

Caderno do Gestor Municipal de Saúde de Mato Grosso



2001

Caderno do Gestor Municipal de Saúde de Mato Grosso

Cuiabá, MT
2001

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Dante Martins de Oliveira

Governador

Rogério Sales

Vice-governador

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Júlio Strubing Müller Neto

Secretário

Sandra Maria Coelho Martins

Subsecretária

Ubirajara Sampaio Mota

Superintendente de Gestão

Euze Márcio Souza Carvalho

Superintendente de Saúde Coletiva

Fátima Aparecida Ticianel Schrader

Superintendente de Atenção Integral à Saúde

Augusto Frederico Müller Júnior

Superintendente de Políticas de Saúde

Ione Mariza Bortolotto

Coordenadora de Informações em Saúde

Zenaide Ferreira Camargo Rocha

Gerente de Análise e Divulgação

Caderno do Gestor Municipal de Saúde de Mato Grosso

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

© 2001. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Ficha Catalográfica

M433 MATO GROSSO. Governo do Estado.
Caderno do gestor municipal de saúde de Mato Grosso /
Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2001.

198p. ; il.

1. Saúde Pública — Mato Grosso. 2. Política de
Saúde — Mato Grosso. 3. Gestão Municipal. 4. Sistema Único de
Saúde — SUS. I. Título.

CDU : 614.39(817.2)

Produção Editorial: Central de Texto

Correspondência:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Centro Político Administrativo, Bl. 05

CEP 78050-970 – Cuiabá-MT

Telefones: (65) 613 5314/5317

Fax: (65) 613 5318

E-mail: infsaude@terra.com.br
gabsaude@terra.com.br
sugsaude@terra.com.br

Home page: www.saude.mt.gov.br

Introdução	9
Capítulo I	
POLÍTICA E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO INDIVÍDUO	11
1. TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO — “NOVO MODELO DE GESTÃO DO SUS/MT”	13
DECRETO Nº 2.312, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001	
Dispõe sobre a instituição do Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências	14
TERMO DE ADESÃO AO SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA FUNDO A FUNDO	18
2. PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA.....	19
USUÁRIOS AVALIAM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM MATO GROSSO	21
RESOLUÇÃO CIB Nº 041, DE 03 DE DEZEMBRO DE 1999	
Dispõe sobre a flexibilização do processo de implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) em Mato Grosso	27
PORTARIA Nº 026/GAB/SES-MT/2001	
Promove a reestruturação do Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS em Mato Grosso	34
TERMO DE COMPROMISSO PARA A CONSOLIDAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA — PSF	37
MATO GROSSO INCENTIVA A AMPLIAÇÃO DO PACS/PSF	40

3.	PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA RURAL	43
	PORTARIA Nº 044/GAB/SES-MT/2001	
	Define o mecanismo de financiamento do Programa de Apoio à Saúde Comunitária dos Assentados Rurais	44
4.	PROJETO PRIORITÁRIO “TOLERÂNCIA ZERO: MATO GROSSO SEM HANSENÍASE”	53
	ELIMINAR A HANSENÍASE: OBJETIVO DO GOVERNO DE MATO GROSSO	53
	DECRETO Nº 2.648, DE 12 DE JUNHO DE 2001	
	Institui o Projeto Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase	55
	PORTARIA Nº 062/GAB/SES-MT/2001	
	Define as prioridades, objetivos, estratégias, ações e prêmios do Projeto Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”	56
5.	A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	67
	RESOLUÇÃO CIB Nº 009/01, DE 25 DE MAIO DE 2001	
	Dispõe sobre a flexibilização do processo de implantação e implementação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Mato Grosso	68
6.	A GESTÃO HOSPITALAR E AMBULATORIAL ESPECIALIZADA	73
	PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - PPI	74
	CONTROLE E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	75
	SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR	78
	SSITEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA	80
	PROGRAMA DE ATENÇÃO À GESTANTE E RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO	83
	SISTEMA DE REFERÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	88
 Capítulo II		
POLÍTICAS E ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA		93
1.	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	95
	NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	97
2.	VIGILÂNCIA AMBIENTAL E CONTROLE DE ENDEMIAS	105
	DESCENTRALIZAÇÃO DO CONTROLE DAS ENDEMIAS	105
	PROPOSTA DE MODELO DE GESTÃO E ATENÇÃO INTEGRADA PARA O CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES	107
3.	VIGILÂNCIA SANITÁRIA — DESCENTRALIZAÇÃO/MUNICIPALIZAÇÃO	129

Capítulo III	
GESTÃO DO SUS	139
1. SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	141
2. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	149
RESOLUÇÃO CIB nº 007/01, DE 25 DE MAIO DE 2001	
Dispõe sobre a Relação Básica de Medicamentos e altera a Resolução CIB nº 002/01	159
3. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DA SES — INFORMAÇÕES ÚTEIS PARA O GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE	167
4. ANEXO	
DECRETOS E PORTARIAS QUE REGULAM O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE COM RECURSOS PRÓPRIOS ESTADUAIS	173
DECRETO nº 2.436, DE 28 DE MARÇO DE 2001	
Institui o Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência e dá outras providências	174
DECRETO nº 2.863, DE 31 DE JULHO DE 2001	
Dispõe sobre a habilitação dos municípios para serem contemplados com recursos para investimentos e equipamentos da saúde e dá outras providências	176
Portaria nº 042/GAB/SES-MT/2001	
Promove o Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde-PACIS, por intermédio de incentivo aos municípios consorciados	178
Portaria nº 043/GAB/SES-MT/2001	
Define o mecanismo de financiamento do Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência	185
Portaria nº 059/GAB/SES-MT/2001	
Define o mecanismo de financiamento do Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde II	188
Portaria nº 093/GAB/SES-MT/2001	
Designa os profissionais responsáveis pelas áreas de Saúde Coletiva e Atenção Integral à Saúde nos Escritórios Regionais de Saúde	196

Introdução

O Sistema Único de Saúde que queremos depende de um trabalho conjunto entre Estado e Municípios. Juntos, gestores municipais e Estado podem construir um Mato Grosso mais saudável e com melhores índices de qualidade de vida.

Neste sentido, o Caderno do Gestor Municipal de Saúde objetiva propiciar informações aos gestores, condutores e técnicos existentes no âmbito dos municípios, oferecendo subsídios para a efetiva implementação e eficácia das políticas municipais de saúde.

O trabalho do Estado, de buscar a cooperação técnica dos municípios, se respalda no desejo de estruturar um modelo de atenção e de gestão que contribua, cada vez mais, para transformar a bandeira do SUS na grande realidade que todos sonhamos.

Este Caderno está dividido em três principais eixos: a atenção à saúde dos indivíduos, à saúde coletiva e ao modelo de gestão do SUS. Entre as novidades do modelo de gestão, estão a de financiamento e transferência de recursos através do Repasse Fundo a Fundo (do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde). Este novo modelo viabiliza repasse rápido e sem burocracia aos municípios, para ações de saúde.

Importante ressaltar que as prioridades do Estado, neste ano de 2001, estão voltadas para o controle da Hanseníase e Leishmaniose, e para a implantação da rede de atenção à Saúde Mental.

Finalmente ressaltar a importância da informação e dos sistemas de informação.



I

Política e Organização da Atenção Integral à Saúde do Indivíduo



1

Transferência Fundo a Fundo

“Novo Modelo de Gestão do SUS/MT”

O Governo do Estado, a partir da aprovação da Emenda Constitucional nº 29/00, que garante a aplicação de recursos financeiros à Saúde Pública, assumiu um novo Modelo de Gestão e está efetuando a transferência destes recursos por meio do Sistema de Transferência Voluntária do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde de Mato Grosso, através do Decreto 2.312, de 12/02/01.

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES/MT priorizou os recursos destinados à Atenção Básica, sobretudo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, bem como às áreas consideradas prioritárias na Política de Saúde do Estado, como a da Reabilitação, do Sangue e do financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, de acordo com as Portarias constantes neste caderno.

Além disso, o Governo Estadual está repassando, Fundo a Fundo, recursos para a média complexidade, especialmente para os Consórcios Intermunicipais de Saúde e municípios consorciados, com o intuito de desenvolver as ações de saúde que são oferecidas no âmbito do Consórcio e da Microrregião de Saúde, conforme a Portaria nº 42/GAB/SES-MT/2001.

As Portarias que não estão relacionadas neste bloco de Atenção Integral à Saúde do Indivíduo podem ser encontradas neste Caderno de Gestor, no Anexo, ao final.

