasitária e parasitemia em cruces), da mesma forma independente e “cega”, todos os kits foram reexaminados por um revisor (referência da OMS para este exame). Os dados foram analisados em Epi-Info e a reprodutibilidade do exame foi avaliada através da concordância bruta e ajustada por chance (estatística Kappa: K), com seus intervalos de confiança de 95%. Os microscopistas estudados apresentaram idade média de 38 anos, ocupantes de cargo de agente de saúde pública (51,4%), guarda de endemias (20,0%) e de microscopista (20,0%) na FNS-MT. O tempo de serviço deles, realizando o diagnóstico parasitológico de malária era para a maior parte, superior a cinco anos (70,6%) e referiram ter examinado, em média, 86 lâminas de malária no mês anterior à pesquisa. Apenas 2 (5,7%) referiram ter tido curso profissionalizante de técnico de laboratório e 6 (17,1%) nunca tiveram sequer qualquer treinamento ou reciclagem sobre o diagnóstico parasitológico de malária. Entre os que tiveram algum treinamento ou reciclagem (82,9%), a maioria recebeu apenas um treinamento durante sua vida profissional e foram eles de curta duração (56,0%).

Quanto às limitações para a realização do diagnóstico parasitológico de malária avaliadas observou-se que: apesar de uma minoria fazer uso do óculos (25,7%), 48,6% referiram necessitar uso de óculos. Em sua maioria, os microscopistas referiram usar para leitura da lâmina de gota espessa luz elétrica (88,6%), porém, na preparação da lâmina, apenas 23,5% referiram usar água tamponada. A concordância bruta observada entre as espécies registradas

pelos microscopistas de campo (n=915) e as identificadas pelo revisor foi de 78,8%, com K=67,0% (IC95% = 63,2 - 71,5). Para parasitemia, os padrões de resultados foram: negativa (neg), +, ++, +++ e +++++. A concordância bruta observada entre os dois grupos de resultados foi 52,0% e K=39,6% (IC95% = 36,5 - 42,8). Para esta mesma comparação, somando as concordâncias parciais, estimou-se o Índice de Kappa ponderada (Kp) = 51,6%. Os resultados apontam para a necessidade de qualificação dos recursos humanos e padronização da leitura da gota espessa.

# **PREVALÊNCIA DE SOROPOSITIVOS E SUBNOTIFICAÇÃO DE DENGUE ENTRE OS RESIDENTES MAIORES DE CINCO ANOS DE IDADE BAIRRO COHAB SÃO GONÇALO, CUIABÁ, 1997**

*Márcia Regina Gomes Pereira*

*Elisabeth C Duarte*

Fundação Nacional de Saúde (MT) · Serviço de Epidemiologia

O Dengue é a mais freqüente arbovirose que afeta o homem na região urbana, sendo considerada uma doença de evolução benigna; devido a isso, o serviço e a população a deixam passar despercebidamente, fazendo um tratamento caseiro e sem nenhuma relevância. Por isso, ainda se encontra pouco conhecida no Serviço de Saúde. Este trabalho teve como objetivo descrever o perfil sorológico do dengue e sua subnotificação em um bairro (Cohab São Gonçalo) de Cuiabá. Para tanto, selecionou-se uma amostra aleatória simples de 422 residentes maiores de 5 anos (1 por domicílio). Para cada pessoa, foi solicitado consentimento informado, realizada entrevista padronizada e colhido 8 ml de sangue venoso para realização de micro-ELISA para detecção de IgG e IgM contra o vírus da Dengue.