Decreto nº 2.312, de 12 de fevereiro de 2001

Dispõe sobre a instituição do Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 66, inciso VII, da Constituição Estadual, e:

- considerando o disposto no inciso VIII do artigo 30 da Constituição Federal e em conformidade com a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a Lei Complementar nº 22, de 09 de novembro de 1992, que aprovou o Código Estadual de Saúde de Mato Grosso;
- considerando a nova redação dada ao artigo 198 da Constituição Federal, pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000;
- considerando que a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/96), ao redefinir o Modelo de Gestão do Sistema Único de Saúde, tem como finalidade primordial a promoção e consolidação do pleno exercício por parte do poder municipal da função de Gestor da Atenção Básica à saúde dos seus municípios, com a consequente redefinição de responsabilidades dos Estados e da União;
- considerando que o Poder Público Estadual, na qualidade de Gestor do SUS no Estado de Mato Grosso, tem incorporado na sua política de governo para a área de saúde o propósito de integrar, harmonizar e modernizar os sistemas municipais com equidade, admitindo, para tanto, a aplicação do princípio da discriminação positiva no sentido da busca de justiça quando do exercício do papel redistributivo;
- considerando a necessidade de incrementar a implantação, manutenção e a regulação de sistemas de referência ambulatorial e hospitalar nas regiões e microrregiões;
- considerando que o avanço do processo de descentralização do SUS constitui ação programada dentro do Plano Estadual de Saúde - PES 2000/2003, aprovado pela Resolução nº 13/2000, do Conselho Estadual de Saúde, objetivando transferir a responsabilidade da prestação de assistência à saúde para os governos municipais, consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde e facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde;

- considerando a disponibilidade de recursos financeiros alocados para a Secretaria de Estado de Saúde no Orçamento Geral do Estado para o ano de 2001, aprovado pela Lei nº 7.380, de 27 de dezembro de 2000;
- considerando que esse processo de descentralização de ações e serviços deve ser acompanhado do necessário aporte de recursos financeiros e de cooperação técnica e operacional aos municípios,

DECRETA:

Art. 1º. Fica instituído o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Fundo a Fundo, objetivando viabilizar repasses de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Art. 2º. São destinados inicialmente recursos orçamentários no valor de R\$ 9.000.000,00 (nove milhões de reais) do Fundo Estadual de Saúde, os quais poderão ser repassados para os Fundos Municipais de Saúde, nos termos deste Decreto.

§ 1º. Os recursos transferidos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde de que trata este artigo serão disponibilizados mediante repasses financeiros mensais.

§ 2º. Os recursos orçamentários serão transferidos direta e automaticamente aos Fundos Municipais de Saúde, de acordo com programação financeira fixada por Portaria do Secretário de Estado de Saúde, independente de celebração de convênio.

§ 3º. O Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Fundo a Fundo será operacionalizado mediante créditos bancários em conta corrente específica do Fundo Municipal de Saúde do Município, aberta junto ao Banco do Brasil S/A.

Art. 3º. Os recursos financeiros do Sistema de Transferência Voluntária Fundo a Fundo destinar-se-ão, exclusivamente, ao custeio das ações de Atenção Básica e de Assistência Ambulatorial e Hospitalar, dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e das ações de Vigilância à Saúde.

§ 1º. Na aplicação dos recursos oriundos do Sistema de Transferência Voluntária Fundo a Fundo, caberá ao Município:

- a) priorizar as atividades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa de Saúde da Família - PSF, em se tratando de ação relativa à Atenção Básica;
- b) priorizar a implantação, a organização e a regulação dos Serviços de Referência Regional e Microrregional e a consolidação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde na aplicação dos recursos destinados à ação de Assistência Ambulatorial e Hospitalar e aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

- c) aplicar os recursos destinados à Vigilância à Saúde nas ações relativas à fiscalização sanitária e ambiental, de vigilância epidemiológica e do controle das endemias.

§ 2º. Os recursos orçamentários alocados para fins de aplicação no Sistema de Transferência Voluntária Fundo a Fundo serão redistribuídos de acordo com os critérios, valores e parâmetros estabelecidos pela Secretaria de Estado de Saúde, norteados pelos princípios e diretrizes contidos neste Decreto, bem como nas Resoluções oriundas da Comissão Intergestores Bipartite, devidamente homologadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 4º. O repasse de recursos através do Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Fundo a Fundo para custeio das ações e serviços previstos no artigo anterior fica condicionado a:

- I – comprovação de habilitação do Município em uma das condições de gestão prevista na NOB/SUS nº 01/96;
- II – apresentação do Relatório de Gestão do ano anterior ao exercício em que se efetiva o repasse, nos termos do estabelecido no artigo 4º deste Decreto;
- III – aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite do respectivo Termo de Adesão de cada município interessado em integrar o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Fundo a Fundo.

§ 1º. Os Termos de Adesão de que trata o inciso III desse artigo deverão estar acompanhados de documentos que comprovem a vinculação do município ao Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS.

§ 2º. Aos municípios que, mediante convênio SES/MT, encontram-se recebendo repasses financeiros do Tesouro do Estado para atendimento de ações e serviços previstos no caput do artigo 3..... deste Decreto, será concedido o prazo de 90 (noventa) dias para cumprimento das condições e exigências previstas neste artigo.

Art. 5º. Os municípios, independentemente da condição de gestão para a qual se encontra habilitado, que aderirem ao Sistema de Transferência Voluntária Fundo a Fundo, obrigam-se a enviar, anualmente, à Secretaria de Estado de Saúde, Relatório de Gestão, acompanhado dos correspondentes Balanços Orçamentário, Financeiro e Patrimonial, bem como do comprovante de remessa das contas anuais ao Tribunal de Contas do Estado, de forma a demonstrar o montante de recursos destinados à área da saúde.

§ 1º. O Relatório de Gestão de que trata este artigo deverá ser acompanhado de Planilha de Detalhamento das aplicações dos recursos oriundos do Sistema de Transferência Voluntária Fundo a Fundo, especificando o resultado alcançado.

§ 2º. As informações da execução orçamentária dos recursos transferidos nos termos deste Decreto deverão adotar o formato utilizado pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS.

Art. 6º. Os repasses dos recursos efetivados dentro do Sistema de Transferência Voluntária Fundo a Fundo serão imediata e compulsoriamente suspensos, quando:

- I – o Município descumprir as exigências previstas no artigo 198 da Constituição Federal, com a nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 29/2000;
- II – o Município não apresentar à Secretaria de Estado de Saúde o Relatório de Gestão de que trata o artigo anterior;
- III – o Município não manter atualizado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS;
- IV – o Município deixar de cumprir as condições pactuadas nos respectivos Termos de Adesão ao Sistema de Transferência Voluntária Fundo a Fundo;
- V – o Município deixar de apresentar o comprovante de remessa ao Tribunal de Contas do Estado da competente Prestação de Contas Anual.

Art. 7º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 2001.

Art. 8º. Revogam-se o Decreto nº 1. 169, de 18 de fevereiro de 2000, e as demais disposições em contrário.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 12 de fevereiro de 2001, 179º da Independência e 112º da República.

Dante Martins de Oliveira
Governador do Estado de Mato Grosso

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Termo de Adesão

A Prefeitura do Município de _____, neste ato representada pelo seu Prefeito Sr. _____, brasileiro, casado, RG nº _____, CPF nº _____, residente na Rua _____, pelo presente Instrumento expressa formalmente a sua adesão ao SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA DE RECURSOS FINANCEIROS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, também denominado SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA FUNDO A FUNDO, instituído nos termos do Decreto nº 2.312/2001, de 12 de fevereiro de 2001, declarando, via de consequência, compromissada em dar cumprimento aos princípios e diretrizes que consubstanciam as regras de financiamento das ações e serviços de saúde consonantes com a Política de Saúde de Mato Grosso, enquanto mecanismo de fortalecimento à consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado.

E, por ser de absoluto interesse municipal, firma o presente Termo de Adesão, em 03 (três) vias.

Cuiabá, _____ de _____ de 2001.

Prefeito Municipal

2

Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária

O que é o Programa?

O Programa Saúde da Família é um modelo de assistência à saúde que desenvolve ações de promoção e proteção à saúde da comunidade, através de equipes de saúde que farão o atendimento nas Unidades de Saúde e nas residências.

As equipes do Programa são compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes de saúde responsáveis pela cobertura de uma área geográfica onde residem de 600 a 1.000 famílias.



Médica de família em
visita ao usuário

Essa Equipe reside na comunidade onde atua e trabalha em regime de dedicação exclusiva.

As Equipes não devem atuar isoladamente, e sim buscar parcerias com diversos segmentos da sociedade para garantir a participação comunitária.

Qual o objetivo das parcerias?

Controlar e avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo Programa, juntamente com os Conselhos Municipais de Saúde e a comunidade local, através das associações de moradores.

Somente com a união entre o Poder Público e a comunidade é que poderemos garantir o sucesso do Programa nos Municípios.

Como a comunidade pode ajudar?

- Participando das Reuniões de Bairro e Conselho de Saúde;
- Fiscalizando e avaliando as ações do Programa, juntamente com a FEMAB e Secretaria de Saúde.

USUÁRIOS AVALIAM AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM MATO GROSSO

Amaury Ângelo Gonzaga¹
Júlio Strubing Müller Neto²

INTRODUÇÃO

Com o processo da descentralização da gestão e gerência pelo Sistema Único de Saúde – SUS para os Estados e Municípios, tem se observado significativos avanços na organização das ações e serviços através da implementação de estratégias que têm contribuído para a consolidação deste Sistema.