Da amostra selecionada, 269 (45,7%) visitas foram realizadas (14 recusaram e 139 estavam ausentes após 2 visitas). A maioria era do sexo feminino (62%), com idade entre 11 e 40 anos (68%), escolaridade < primeiro grau (68%) e tinham recebido vacina de febre amarela (64%). Oito (3%) referiram ter tido dengue nos últimos 3 meses, 123 (45,7%) referiram ter tido dengue na vida e, destes, 63 (51%) procuraram os serviços de saúde. Entre as amostras processadas para detecção de anticorpos IgG (n=253) e IgM (n=168) contra o vírus do Dengue, as prevalências foram de 47,4% (n=123) e 11,9% (n=20), respectivamente. Um total de 140 pessoas apresentaram positividade para um desses anticorpos e 15 pessoas apresentaram positividade para ambos. No entanto, apenas uma (2%) havia sido notificada ao serviço de vigilância epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde. Além disso, observou-se que, dentre os soropositivos, apenas 62 (53,5%) referiram ter tido dengue na vida.

Várias razões podem explicar o fato de que os demais 55 soropositivos não identificaram ter tido dengue, entre elas: erro do teste sorológico, casos assintomáticos e erro do diagnóstico clínico devido à inespecificidade dos sintomas desta endemia. Além disso, conclui-se que a subnotificação nesta população é bastante elevada e deve ser objeto de intervenção.

**PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA NAS CRIANÇAS  
DE 7 A 48 MESES DE IDADE, DA CLÍNICA  
ODONTOLÓGICA DO VERDÃO  
– DISTRITO SANITÁRIO OESTE –  
CUIABÁ, DEZEMBRO DE 1996 A AGOSTO DE 1997**

*Shirley Suely Soares Veras Maciel*

*Lenir Vaz Guimarães*

Fundação de Saúde de Cuiabá, Universidade Federal de Mato Grosso (ISC)

Objetivou-se conhecer a prevalência de cárie dentária nas crianças de 7 a 48 meses que foram atendidas na clínica Odontológica do Verdão, Distrito Sanitário Oeste, Cuiabá (MT), e a sua associação com algumas características da criança e da família. O estudo foi realizado no período de outubro/96 a agosto/97, do tipo corte transversal e as variáveis estudadas foram as seguintes: sexo, idade, cor, alimentação, higiene bucal, classificação de risco de cárie, cuidados preventivos/curativos dos pais, escolaridade dos pais e local de residência. As informações foram obtidas nas Fichas de Atendimento Odontológico e processadas no banco de dados elaborado no Programa Epi-Info V 6.02. A apresentação descritiva dos dados foi feita com frequência absoluta, simples, média e desvio padrão.

Aplicou-se teste de qui-quadrado nas associações entre as variáveis categóricas, com nível de confiança de 95% e erro de 5%. A prevalência de cárie nas crianças estudadas foi de 40,5%. As crianças atendidas na Clínica Odontológica do Verdão eram: 52% do sexo feminino; 67% possuíam idade entre 13 a 36 meses; 54% moravam na área de abrangência da clínica; 58% das mães possuíam 1o grau (incompleto ou completo); 65% dos pais tinham 1o grau (incompleto ou completo); 88% dos pais tinham conhecimento sobre cuidados preventivos e tratamento odontológico; 93% das mães e 85% dos pais tinham cáries; 52% das crianças se alimentavam com mamadeira; 38% delas mamavam em número de 5 ou mais vezes ao dia; 54% faziam uso de mamadeiras noturnas; 65% delas mamavam até 2 vezes durante a noite; 65% higienizavam a boca durante o dia e 71% das crianças não tinham o hábito de higienização bucal à noite. A associação entre prevalência de cárie e as variáveis estudadas indicou as seguintes características como importantes do ponto de vista estatístico: idade, tipo de alimentação diurna, higiene bucal noturna, número de dentes presentes na boca e cárie ativa na mãe.

Verificou-se que a cárie ocorreu em: 64,6% das crianças a partir dos 25 meses de idade; 83,3% das crianças acima de 24 meses de idade que mamavam no peito; 42% das crianças com até 24 meses de idade que mamavam de 0 a 2 vezes ao dia; 36,4% das crianças que faziam a higiene da boca durante o

dia; 48% das crianças até 24 meses de idade que higienizavam a boca durante a noite; 86% das crianças até 24 meses de idade que tinham entre 17 e 20 dentes na boca e em 44% das crianças cujas mães não tinham cárie ativa. No grupo de crianças estudadas, foi registrada uma prevalência de cárie alta. Recomenda-se, a partir dos resultados encontrados, que a saúde bucal deva ser iniciada em uma idade precoce, preferencialmente nos primeiros 12 meses de vida.

## **COBERTURA VACINAL EM POPULAÇÕES INDÍGENAS DO ESTADO DE MATO GROSSO: VALORES E DIFICULDADES**

*Maria das Graças Oliveira de Figueiredo*

*João Henrique G. Scatena*

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso,  
Universidade Federal de Mato Grosso (ISC)

O presente trabalho teve a intenção de apresentar as coberturas vacinais entre algumas populações indígenas do Estado de Mato Grosso, levantando os obstáculos e as limitações a que o cálculo desse indicador é suscetível, nesse estrato populacional. Para a consecução desse trabalho, foram selecionadas as etnias Xavante, Bororo, Bakairi, Rikbaktsa, Nambiquara, Arara, Enawenê-Nawê, Pareci, Irantxe, Myky, Tapirapé e Carajá, as quais representam 60% da população indígena mato-grossense. As principais dificuldades encontradas referiram-se à inexistência, incompatibilidade e não fidedignidade de dados populacionais e de produção de serviços.

As coberturas vacinais encontradas para a população indígena como um todo situaram-se em níveis inferiores aos recomendados pelo PNI, com exceção da vacina BCG. Porém, quando estes dados foram desagregados por etnias, observou-se um quadro bastante diversificado, com alguns povos em situação mais favorável que outros. Também observou-se variação na cobertura vacinal de um mesmo povo (Xavante); conforme a estrutura administrativa responsável pela assistência. Além disso, a própria metodologia utilizada para o cálculo da cobertura vacinal interfere nos resultados obtidos. O trabalho não somente apresenta as coberturas vacinais, como tenta analisar o que elas representam e o que pode estar oculto atrás dos valores obtidos, levantando pontos que podem conduzir à melhoria no Sistema de Informação em Saúde Indígena, um dos reflexos da melhoria da Assistência à Saúde Indígena.

# FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE POR MENINGITE EM MATO GROSSO, NO PERÍODO DE 1995 A 1996: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE

*Beatriz Alves de Castro Soares  
Elisabeth Carmen Duarte*

A meningite é uma doença endêmica grave, cuja letalidade média geral, no período de 1988 a 1994, para o Brasil, foi de 13,5%. No Estado de Mato Grosso, 1.736 casos de meningite foram notificados, no período de 1990 a 1996, determinando 259 óbitos (letalidade=14,9%). Em face a este problema, o presente estudo objetivou a identificação de fatores associados à mortalidade por meningite em Mato Grosso, analisando a totalidade dos casos (N=629) ocorridos e notificados à Secretaria de Estado da Saúde-MT (Serviço de Vigilância Epidemiológica), no período de 1995 a 1996. Para tanto, utilizou-se um desenho caso-controle, baseado nos dados secundários, onde “casos” (n=118) foram todos os óbitos por meningite do período e “controles” (n=511) todos os demais casos de meningite do período que evoluíram para cura (com ou sem seqüelas). A letalidade média do período de estudo foi de 18,8%, sendo o coeficiente de incidência de 1,3 e 1,4 por 10.000 habitantes para 1995 e 1996, respectivamente.

As variáveis idade (<1 e ≥ 15 anos), tratamento (não específico) e agente etiológico (doença meningocócica) estavam associados estatisticamente com maior mortalidade por meningite ( $p < 0,05$ ), ainda que controlando potenciais variáveis de confusão em análises estratificadas. Sintomas preditores de prognóstico desfavorável (óbito) foram: convulsão (OR=4,32; IC95%=2,75-6,8), petéquias ou sufusões hemorrágicas (OR=3,13; IC95% =1,85-5,26) e coma (OR=10,31; IC95% = 5,57-19,17). A identificação destes e outros fatores associados à mortalidade por meningite corrobora com achados de outros autores e pode auxiliar na identificação precoce de grupos de alto risco.