Neste aspecto, embora com uma diversidade nos mecanismos de implementação, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde da Família (ESF) vêm se caracterizando como uma das estratégias que a grande maioria dos Estados e Municípios do país vêm adotando como modelo de orientação para a garantia da oferta das ações e serviços na atenção básica em saúde, hoje sob a responsabilidade dos municípios.

A partir de 1995, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT estabeleceu como uma das estratégias para enfrentamento dos problemas de saúde no Estado a implementação de incentivos que motivassem os gestores municipais, a implantação de ACS e ESF, atendendo também as propostas e incentivos previstos pelo Ministério da Saúde para este fim.

HISTÓRICO

Num primeiro momento, a partir de 1995, com a identificação de 10 municípios com alto risco de mortalidade infantil, estabeleceu-se como meta a garantia de implantação de ACS que, além dos incentivos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde – MS, a SES/MT, tendo em vista a dificuldade de interiorização de enfermeiros, garantiu a contratação deste profissional para atuar nestes municípios, haja visto que as Portarias do MS orientam que, na constituição das equipes de ACS, é imprescindível a disponibilidade do Enfermeiro (tabela I).

1. Coordenador Técnico da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso
2. Secretário de Estado da Saúde de Mato Grosso

Tabela 1 EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DOS AC EM MATO GROSSO – 1995 a 2000				
Ano	Nº de ACS	Nº de Municípios	População coberta pelo Programa	% da população estadual coberta
1995	171	10	76.950	3,32%
1996	452	32	203.400	9,01%
1997	1.038	77	467.100	20,41%
1998	1.663	91	756.900	32,46%
1999	1.828	100	877.050	36,91%
2000	2.357	116	1.355.275	56,01%

Iniciou-se, ao final de 1996, a sensibilização dos gestores municipais para a implantação das primeiras equipes de saúde da família que, em 1997, começaram a se consolidar, como se visualiza na tabela II.

Tabela 2 EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO GROSSO – 1997 A SETEMBRO DE 2000				
Ano	Nº de equipes	Nº de Municípios	Estimativa populacional	% da população coberta pelo Programa
1997	08	06	30.600	1,33
1998	22	18	84.150	3,60
1999	36	22	137.700	5,79
2000	146	76	500.250	20,67

Entretanto, a dificuldade de interiorizar e fixar profissionais médicos e enfermeiros era e é um dos grandes entraves para a consolidação da implementação das ESFs no Estado, mesmo com o advento dos incentivos financeiros promovidos pelo Ministério da Saúde.

A partir de novembro de 1999, o Ministério da Saúde, através das Portarias nº GM 1.329, GM 1.348 e GM 1.356, editadas em 12/11, 16/11 e 18/11, respectivamente, criou novos incentivos e prevendo mecanismos para consolidar a implementação da estratégia das Equipes de Saúde da Família.

Como mecanismo fomentador para estimular os gestores municipais na implantação das ESF a SES/MT formula uma proposta para flexibilizar a utilização dos profissionais já empregados nos municípios através da Resolução CIB 041, de 03 de dezembro de 1999 (anexo I), da Comissão Intergestores Bipartite, além de criar um incentivo financeiro destinado a implementar o salário de médicos e enfermeiros previsto por um Decreto governamental (anexo II). Este Decreto prevê mecanismos diferenciados de incentivos financeiros, respeitando o princípio de equidade, para os municípios que implantarem ESFs nas regiões mais carentes do Estado, isto é, Juína e Porto Alegre do Norte. Os municípios destas regiões que implantarem ESF receberão R\$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais) por equipe/ano. Para as demais regiões, o incentivo é de R\$ 14.400,00 (quatorze mil e quatrocentos reais) por equipe/ano.

A partir de 2000, como um dos mecanismos de avaliar e certificar a satisfação do usuário, a SES/MT firmou convênio com a Federação Mato-grossense das Associações de Bairro – FEMAB, juntamente com os municípios, com o objetivo de avaliar trimestralmente a satisfação do usuário por parte do próprio movimento associativo de bairros e vincular o repasse do incentivo financeiro a esta certificação dos usuários.

Neste sentido, a partir do ano 2000, houve um significativo aumento no número de Equipes de Saúde da Família que, no final de 1999, cobria 22 municípios com 36 ESFs implantadas, para chegar em setembro de 2000 com o significativo aumento de mais 110 ESFs, atingindo mais 54 municípios, como se observa na tabela II.

Outro aspecto que merece destaque foi a descentralização da operacionalização do processo de implantação das ESFs para os Pólos Regionais de Saúde que desempenharam um papel fundamental no incremento das ESFs para os municípios.

METODOLOGIA

Após a realização do convênio, estabeleceu-se uma metodologia e cronograma para a realização das entrevistas com as famílias que tinham ESFs implantadas no seu bairro.

Desta forma, alguns passos foram necessários para o desencadeamento do processo:

- a) Identificar as ESFs já habilitadas a receberem o incentivo financeiro;
- b) Elaborar, de comum acordo, o questionário a ser aplicado pelos membros das Associações de Bairro, que consistiu de seis perguntas abertas com alternativas (anexo III);
- c) Realizar a oficina de capacitação dos membros da FEMAB na aplicação do questionário e abordagem da entrevista, que se iniciaria com uma visita à Unidade de Saúde onde estava implantada a ESF;

Agentes Comunitários
em campo



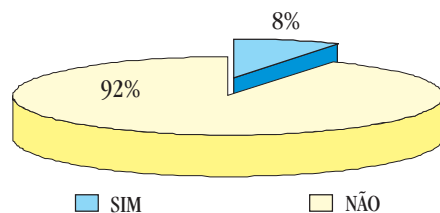
- d) Estabeleceu-se como significativo 20 entrevistas por ESFs implantada a serem aplicadas pelos membros da FEMAB, obedecendo os seguintes passos:
- Seleção das famílias para entrevista através dos mapas do cadastro elaborados pelas ESF;
 - Identificação do número de famílias cadastradas para estabelecer o intervalo entre as casas a serem visitadas, ou seja, a variação do número de famílias da área de abrangência da ESF é de 600 a 900 famílias. O intervalo da casa a ser visitada é a razão entre o número de famílias cadastradas pelo número de entrevistas (intervalo entre as casas = n° de famílias cadastradas / 20);
 - A partir da definição do intervalo entre as casas, o entrevistador tomaria um referencial qualquer como ponto de partida para identificar a primeira casa e as subseqüentes, respeitando-se o intervalo definido pelo resultado da fórmula acima;
- e) Após aplicação dos questionários, estes foram consolidados e tabuladas as respostas para análise e certificação;
- f) Em setembro de 2000, com 146 ESFs implantadas, foram realizadas 920 entrevistas, atingindo as áreas de cobertura de 46 ESFs, ou seja, 32% das ESFs atuantes em 23 municípios (28,25%) e com uma população coberta de 184.073 habitantes ou 8,0% da população do Estado.

RESULTADOS

Das 920 famílias entrevistadas pelas Associações de Bairro, observaram-se as seguintes respostas aos questionamentos:

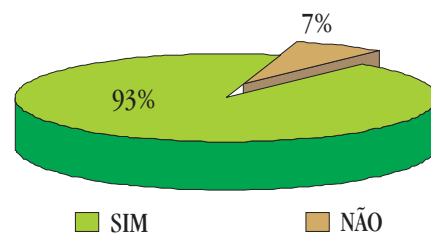
- 1) O primeiro questionamento procurou identificar como estava o acesso das famílias em relação às ESFs. Embora não se tenha previsto a identificação da qualidade do acesso, as respostas dos entrevistados foram bastante favoráveis.

Você ou sua família já teve ou tem tido dificuldade em ser atendido pela Equipe de Saúde Família?



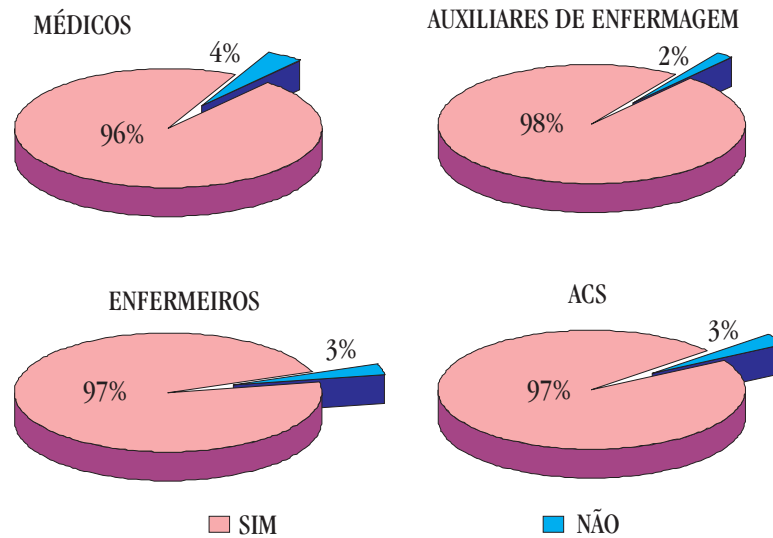
- 2) Questionou-se a respeito das informações obtidas através das ESFs na contribuição e ajuda para os problemas de saúde da família.