## **EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE MATERNA MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT, 1996 - 1997**

*Hugna M. Oliveira\**

*Ivaneti Fortunato*

*Elisabeth C. Duarte*

Fundação de Saúde de Cuiabá (MT),

Fundação Nacional de Saúde (MT)

Entre os indicadores que auxiliam na avaliação de riscos específicos à saúde de grupos populacionais, encontra-se o coeficiente de mortalidade materna (CMM). Devido à ausência de estudos, objetivou-se neste trabalho a mensuração da magnitude do risco da mortalidade materna em Cuiabá e a identificação de fatores associados a este evento. Para tanto, reconstruiu-se historicamente (baseado nas declarações de nascidos vivos e mortos) uma coorte de mulheres que engravidaram entre 1º de julho de 1995 e agosto de 1996, residentes em Cuiabá. Para posterior investigação domiciliar e hospitalar, recuperaram-se as declarações de óbito de mulheres em idade fértil (10-49 anos) referentes aos períodos de duração da gestação e 42 dias de puerpério das mulheres estudadas (janeiro de 1996 a 12 de julho de 1997).

Com base nesses dados, foram identificados e classificados os óbitos maternos segundo OMS (CID-10, 1993). A população de estudo foi descrita com base nas características da mulher (idade, grau de instrução, paridade), da gestação e do parto. Além disso, estimou-se o CMM (por 100.00 nascidos vivos). Para análise de fatores de risco, estimaram-se riscos relativos (RR) e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Foram analisadas 14.929 gestantes, sendo a maioria menores de 30 anos de idade (85%), escolaridade 1º grau completo (55,1%), primíparas (46,1%), sem referência a abortos prévios (80,8%) e com parto cesariana (55,2%). Foram detectadas nesta coorte de gestantes 7 óbitos maternos, sendo que 4 ocorreram em 1996 e 3 em 1997. Quatro (57,1%) destas mortes foram subdeclaradas no atestado de óbito. O CMM foi de 38,4 por 100.000 nv. (1996). Predominaram as mortes obstétricas diretas (n=5;71,45). O risco de morte materna foi de 46,5 (IC95% = 7,8-276,7) vezes maior nas mães com nati-mortalidade em relação às mães com filhos nascidos vivos, e 9,28 (IC95% = 1,5-55,5) vezes maior nas mães nulíparas em relação às mães com um ou mais filhos. Conclui-se pela necessidade de reflexão por parte dos gestores de saúde quanto à eleva da proporção de partos cesarianos identificados, assim como pela melhoria do preenchimento das declarações de óbito, no que diz respeito à morte materna.

Destaca-se, também, o fato de que mães primíparas e com filhos nascidos mortos são um grupo de risco para morte materna, devendo receber maior atenção na gestação/parto e pós-parto.

# **ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA DE QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL SOCIOSANITÁRIO DA POPULAÇÃO FEMININA: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS CUIABÁ,1998**

*Neuci Cunha dos Santos*

*Elisabeth C. Duarte*

*Lenir Vaz Guimarães*

Universidade Federal de Mato Grosso (Faculdade de Enfermagem e ISC)