As informações que você ou seus familiares recebem da ESF tem ajudado na solução dos seus problemas?



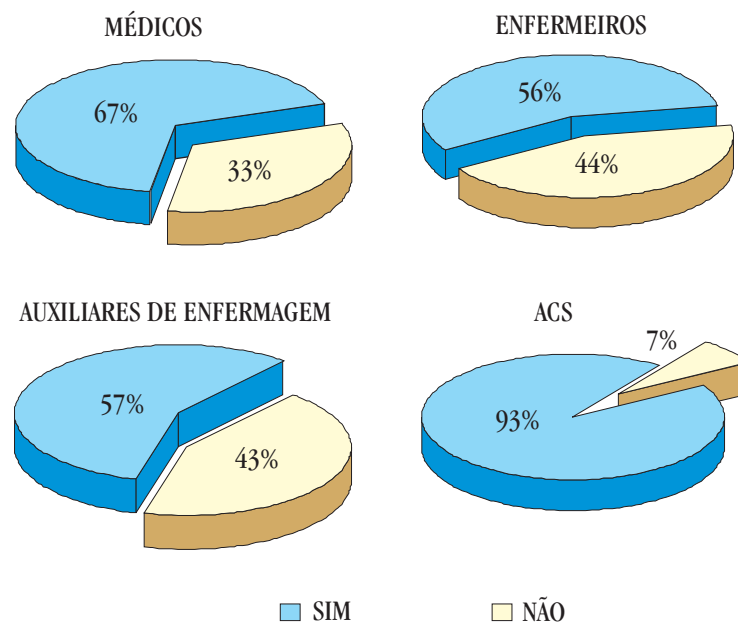
- 3) A respeito da humanização da assistência prestada pela ESF, procurou-se destacar o comportamento de cada profissional na perspectiva do usuário.

Os profissionais da ESF tratam as pessoas com educação e respeito?



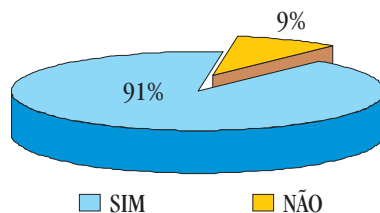
- 4) A respeito das visitas domiciliares recebidas pelo usuário:

Sua família ou sua comunidade tem recebido visita domiciliar da ESF?



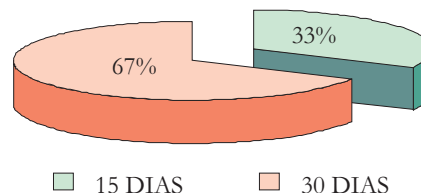
- 5) Outro aspecto abordado na entrevista foi sobre a resolubilidade da equipe.

Você acha que a ESF tem resolvido os principais problemas de saúde de sua família?



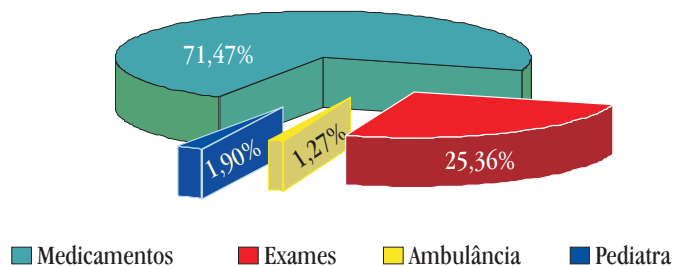
- 6) Procurou-se identificar qual era o intervalo entre as visitas realizadas e estes variavam de 15 em 15 dias, ou de 30 em 30 dias.

De quanto em quanto tempo a sua família é visitada?



- 7) Questionados a respeito de quais sugestões para melhorar a qualidade da assistência das ESF, os usuários consideram a carência de medicamentos e falta de acesso a exames como fatores limitantes na qualidade do atendimento das equipes de saúde da família.

Você teria alguma sugestão para melhorar o trabalho da ESF?



CONCLUSÃO

Embora durante as entrevistas tenham sido abordados outros problemas em relação à avaliação das ESFs, a consolidação dos resultados ficou restrita aos questionamentos propostos pelo questionário. Nesta aspecto, observa-se uma significativa aceitação e aprovação das Equipes de Saúde da Família implantadas. Contudo, outras abordagens deverão ser implementadas para qualificar melhor o atendimento prestado e comparar os impactos obtidos pelas ações que estas ESFs vêm produzindo frente aos indicadores de saúde. Assim, concomitantemente a este processo avaliativo, preconiza-se uma avaliação técnico-operacional dos serviços prestados.

De qualquer maneira, as respostas aqui apresentadas nos aponta uma realidade em construção de um “novo modelo” de orientação para a atenção básica dos serviços de saúde no coração do Sistema Único de Saúde, com uma aceitação massiva dos usuários atendidos pelas ESFs, sobretudo nos aspectos referentes ao acesso, à humanização e à qualidade, com controle social.

Resolução CIB nº 041, de 03 de dezembro de 1999

Dispõe sobre a flexibilização do processo de implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) em Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- I – a necessidade de implantação e implementação das Equipes de Saúde da Família em Mato Grosso;
- II – as Portarias GM nº 1.329, de 12 de novembro de 1999, GM nº 1.350, de 18 de novembro de 1999, GM nº 1.349, de 18 de novembro de 1999, e a GM nº 1.348, de 16 de novembro de 1999, que estabelecem nova sistemática em relação à Atenção Básica e Saúde da Família,

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar a Instrução Normativa em anexo desta RESOLUÇÃO como estratégia para operacionalização e implementação das Equipes de Saúde da Família para os Municípios do Estado de Mato Grosso.

Art. 2º. Esta RESOLUÇÃO entrará em vigor na data da sua assinatura.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde/MT

Dejair José Pereira
Presidente COSEMS/MT

Anexo da Resolução CIB nº 041,
de 03 de dezembro de 1999

INSTRUÇÃO NORMATIVA PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE MATO GROSSO

I. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

A Equipe de Saúde da Família (ESF) terá a seguinte composição mínima:

- 1 médico
- 1 enfermeiro
- 2 auxiliares de enfermagem
- 6 agentes comunitários de saúde

No município onde não exista a disponibilidade de auxiliares de enfermagem, poderão ser constituídas equipes de saúde da família com a substituição temporária pelos Atendentes de Enfermagem, desde que:

- a) seja apresentada pelo gestor municipal justificativa pertinente e se comprometendo a incorporar ou formar o Atendente de Enfermagem em Auxiliar de Enfermagem da equipe, no prazo de 18 meses. O Pólo Regional de Saúde, nestes casos, deverá demandar a formação de auxiliares de enfermagem à Escola Técnica de Saúde, contemplando as necessidades dos municípios, especialmente nestas situações excepcionais, aproveitando-se o Enfermeiro do PACS como instrutor;
- b) as equipes incompletas serão descredenciadas do Programa de Saúde da Família caso não seja atendida a incorporação do auxiliar de enfermagem no prazo estabelecido no item anterior;
- c) outros profissionais poderão ser acrescidos à equipe, dependendo da disponibilidade e necessidade do município, desde que respeitados os princípios e diretrizes preconizados pelo Programa de Saúde da Família.

II. QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- a) A solicitação para a qualificação das Equipes de Saúde da Família deverá ser feita através de ofício ao Pólo Regional de Saúde, juntamente com projeto contendo informações mínimas para o funcionamento das equipes que, posteriormente, após análise e parecer favorável, enviará para a aprovação do Grupo de Trabalho da Atenção Básica.

Para a qualificação, será considerada a composição da equipe mínima, conforme descrito no item I;

- b) As equipes qualificadas no Programa de Saúde da Família deverão iniciar o Curso Básico em Saúde da Família no prazo máximo de 6 meses, a contar da data de publicação desta Instrução Normativa;
- c) Para equipes já qualificadas onde houver necessidade de substituição de quaisquer profissionais, o gestor terá um prazo de 45 dias para fazê-lo, sendo ao final deste prazo suspensos os incentivos financeiros. Nesta situação, os profissionais substitutos deverão iniciar o processo de capacitação, num período máximo de 03 meses.

III. CAPACITAÇÃO

- a) O Curso Básico de Saúde da Família é obrigatório para os profissionais médicos e enfermeiros das equipes, que deverão iniciá-lo nos primeiros 6 meses de atuação no Programa;
- b) O Curso Básico será oferecido pela SES/MT, descentralizado para as sedes dos Pólos Regionais, e os municípios deverão garantir as demais condições para a participação dos profissionais: passagens e hospedagem;
- c) O gestor municipal deverá garantir a participação dos profissionais das equipes nos cursos a serem oferecidos pela SES.