Na perspectiva de se trabalhar a saúde como item fundamental para a qualidade de vida, torna-se importante produzir diagnósticos das condições de saúde, entendendo-as como parte das condições de vida dos diferentes segmentos da população de um município. O estabelecimento de prioridades e elaboração de projetos adequados e viáveis de saúde depende da identificação precisa da magnitude de tais problemas. Assim, temos por interesse conhecer o perfil sociosanitário da população de mulheres do Município de Cuiabá; para tanto, buscamos analisar a concordância de um questionário sobre perfil sociosanitário para ser utilizado em inquérito domiciliar. A população estudada correspondeu a 46 mulheres com 10 anos de idade ou mais, aleatoriamente selecionadas, residentes no Bairro Jardim Fortaleza (Cuiabá/MT). O estudo de Confiabilidade foi do tipo teste-restes e de aplicação. As categorias selecionadas para o estudo foram as seguintes: características demográficas; condições sócio-econômicas; morbidade referida; uso dos serviços de saúde; história sexual e reprodutiva; gênero, sexualidade e violência; atividades culturais e de lazer. Procedimento de análise: cálculo de variância de Kappa.

Para melhor orientar a elaboração do instrumento, foram considerados os resultados de estudos epidemiológicos dos problemas de saúde que mais afetam as mulheres e seus respectivos fatores de risco, assim como outros aspectos específicos ligados à vida e à saúde de mulheres. Este estudo objetivou desenvolver um instrumento de coleta de dados que auxilie no delineamento de um perfil sociosanitário da população de mulheres moradoras do Município de Cuiabá-MT, de forma confiável (reprodutível). As questões que apresentaram maior grau de concordância foram aquelas que dizem respeito a eventos marcantes da vida reprodutiva da mulher, tais como atividade sexual, ocorrência de gestação, tipo de parto, ou aquelas relacionadas a fatos recentes. As questões que apresentaram menor Índice Kappa estão ligadas a concepções/opiniões sobre determinado tema, aquelas relacionadas ao momento em que se processou a entrevista; com o intervalo de tempo que transcorreu para a realização da segunda entrevista a situação mudou. Observa-se também que, nas questões onde se poderia ter um julgamento da atitude da mulher, houve menor índice de concordância. Vale ressaltar que é compreensível a ocorrência na mudança de respostas em questões mais sub-se à auto-imagem e auto-esti-

ma e demarcam comportamentos que poderiam ser reconhecidos como socialmente incorretos. O instrumento mostrou-se confiável, com grande número de questões com percentual de concordância, ficando entre moderada e alta (em 72,4% das questões).

## Anexo 4

# Relação de Participantes



*Adalberto Maciel Metello* – Pólo Regional de Saúde de Barra do Garças  
*Adalberto P. Silvério* – Pólo Regional de Saúde de Porto Alegre do Norte  
*Adalberto Padilha Silveira* – Secretário Executivo do Consórcio do Baixo Araguaia  
*Adeildo M. Lucena Filho* – Secretaria Municipal de Saúde de Poconé  
*Adélia Dalmolin* – Secretária Executiva do Consórcio do Teles Pires  
*Adenildes Cristina da Silva* – CECAP/SES  
*Alais Aparecida Nascimento da Silva* – COPLAN/SES  
*Alexandre Mingarelli* – Informática/SES  
*Alice Harumi Matsumoto* – GT de Avaliação e Classificação de Serviços  
*Alice Maria Garcia Vaz* – COPLAN/SES  
*Alicy C. Batista Novaes* – CIAPS Adauto Botelho  
*Amanda C. Rizental Pinto* – Equipe Saúde da Família – Rondonópolis  
*Amaury Angelo Gonzaga* – Assessoria Técnica/SES  
*Amaury Cerro* – Pólo Regional de Saúde de Tangará da Serra  
*Ana C. Calhao* – COPLAN/SES  
*Ana Maria Boabaid* – Educação em Saúde/SES  
*Ana Santana* – Pólo Regional de Saúde de Rondonópolis  
*Andréa Maria Gonzaga* – Bromatologia/LACEN  
*Andreia Moreira Minossi* – CVSE/SES  
*Angela Maria Lopes Sander* – Pólo Regional de Saúde de Porto Alegre do Norte  
*Antonio Roberto Tour* – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Norte  
*Atair Machado dos Santos* – Hospital Regional Sorriso  
*Azenil Maria de Pinho* – DAP/SES  
*Benedita Leandro Freiria* – Hospital Regional de Sorriso/SES  
*Carmem Luisa* – Avaliação e Desempenho  
*Cecília* – Pólo Regional de Saúde de Sinop  
*Celio Gonçalves da Costa* – CAF/SES  
*Célis Nadine França de Souza*  
*César Vitor Mattos* – COPLAN/SES  
*Cicero Fraga Melo* – Escola Técnica de Saúde/SES  
*Claudemir Mendes* – Hospital Regional Colider/SES  
*Claudete Lourdes Savaris* – Pólo Regional de Saúde de Tangará da Serra  
*Cláudia Celina S. Souza* – CRRS-MT  
*Cláudia R. M. Vasconcelos Moreno* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Cleide Souza* – Hospital Regional Colider  
*Clélia Araujo* – Educação em Saúde/SES