IV. NÚMERO DE EQUIPES

Cada ESF deverá atender a uma área adscrita, abrangendo entre 600 a 1.000 famílias, ou entre 3.000 a 5.000 habitantes.

- a) O número de ESF a ser implantado em cada município poderá não atender ao critério anterior, excepcionalmente, nas seguintes condições:
1. Distribuição da população nas zonas rural e urbana do município;
 2. Dispersão da população rural do município;
 3. Indisponibilidade de profissionais de saúde para a composição de novas equipes;

4. Cobertura da população rural por equipe de agentes comunitários de saúde;
5. Município com população inferior a 3.000 habitantes ou 600 famílias.

Nestes casos excepcionais, o município deverá propor a adequação do número de famílias a ser atendido por equipe, através de exposição de motivos a ser encaminhada para apreciação e avaliação do respectivo Pólo Regional de Saúde. Em qualquer circunstância, a qualificação da equipe deverá seguir o que preconizam os Itens II e III desta I.N.

V. CARGA HORÁRIA

- a) Todos os profissionais das ESFs deverão cumprir a carga horária de 40 horas semanais.
- b) Poderá haver flexibilização da carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros, observando-se os seguintes critérios:
 1. Profissionais com vínculo exclusivamente público no município da equipe a ser implantada;
 2. Inexistência ou carência de profissionais de nível superior no município e a necessidade de exercerem outras atividades essenciais no serviço público: auditoria, autorização de AIHs, responsável no hospital e plantão no hospital público.

Em qualquer circunstância, os critérios de excepcionalidade serão avaliados e endossados pelos Pólos Regionais de Saúde. Neste caso, o município pleiteante à implantação da equipe deverá apresentar, em anexo ao projeto, as informações discriminando a distribuição da carga horária da equipe (profissionais), sem que isto signifique prejuízo das atividades descritas nas normas operacionais do Programa de Saúde da Família. Nestas circunstâncias, a carga horária a ser disponibilizada na ESF não poderá ser inferior a 70% da carga disponível para os serviços.

VI. NÃO SERÃO CONSIDERADAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- a) Quando o profissional da ESF exercer a função simultânea de secretário de saúde.
- b) Quando o profissional atuar em 02 equipes do ESFs simultaneamente, exceto em municípios vizinhos ou próximos cuja soma da população não ultrapasse 4.500 habitantes.

VII. RESIDÊNCIA DOS PROFISSIONAIS

- a) O município de residência dos profissionais das ESF poderá ser aquele em que atua, ou outro município vizinho, desde que, neste caso, esta situação não comprometa o modelo de assistência e as condições necessárias para a sua operacionalização.

- b) O secretário municipal de saúde deverá analisar a viabilidade de o profissional que reside em outro município compor a ESF em seu município, respeitando principalmente os critérios relacionados ao cumprimento da carga horária descritos no item V desta I.N.

VIII. CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS

- a) Deverão ser cadastradas 100% das famílias da área de abrangência.

IX. TERRITORIALIZAÇÃO

- a) O município deverá realizar o processo de territorialização, definindo as áreas de abrangência para a implantação das ESFs.
- b) Cada equipe deverá desenvolver um processo de reconhecimento de seu território.
- c) A cada 02 (dois) anos, ou sempre que necessário, o município deverá rever detalhadamente o processo de territorialização das áreas da ESFs.
- d) Nos casos em que houver mudança de equipe, a nova equipe deverá proceder o reconhecimento de sua área, conhecendo detalhadamente o seu território.

X. PLANO DE INTERVENÇÃO

Cada equipe deverá elaborar um plano de intervenção para a sua área de abrangência, observando:

- a) o pacto firmado sobre os indicadores de saúde e metas da atenção básica do município de atuação;
- b) os problemas de saúde identificados na população adscrita de cobertura, procurando garantir a participação da comunidade neste processo.

XI. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

- a) No município, deverão estar implantados e informatizados os subsistemas de informação atualizados: SINASC, SINAN, SIAB, SIM, PNI E MDDA, para serem utilizados no acompanhamento da situação de saúde e para subsidiar as propostas de intervenção das equipes.
- b) Os relatórios dos subsistemas deverão ser encaminhados dentro dos prazos estabelecidos pela SES/MT.

XII. AVALIAÇÃO

O processo de avaliação das equipes terá como base:

- a) o impacto epidemiológico sobre as metas propostas nos planos de intervenção;
- b) o desempenho das equipes, incluindo o processo de capacitação;
- c) aspectos relacionados à gestão e à gerência;
- d) a satisfação do usuário e/ou comunidade.

XIII. ACOMPANHAMENTO

- a) A Secretaria Estadual de Saúde, através dos Pólos Regionais de Saúde e Comissão Técnica da Atenção Básica, acompanhará de forma sistemática o funcionamento das Equipes de Saúde da Família, considerando os dispositivos desta Instrução Normativa.
- b) O atesto mensal de funcionamento das Equipes de Saúde da Família, para efeito dos incentivos financeiros do Estado e Ministério da Saúde, será dado a partir da observância dos dispositivos contidos nesta instrução normativa, observando inclusive os critérios do Item XI, desta Instrução Normativa.
- c) Para efeito de avaliação e acompanhamento da satisfação do usuário residente nas áreas de cobertura das ESFs, será analisado o Relatório Trimestral de Avaliação dos Usuários.

XIV. ESPAÇO FÍSICO E EQUIPAMENTOS

Para as ESFs, deverão ser flexibilizados os componentes deste item junto à Comissão Técnica de Atenção Básica.

- a) Os gestores municipais terão um prazo máximo de 06 meses para adequarem a estrutura física e 03 meses para a aquisição de equipamentos.

EQUIPAMENTOS	PLANTA FÍSICA
1. Esfigmomanômetro pediátrico 2. Esfigmomanômetro adulto 3. Estetoscópio adulto 4. Balança antropométrica 5. Balança pediátrica 6. Régua antropométrica 7. Compressor para inalação 8. Mesa ginecológica 9. Mesa clínica com coxim 10. Mesa para consultório com 3 gavetas 11. Cadeiras 12. Geladeira 260ml para vacina 13. Arquivo de aço com 4 gavetas 14. Arquivo de mesa 15. Estantes de aço com 5 prateleiras 16. Carrinho de curativo 17. Foco 18. Otoscópio 19. Sonar ou Pinard 20. Espéculo nº 1 21. Espéculo nº 2 22. Espéculo nº 3 23. Pinça Cheron 24. Pinça Keller 25. Pinça dente de rato 26. Pinça anatômica sem dente 27. Pinça Kocher 28. Tambor médio de inox 29. Caixa de pequena cirurgia completa 30. Tesoura reta 31. Bandeja de inox 20 por 12 32. Cuba rim 33. Bebedouro 34. Suporte para soro	1. Sala de pré-consulta 2. Recepção 3. Sala de imunização 4. Consultório médico 5. Almojarifado 6. Sala para nebulização, curativos 7. Banheiro M e F para usuários 8. Banheiro para funcionário 9. Copa

Portaria nº 026/GAB/SES-MT/2001

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e:

- considerando o Orçamento da Secretaria de Estado de Saúde aprovado para o ano de 2001 através da Lei;
- considerando o Decreto Estadual nº 2.312/2001, de 12/02/2001, que institui o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos do Fundo Estadual para os Fundos Municipais;
- considerando a Resolução nº 23/2000, do Conselho Estadual de Saúde, que aprovou o Plano Estadual de Saúde para os anos 2000 a 2003;
- considerando a Resolução da CIB nº 041/99, de 03 de dezembro de 1999;

RESOLVE:

Art. 1º. Promover a reestruturação do Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS em Mato Grosso.

Art. 2º. O Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária deverá ser norteado pelos seguintes princípios e diretrizes:

- I – Consolidação do Programa de Saúde da Família (PSF), de forma a contribuir para o incremento da Gestão Plena da Atenção Básica nos municípios mato-grossenses, visando a reorientação do Modelo Assistencial, através do estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população;
- II – Estabelecimento de parceria e cooperação com a sociedade civil organizada, nas ações direcionadas ao acompanhamento e avaliação do PSF em Mato Grosso;
- III – Apoio aos Programas de Capacitação do PSF de lideranças associativas aos profissionais das equipes do PSF e aos agentes comunitários de saúde;
- IV – Considerar o controle social do PSF como um dos indicadores de avaliação de resultados e de impacto das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família dos municípios;
- V – Adequação às diretrizes do Decreto nº 2.312/2001, de 12/02/2001 e aos requisitos dispostos na Resolução CIB nº 041/99, de 03 de dezembro de 1999.

Art. 3º. Os recursos financeiros destinados ao custeio do Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária constam do orçamento da Secretaria de Estado de Saúde e serão transferidos na forma estabelecida pelo Decreto nº 2.312/2001.