*Cleuta Daltro Forte Nascimento* – CAHA/SES  
*Cleuza Maria dos Santos* – CVSE/SES  
*Constantina Massoli* – SES  
*Cristina* – DST/AIDS/SES  
*Cristina Aparecida Figueiredo Reis* – CAF/SES  
*Daípe M. Mayolino* – CRRS/SES  
*Dalila Auxiliadora da Costa Leite* – TFD/Cuiabá  
*Dalme Jurema P. Silva* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Deise* – CRRS  
*Dejair Pereira* – COSEMS  
*Dia Tobias França* – SMS/Rondonópolis  
*Ney da Silva Pereira* – CECAP/SES  
*Regina Coeli Coelho Pereira* – CRRS/SES  
*Edelson Santana* – CES/SES  
*Edna M. da C. Carvalho* – OG/CES/MT  
*Elaine* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Elídio Marceli da Silva*  
*Elisa Maria F. Oliveira* – CAF/SES  
*Elisete Duarte* – NSRH/SES  
*Eloá de Carvalho Lourenço* – FCRDAC/SES  
*Epaminondas J. Messias* – Licitação/SES  
*Ester da Conceição Silva Reis* – CAF/SES  
*Eugênia Marcondes de Castro* – FUSC  
*Evaldir* – Pólo Regional de Saúde de Sinop  
*Fátima Aparecida Ticianel Schrader* – CAHA/SES  
*Fernanda Neves Tavares* – HEMOCENTRO/SES  
*Floriano Paes dos Santos* – CAF/SES  
*Franciele V. do Nascimento* – UFMT · Visitante  
*Francisca de Oliveira Silva* – Vigilância Epidemiológica  
*Francisca Lucélia* – CAPS Adauto Botelho/SES  
*Francisco Cruz Barbosa Lopes* – CONASS  
*Francisco de Melo Castro* – CIAPS Adauto Botelho/SES  
*Geni T. Rissi*  
*Geny Catarina F. Rodrigues Lopes* – FCRDAC/SES  
*Geraldina B. Ribeiro Silva* – Pólo Regional de Saúde de Rondonópolis  
*Germano Pimenta* – CAF/SES