Art. 4º. Os recursos financeiros destinados ao custeio do Programa de Apoio à Saúde Familiar observarão, principalmente:

- I – O caráter redistributivo do apoio financeiro, com vistas a minimizar as desigualdades regionais de renda e receita dos municípios, sobretudo daqueles pertencentes às regiões do Baixo Araguaia e do Nordeste Mato-grossense;
- II – As metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e no Plano Plurianual (PPA), quanto à implantação gradual, por exercício financeiro, dos incentivos voltados à valorização dos profissionais que compõem as equipes de saúde dos municípios, obedecendo a programação de 200 (duzentas) Equipes de Saúde da Família beneficiárias para o ano de 2001.

Art. 5º. Os valores do incentivo financeiro a serem concedidos, nos termos do Art. 3º desta Portaria, ficam assim definidos:

- I – R\$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais) anuais às equipes da Saúde da Família que pertençam aos municípios das regiões do Baixo Araguaia e Nordeste Mato-grossense;
- II – R\$ 14.400,00 (quatorze mil e quatrocentos reais) anuais, às equipes dos demais municípios mato-grossenses.

§ 1º. Estes valores serão aplicados a cada Equipe de Saúde da Família implantada no município.

Art. 6º. Os valores do incentivo financeiro a serem concedidos terão um acréscimo de 100% (cem por cento) sobre os valores especificados no Art. 5º, por equipe, de acordo com a cobertura populacional do Programa, assim fixada:

- a) 50% (cinquenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população igual ou superior a 30.000 habitantes;
- b) 60% (sessenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população maior ou igual a 10.000 habitantes e inferiores a 30.000 habitantes;
- c) 70% (setenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios com população inferior a 10.000 habitantes.

Art. 7º. Para o efeito de cálculo da cobertura populacional citada no artigo anterior, considera-se:

- a) Cada Equipe de Saúde da Família terá até 4.000 (quatro mil) habitantes sob sua responsabilidade sanitária;
- b) O cálculo da cobertura populacional é obtido através do percentual da população atendida pelas Equipes de Saúde da Família em relação à população total do município.

§ 1º. A população a ser adotada para referência do Programa será a divulgada oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Art. 8º. Os efeitos financeiros decorrentes desta Portaria deverão ser especificados e publicados, por município, o número de equipes atuantes, a cobertura populacional e os valores atualizados correspondentes aos incentivos.

Art. 9º. A participação dos municípios no Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária fica condicionada à assinatura do Termo de Adesão e Compromisso ao Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária que deverá conter:

- I – Compromisso de vincular-se ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS), no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a partir da adesão;
- II – O compromisso de cumprimento das metas pactuadas para a melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica;
- III – Compromisso de implementar e manter a regularidade do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB);
- IV – Garantir a locação dos recursos decorrentes desta Portaria para a implementação do Programa de Saúde da Família;
- V – Providenciar a abertura de subconta bancária do Fundo Municipal de Saúde, junto ao Banco do Brasil e intitulada como segue:
Prefeitura Municipal - Fundo Municipal de Saúde PASF ou PM FMS PASF nº _____;
- VI – Compromisso de treinar as Equipes de Saúde da Família no Curso Introdutório e no Curso Básico, num prazo máximo de 06 (seis) meses.

Art. 10. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Registrada,

Publicada,

CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 13 de fevereiro de 2001.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Termo de Compromisso nº /2001

Pelo presente instrumento, a SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, doravante denominada SES/MT, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado, Dr. Júlio Strubing Müller Neto, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº [REDACTED], CPF nº [REDACTED], residente e domiciliado na Rua [REDACTED], Bairro [REDACTED], Cuiabá-MT e a PREFEITURA MUNICIPAL DE [REDACTED], doravante denominada PREFEITURA, neste ato representada pelo seu Prefeito Sr. [REDACTED], brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº [REDACTED], CPF nº [REDACTED], residente e domiciliado na Rua [REDACTED], ambos consonantes com a interveniência da FEDERAÇÃO MATO-GROSSENSE DE ASSOCIAÇÕES DE BAIRROS, doravante denominada FEMAB, neste ato representada pelo seu Presidente, Sr. Jorge Moraes, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG nº [REDACTED], CPF nº [REDACTED], residente e domiciliado na Rua [REDACTED], e:

- considerando a instituição do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA DE RECURSOS FINANCEIROS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, na forma como se tem disciplinado no Decreto nº 2.312/2001, de 12 de fevereiro de 2001;
- considerando a celebração do Termo de Adesão da PREFEITURA aos princípios e diretrizes constantes do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO;
- considerando os parâmetros do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA, fixados através da Portaria nº 026/GAB/SES-MT/2001, de 13 de fevereiro de 2001;
- considerando as cláusulas e condições consignadas no Termo de Convênio nº 001/2000, celebrado em de 16 de março de 2000, entre a SES/MT e a FEMAB,

RESOLVEM:

Celebrar o presente TERMO DE COMPROMISSO, via do qual as partes, em caráter geral, obrigam-se mutuamente, através do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA, financiado dentro dos princípios do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA FUNDO A FUNDO, a conjugarem esforços à consolidação do Programa da Saúde da Família-PSF no Município de [REDACTED], de forma a contribuir para o incremento da sua Gestão

Plena da Atenção Básica, visando a reorientação do modelo assistencial, objetivando o estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Em caráter específico, a SES-MT compromete-se a:

- I – criar e desenvolver mecanismos de cooperação técnica e financeira que permitam a obtenção e manutenção da qualidade dos serviços prestados pelos Agentes de Saúde Rural do Município de [REDACTED] ;
- II – efetivar mensalmente a transferência de recursos à PREFEITURA, de acordo com os valores consignados na correspondente Autorização de Crédito do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA, devidamente publicada;
- III – acompanhar o desempenho das atividades da PREFEITURA no que tange à execução do presente Compromisso em todos os seus termos, indicando medidas corretivas saneadoras, ou seu distrato compulsório, se for o caso.

A PREFEITURA compromete-se, através do presente instrumento, a:

- I – vincular-se ao Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS, dentro de um prazo máximo de até 90 (noventa) dias, a contar da assinatura do presente Termo de Compromisso;
- II – garantir a implantação e implementação do Sistema de Informações de Saúde da Atenção Básica (SIAB), mantendo a regularidade das informações do cadastro das famílias nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família e informando ao Pólo Regional de Saúde competente, até o dia 05 (cinco) de cada mês, o cumprimento dessa obrigação;
- III – garantir o cumprimento das metas pactuadas para a melhoria dos indicadores da Atenção Básica e consignadas no Plano Municipal de Saúde, constante do Anexo I deste Termo;
- IV – priorizar a aplicação dos recursos financeiros oriundos do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA, na implementação e implantação de Equipes de PSF;
- V – manter o setor responsável da SES/MT, através do Pólo Regional, informado sobre qualquer intercorrência que possa comprometer a continuidade do Programa no município;
- VI – garantir o pleno e absoluto acesso da FEMAB, enquanto entidade representativa da sociedade civil organizada e INTERVENIENTE no presente Termo de Compromisso, às informações e ao acompanhamento das atividades inerentes ao PSF no município.
- VII – cumprir as exigências, os requisitos e critérios constantes da Portaria nº 026/GAB/SES-MT/2001.

O acompanhamento e a avaliação das ações desenvolvidas junto à comunidade assistida pelo Programa de Saúde da Família deverão ser realizados pela FEMAB, de conformidade com as cláusulas e condições estabelecidas no Termo de Convênio nº 001/2000 que, neste Instrumento, apõe sua aquiescência.

Constitui motivo de suspensão automática e, conforme o caso, de distrato do presente Termo de Compromisso as seguintes situações:

- I – Utilização, pela PREFEITURA, dos recursos oriundos do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIAS em desacordo com os objetivos e condições estabelecidas na Portaria nº 026/GAB/SES-MT/2001 e neste Termo de Compromisso;
- II – Aplicação dos recursos, pela PREFEITURA, no mercado financeiro, em desacordo com a legislação vigente;
- III – A não apresentação, por parte da PREFEITURA, da Prestação de Contas prevista na Portaria nº 026/GAB/SES-MT/2001.

E, por estarem assim justos e acordados, assinam as partes compromissadas e a parte interveniente o presente instrumento, em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para a produção dos seus efeitos.

Cuiabá, de de 2001.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Prefeito do Município

Jorge Moraes
Presidente da FEMAB

Testemunhas:

Mato Grosso Incentiva a Ampliação do PACS/PSF

Municípios poderão contar com um acréscimo de
até 100% sobre o valor a ser repassado pelo Estado

Em 12 de fevereiro, o Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso, Júlio Strubing Müller Neto, assinou a Portaria número 026/2001, que define valores de incentivos financeiros aos municípios que atingirem cobertura populacional estabelecido pela SES/MT, com o atendimento pelos programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Trata-se da reestruturação do Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária.

O objetivo do novo incentivo financeiro é estimular os municípios a capacitar e implementar cada vez mais o PSF e o PACS em suas regiões, conseguindo, assim, a cobertura populacional, pelos programas, em todo o território do Estado.

Além dos incentivos já concedidos aos municípios, eles contarão com um acréscimo de até 100% sobre o valor a ser repassado pelo Estado, caso consigam alcançar patamares de cobertura estabelecidos pela SES/MT. Hoje, os municípios do Baixo Araguaia e do nordeste do Estado já recebem R\$ 24 mil como incentivo financeiro. Os outros municípios recebem R\$ 14 mil. A diferença nos valores dos atuais repasses visam minimizar as desigualdades regionais de renda e receitas dos municípios.

Para ser contemplado com o novo incentivo financeiro ao PSF/PACS, o município precisa atingir uma cobertura populacional, conforme os seguintes critérios:

1. Os municípios com população igual ou superior a 30 mil habitantes precisam atender, pelo menos 50% da população, com os programas PACS e PSF.
2. Municípios com população superior a 10 mil habitantes e inferior a 30 mil habitantes devem atingir uma cobertura populacional de, pelo menos, 60%.

3. Municípios com população inferior a 10 mil habitantes terão que atender pelo menos 70% de sua população, com os programas PACS e PSF.

Cada equipe da Saúde da Família terá até 4 mil habitantes sob sua responsabilidade. Os dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) servirão de base para os cálculos dos municípios.

Para participar do Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária, o município precisa assinar o Termo de Adesão e Compromisso. Conforme o Termo, o município se compromete a vincular-se ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), no prazo máximo de 90 dias a partir da adesão, cumprir as metas pactuadas para a melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica; implementar e manter a regularidade do Sistema de Informações da Atenção Básica e garantir a locação de recursos decorrentes da Portaria em questão.

Pesquisa mostra que a população está satisfeita

O Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são considerados prioridade na área de Saúde Pública em Mato Grosso, já que se constituem no melhor modelo de atenção básica em saúde.

A confirmação da excelente aceitabilidade das equipes de Saúde da Família chegou através do resultado de uma pesquisa realizada pela Federação Mato-grossense de Associações de Bairro (FEMAB) em todo o Estado de Mato Grosso, no final do ano passado.

92% dos entrevistados disseram que não tiveram dificuldades em ser atendidos pelos programas. Quanto ao atendimento dos profissionais da equipe, 96% dos entrevistados responderam que foram tratados com educação e respeito.

Um terço dos entrevistados já foi visitado pelo médico do PSF e 93% já receberam visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, 91% das famílias entrevistadas disseram que tiveram seus problemas resolvidos pela equipe de Saúde da Família.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) são compostas por um médico, uma enfermeira, dois ou três auxiliares de enfermagem e pelo menos seis agentes de saúde. Cada equipe fica responsável pelo atendimento de 600 a 900 famílias.

“A idéia é que o usuário não seja apenas um número na multidão de prontuários médicos e sim uma pessoa que, por ter todo o seu histórico de vida conhecido pela equipe, é atendida com mais prontidão, eficiência e humanidade. Por isso, é importante que o Programa de Saúde da Família esteja em todos os recantos do Estado”, ressaltou o Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso, Júlio Strubing Müller Neto.

Repasse Fundo a Fundo garante mais agilidade na Atenção Básica

Decreto foi assinado pelo Governador Dante de Oliveira, em 12 de fevereiro

A partir deste mês, os repasses de verbas aos municípios, destinados à Atenção Básica à Saúde, estarão mais ágeis e menos burocráticos no Estado de Mato Grosso.

O Governador Dante Martins de Oliveira acaba de assinar o Decreto 2.312, que dispõe sobre a instituição do Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

O decreto foi publicado no Diário Oficial do Estado, em 12 de fevereiro. A partir deste decreto, os repasses não acontecem mais através dos convênios, mas diretamente para o Fundo Municipal de Saúde, evitando antigos procedimentos burocráticos aos quais os municípios eram obrigados a cumprir.

O Sistema de Transferência Fundo a Fundo é baseado na Norma Operacional Básica do SUS (01/96), que objetiva a promoção e a consolidação do pleno exercício por parte do município da função de Gestor da Atenção Básica à saúde.

Inicialmente, são destinados recursos orçamentários no valor total de R\$ 9 milhões, a serem transferidos para os Fundos Municipais de Saúde, com repasses mensais.

Estes recursos, repassados diretamente para os municípios, independem da celebração de convênios entre as partes. Eles deverão ser destinados, exclusivamente, ao custeio de ações de Atenção Básica e de Assistência Ambulatorial e Hospitalar, dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e das ações de Vigilância à Saúde.

Para aderir ao Sistema de Transferência Voluntário Fundo a Fundo, o município deve priorizar os programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF).

Ele deve ainda priorizar a implantação e a organização dos Serviços de Referência Regional e Microrregional e a consolidação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde na aplicação dos recursos destinados à ação de Assistência Ambulatorial e Hospitalar e aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Outro compromisso do município se refere à necessidade de se aplicar os recursos destinados à vigilância à saúde nas ações relativas à fiscalização sanitária e ambiental, de vigilância epidemiológica e do controle de endemias.

Artigo publicado na Revista do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – fev./mar. 2001

3

Programa de Apoio à Saúde Comunitária Rural

Programa leva saúde aos assentamentos rurais de Mato Grosso

A Secretaria de Estado de Saúde (SES) lançou um programa inédito no Brasil, e que pode garantir a saúde nos assentamentos rurais de Mato Grosso. Trata-se do Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais, formalizado através da Portaria nº 036/GAB/SES-MT/2001, publicada no Diário Oficial de Mato Grosso, em 6 de março.

Com este programa, todos os assentamentos rurais de Mato Grosso, patrocinados pelo Instituto de Terras de Mato Grosso (Intermat) e Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), e que abriguem mais de 50 famílias, passarão a contar com um Agente Comunitário de Saúde.

Outra decisão da SES, inédita no país, prevê a construção de um posto de saúde, devidamente equipado, nos 39 assentamentos rurais que existem em Mato Grosso, com mais de 400 famílias.

Cada Agente Comunitário de Saúde Rural deverá atender uma média de 80 famílias assentadas.

Ao todo, o Programa beneficia 51.458 famílias que moram nos 237 assentamentos do Estado.

São 690 Agentes, escolhidos pela comunidade onde moram e capacitados pela Secretaria de Estado de Saúde. O salário do Agente Comunitário, de R\$ 200 mensais, será pago pela SES.

A Secretaria prevê um gasto da ordem de R\$ 138 mil mensal (ou R\$ 1,656 milhão ao ano) com salários dos Agentes Comunitários de Saúde Rural nos assentamentos, já previstos no orçamento do ano de 2001.

Portaria nº 044/GAB/SES-MT/2001

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e:

- CONSIDERANDO as diretrizes consignadas na Resolução nº 13/99, do Conselho Estadual de Saúde, que aprovou o Plano Estadual de Saúde para o período 2000 a 2003;
- CONSIDERANDO as disposições contidas na Resolução CIB nº 041/99, de 03 de dezembro de 1999;
- CONSIDERANDO a disponibilidade de recursos orçamentários consignados no Orçamento da SES/MT para o exercício de 2001;
- CONSIDERANDO a instituição do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA DE RECURSOS FINANCEIROS FUNDO A FUNDO, através do Decreto nº 2.312/2001, de 12 de fevereiro de 2001;
- CONSIDERANDO a necessidade de incentivar os municípios à contínua e ininterrupta ação dos serviços de Agentes de Saúde Comunitária Rural junto às comunidades de assentamentos rurais promovidos pelo INCRA e/ou INTERMAT, no âmbito do território de Mato Grosso,

RESOLVE:

Art.1º. O PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS, enquanto ação de Atenção Básica, terá o seu mecanismo de financiamento efetivado dentro do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO, nos termos do Decreto nº 2.312/2001, de 12 de fevereiro de 2001, observando-se ainda os princípios, parâmetros e diretrizes fixados nesta Portaria, notadamente:

- I – a implementação do Serviço de Agente de Saúde Comunitário Rural, nos moldes do Programa de Agente Comunitário de Saúde, de forma a propiciar o incremento direto da oferta dos serviços básicos de saúde às famílias pertencentes aos assentamentos rurais promovidos pelo INCRA e INTERMAT no território de Mato Grosso, bem como contribuir para fixação dessa comunidade no campo;
- II – o estabelecimento de parceria e cooperação com a sociedade civil organizada, nas ações direcionadas ao acompanhamento e avaliação do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS, através da entidade representativa da categoria;
- III – a parceria nos Programas de Capacitação de Agentes de Saúde Comunitária Rural e de Lideranças Associativas para qualificação profissional voltada à construção de estratégias, de apoio e de desenvolvimento das ações e serviços de saúde à comunidade instalada nos assentamentos rurais.