*Gerson Blatt* – SES  
*Giovana Cestari* – COPLAN/SES  
*Glória* – CAF/SES  
*Gunilde Gomes Aldave Farias*  
*Haidi Beatriz Baraldi* – Equipe Saúde da Família – Primavera do Leste  
*Haroldo Luis Marques* – Pólo Regional de Saúde de Cáceres  
*Helen* – CRRS/SES  
*Heliane Belo dos Santos* – Coord. Técnica/SES  
*Heraldo Silva* – CIAPS – Adauto Botelho/SES  
*Hermindo J. Oliveira* – CRRS/SES  
*Heverton Adriano Alves da Silva* – Informática/SES  
*Hildenete Monteiro Fortes* – HEMOCENTRO/SES  
*Hugna M. Oliveira* – FUSC  
*Humberto J. Oliveira* – CRRS/SES  
*Ilda Pereira de Souza R. Cunha* – CIAPS Adauto Botelho/SES  
*Ilva Félix* – COSEMS  
*Ilza Maria D. A. Ferraz* – FCRDAC/SES  
*Înês de Cássia F. Pedrosa* – COPLAN/SES  
*Ione M. Bortolotto* – COPLAN/SES  
*Iraci Pires de Oliveira* – CAHA/SES  
*Irani Machado Ferreira* – CVSE/SES  
*Isa Monteiro S. Araujo* – NSRH/SES  
*Ivanete Marques Viana* – FUSC  
*Ivanil Mamoré de Souza* – CVSE/SES  
*Iza Monteiro S. Arany* – NSRH/SES  
*Jane B. C. Leite* – CVSE/SES  
*Jane Pimenta dos Santos* – Central de Vagas Psiquiatria  
*Janete Anna Farias* – CVSE/SES  
*Janil Oliveira* – ISC/UFMT  
*Joilce Pinho Grunwald* – CAHA/SES  
*Jorge Ribeiro de Almeida*  
*José da Costa Neto* – CAF/SES  
*José E. Leão* – LACEN-MT  
*José Neto da Luz* – COPLAN/SES  
*Josinete Regine Albuquerque* – COPLAN/SES  
*Juarez Falcão de Barros*

*Jucélia* – CRRS/SES  
*Jucélia* – Pólo Regional de Saúde de Juína  
*Jucineide* – ETS/SES  
*Júnia Soares de Campos Azambuja* – CVSE/SES  
*Jurema Amancio de Figueiredo Negrão* – NSRH/SES  
*Landrimar Trindade* – CAHA/SES  
*Leda* – Pólo Regional de Saúde de Juína  
*Leine Carla M. S. Pereira* – CRRS/SES  
*Léo Mário Rachid Jorge* – CECAP/SES  
*Loiva Lide Wendpap* – LACEN/SES  
*Lourdes França Thomas* – Educação em Saúde/SES  
*Luiz Fernando Rogério* – CES-MT  
*Luiz Lucksinger Plaster* – CRRS/SES  
*Lydia Bocaiúva Tavares* – CVSE/SES  
*Mara Castrilon Ibanez* – CVSE/SES  
*Márcia Lotufo* – UFMT  
*Marcionilio Macedo Neto* – CES-MT  
*Márdio Silva Júnior* – CVSE/SES  
*Maria Aida Anhesini* – COPLAN/SES  
*Maria Ane G. L. da Costa*  
*Maria Angélica Gomes* – Ministério da Saúde  
*Maria Auxiliadora Macieski* – LACEN/SES  
*Maria da Glória Silva* – Curso de Especialização em Saúde Pública  
*Maria da Graça* – ETS/SES  
*Maria de Fátima Barbosa* – Coord. Técnica/SES  
*Maria de Fátima M. da Costa* – CES-MT  
*Maria de Fátima Martins* – Secretária Executiva do Consórcio de Alta Floresta  
*Maria de Lourdes Montes Claros Silva* – CAF/SES  
*Maria de Lourdes Queiroz* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Maria do Bom Despacho da Silva* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Maria Emília J. Alves* – Secretária Executiva do Consórcio Oeste Matogrossense  
*Maria José Amaral*  
*Maria José Chagas* – NSRH/SES  
*Maria José Vieira da Silva* – CAHA/SES  
*Maria Marinalva*  
*Maria Virgínia M. Ventura* – ISC/UFMT  
*Mariete S. Rosa* – Coordenadoria Técnica/SES

*Marilda Santos Spinelli* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Marildes de Fátima Silva* – Pólo Regional de Saúde de Rondonópolis  
*Marilena A de França Nunes*  
*Mário Freitas* – COPLAN/SES  
*Mário Toshio Ishizini* – CVSE/SES  
*Marisa Helena Alves Batista* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Marisa S. Johann* – SMS Campo Novo do Parecis  
*Mariza Bonete* – CAHA/SES  
*Marlene* – CRRS/SES  
*Marli* – CRRS/SES  
*Marta Araújo Sauto* – CVSE/SES  
*Marta Bumlai* – NSRH/SES  
*Mauro César C. de Souza* – CIAPS-Adauto Botelho/SES  
*Meriene F. C. Jorge* – CAHA/SES  
*Mercedes Settem* – Saúde Indígena/SES  
*Michely Cristina Venancio* – UFMT -Visitante  
*Miriam* – CRRS/SES  
*Mônica Bezerra* – CIAPS - Adauto Botelho/SES  
*Mônica Lima* – Pólo Regional de Saúde de Diamantino  
*Neide Maria Rodrigues da Silva* – NSRH/SES  
*Nelma Maria de pinho* – CAHA/SES  
*Nereide Lúcia Martinelli* – Pólo Regional de Saúde de Tangará da Serra  
*Nice R. de Deus Siqueira* – CRRS-MT  
*Nildes Rodrigues da Silva* – CPCCS/SES  
*Nilza* – Pólo Regional de Saúde de Cáceres  
*Norma Figueiredo* – CIB/SES  
*Odenete Rezende do Nascimento* – CVSE/SES  
*Orlando Marcos Lopes dos Santos Lima* – CAF/SES  
*Pedro de Sá Coutinho* – CVSE/SES  
*Pedro Pulcherio* – CAHA/SES  
*Augusto Frederico Müller* – Assessor Especial/SES  
*Regina C. C. Pereira* – CRRS/SES  
*Ricardo Chagas* – FUSC  
*Ricardo F. Scotti* – CONASS  
*Rita Christina Martins Borges* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Rita de Cássia S. O. Aufrânio* – CAPS/SES  
*Rosa Lucia R. Ribeiro* – FEN/UFMT

*Rose Maria Peralta G. Fava* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Roseny Costa Marques Amarilha* – HEMOCENTRO/SES  
*Rosimeire Marcelo* – CVSE/SES-MT  
*Rosiney Ramos de Souza* – CVSE/SES  
*Samia Mello* – CVSE/SES  
*Sanai* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Sandra Liporoni* – CIAPS-Adauto Botelho/SES  
*Sidney Durante* – Intermat  
*Silna de Campos Duarte Ribeiro Macedo* – CIAPS-Adauto Botelho/SES  
*Silvana Cardoso Gomes* – ETS/SES  
*Silvério Lente* – Equipe Saúde da Família - Cáceres  
*Silvia Maria Arantes Pinho* – SMS Planalto da Serra  
*Simone C. Charbel* – Gabinete/SES  
*Sônia Pereira da Silva* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Soraia Maciel* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Suely Gonçalves de Araújo* – COPLAN/SES-MT  
*Susilei Lourenço dos Santos* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Tereza P.B. Ramos* – CSVE/SES  
*Terezinha do Carmo Mendonça* – CIAPS-Adauto Botelho/SES  
*Ubirajara S. Mota* – Assessor Técnico/SES  
*Valdete M. Armant Antequiera* – Coordenadoria Técnica/SES  
*Valter Gomes Nery* – CVSE/SES  
*Vania S.M. Nishioka* – SMS Alta Floresta  
*Vera* – Pólo Regional de Saúde de Cáceres  
*Vera Dias* – CVSE/SES  
*Vicenta Maria* – CAF/SES  
*Vicente Herculano da Silva* – FCRDAC/SES  
*Vinício José do Nascimento* – UFMT - Visitante  
*Walnil Barreto* – Assessoria Jurídica/SES  
*Yolazil* – CRRS/SES  
*Zanizor R. Silva* – CIAPS-Adauto Botelho/SES  
*Zelito Ramos* – CRRS-MT  
*Zildiney M. Lima* – CAF/SES  
*Zilma Andrade* – DIVAD  
*Zuleide S. Pulchério Klein* – CAHA/SES  
*Zulma Albuquerque de Siqueira* – CES/SES