Art. 2º. Na redistribuição dos recursos financeiros aos municípios, destinados ao financiamento de ações dos PROGRAMAS DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS, observar-se-á os seguintes parâmetros:

- I – o caráter específico do apoio financeiro, objetivando o incremento da efetividade dos serviços de agentes de saúde junto aos assentamentos rurais patrocinados pelo INCRA e/ou INTERMAT, de forma permanente e contínua;
- II – o cumprimento das metas visando atingir a completa interiorização dos serviços de agentes comunitários nos municípios, observando-se sempre a especificidade do meio rural e a sua realidade demográfica e sanitária.

Art. 3º. Os recursos financeiros destinados ao custeio do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS, disponibilizados no orçamento de 2001 da SES/MT aos municípios relacionados no Anexo I desta Portaria, ficam fixados no valor de R\$ 2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais)/ano, por Agente de Saúde Comunitária Rural contratado.

Parágrafo Único. O município interessado na implantação do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS, que possua assentamentos rurais com mais de 400 (quatrocentas) famílias, após a implantação do Serviço de Agente de Saúde Comunitária Rural, fica habilitado ao recebimento de recursos destinados a construção de Posto de Saúde Rural Padrão SUS/MT, devidamente equipado para o pleno funcionamento do Serviço de Agente de Saúde Comunitário Rural no respectivo assentamento rural.

Art. 4º. Caberá a cada Agente de Saúde Comunitário Rural a responsabilidade pelo atendimento, no âmbito do assentamento rural, de um número não superior a 80 (oitenta) e nem inferior a 50 (cinquenta) famílias de assentados rurais.

§ 1º. Para efeito de cálculo do número de Agentes de Saúde Comunitária Rural necessários para a cobertura das áreas do assentamento rural, dividir-se-á o número de famílias assentadas por 80 (oitenta).

§ 2º. Para fins de recebimento dos benefícios do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS, considerar-se-á como número de famílias assentadas aquele fornecido pelos órgãos federais e estaduais, conforme o caso, responsáveis pelo processo de assentamento no âmbito do Estado de Mato Grosso.

Art. 5º. Os municípios relacionados no Anexo I desta Portaria que, mediante Termo de Adesão, integram o SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA FUNDO A FUNDO e que estiverem interessados em vincularem-se ao PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS deverão firmar com a SES/MT o competente Termo de Compromisso, mediante o qual obrigar-se-á, dentre outros:

- I – ao cumprimento das metas pactuadas para melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica no âmbito do município;

- II – à implementação e manutenção da regularidade do SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB);
- III – em garantir que os recursos financeiros repassados à conta do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS sejam aplicados exclusivamente em ações pertinentes ao mesmo Programa, sob pena de responsabilização nos termos da legislação vigente;
- IV – em garantir a manutenção de um profissional enfermeiro contratado para uma carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, com a responsabilidade de assumir a coordenação e supervisão dos trabalhos dos Agentes de Saúde Comunitária Rural, podendo a correspondente carga horária de trabalho ser utilizada exclusiva ou complementarmente ao serviço do Programa de Agente Comunitário de Saúde do município;
- V – em garantir o pleno acesso da FETAGRI às informações e ao acompanhamento das ações inerentes ao PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS no município, para fins de avaliação de resultado de seu correspondente impacto;
- VI – viabilizar o encaminhamento às Unidades de Referência de Saúde do município e/ou da microrregião da população dos assentados assistida e indicada para tratamento pelo competente Agente de Saúde Rural;
- VII – Garantir meios de locomoção para os Agentes Comunitários de Saúde Rural (bicicleta e outros), equipamentos (balança e termômetros) e uniformes devidamente identificados com o símbolo do SUS - Sistema Único de Saúde, bem como do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Assentados Rurais.

Parágrafo Único. Caberá ao município, para fins de efetivação da transferência dos recursos, providenciar a abertura de subconta corrente, intitulada “Prefeitura Municipal - Fundo Municipal de Saúde/Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais” ou “PM-FMS/PASCAR”, a qual deverá estar vinculada à conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, junto à Agência do Banco do Brasil S/A.

Art. 6º. As transferências mensais dos recursos financeiros do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS aos municípios serão precedidas da competente publicação das AUTORIZAÇÕES DE CRÉDITOS, expedidas pelo Secretário de Estado de Saúde, contendo os nomes dos municípios, denominação do assentamento, o número de famílias assentadas, o número de Agentes de Saúde Comunitária Rurais contratados até o mês de competência e a importância mensal dos valores transferidos.

Art.7º. Os municípios que aderirem ao PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS obrigam-se à Prestação de Contas correspondente à aplicação dos recursos recebidos, nos termos do Parágrafo Único do Art. 70 da Constituição Federal e demais dispositivos legais que disciplinam a matéria.

§ 1º. Caberá à SES/MT, a qualquer momento, promover a fiscalização do desempenho das atividades executadas pelo município relacionadas ao cumprimento dos objetivos do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS, bem como à correta aplicação dos recursos transferidos.

§ 2º. Na hipótese de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria, bem como na inadimplência total ou parcial do correspondente Termo de Compromisso, a transferência dos recursos financeiros deverá ser automática e compulsoriamente suspensa, só voltando à regularidade após o saneamento dos procedimentos.

Art. 8º. Os recursos financeiros para custeio do PROGRAMA DE APOIO À SAÚDE COMUNITÁRIA DE ASSENTADOS RURAIS correrão à conta da dotação orçamentária da Unidade Fundo Estadual de Saúde.

Parágrafo Único. Caberá à Subsecretaria de Estado de Saúde, através de Instrução Normativa, disciplinar a implantação na SES/MT de procedimentos e rotinas necessárias ao cumprimento desta Portaria.

Art. 9º. Esta Portaria entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário, em especial a PORTARIA nº 036/2001/GAB/SES-MT, publicada no Diário Oficial de 06/03/2001, na página 07.

REGISTRADA, PUBLICADA, CUMPRA-SE.

Cuiabá, 29 de março de 2001.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Saúde no campo



Anexo I da Portaria nº 044/2001/GAB/SES-MT

MUNICÍPIO/SEDE	ASSENTAMENTOS	ÁREA (ha)	Cap. de Ass.	Nº de Fam	Nº ASCR	\$/ASCR/ANO	\$/ASCR/MÊS	\$/ASCR/MÊS/MUM.	\$/ASCR/ANO/MUN.
Acorizal	Baus			50	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Água Boa	Jandira Jatobazinho Rio dos Cocos Serrinha Pontal Martins I Santa Maria Jaraguá	9.471,00 14.606,75 6.448,00 9.916,56 9.912,00 3.847,00 13.500,00 20.021,84	150 175 122 158 62 55 200 400	150 133 63 158 62 55 200 400	2 2 1 2 1 1 3 5	4.800 4.800 2.400 4.800 2.400 2.400 7.200 12.000	400,00 400,00 200,00 400,00 200,00 200,00 600,00 1.000,00	3.400,00	40.800,00
Alta Floresta	Jacaminho I e II Nossa Terra Nossa Gente			74 160	1 2	2.400 4.800	200,00 400,00	600,00	7.200,00
Alto Araguaia	Córrego Rico	1.577,45	51	51	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Alto Boa Vista	Bandeirantes Roncador Serra Nova II Macife II Mãe Maria	8.163,00 9.997,33 10.000,00 18.377,05 24.858,76	100 150 59 366 500	100 150 59 366 500	1 2 1 4 6	2.400 4.800 2.400 9.600 14.400	200,00 400,00 200,00 800,00 1.200,00	2.800,00	33.600,00
Alto Paraguai	Capão Verde Tira Sentido	5.978,60 6.331,49	169 95	169 104	2 1	4.800 2.400	400,00 200,00	600,00	7.200,00
Apiacás	Arumã Nova Mutum Ouro Verde			198 81 63	2 1 1	4.800 2.400 2.400	400,00 200,00 200,00	800,00	9.600,00
Araputanga	Vereda	3.586,56	108	108	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Aripuanã	Perseverança Pacutinga Escol Sul Lontra Natal	17.700,74 26.439,11 12.420,49	346 500 205	350 500 258 205	4 6 3 3	9.600 14.400 7.200 7.200	800,00 1.200,00 600,00 600,00	3.200,00	38.400,00
Barra do Bugres	Campos Novos	4.800,00	96	96	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Brasnorte	Tibagi Paloma Jurueña I	114.502,15 9.051,14 14.417,17	600 190 360	600 190 360	8 2 5	19.200 4.800 12.000	1.600,00 400,00 1.000,00	3.000,00	36.000,00
Cáceres	Tupã Providência III Mirassolzinho II Sadia II PaioI Laranjeiras I Margarida Alves Nova Esperança Barranqueira Vale Verde Limoeiro	3.089,50 1.522,73 2.050,00 10.113,74 16.067,41 10.944,13 3.902,54 1.695,29 2.326,05 2.077,29 8.649,39	97 84 65 350 449 243 145 51 74 63 172	97 84 65 350 449 243 145 51 74 63 172	1 1 1 4 6 3 2 1 1 1 2	2.400 2.400 2.400 9.600 14.400 7.200 4.800 2.400 2.400 2.400 4.800	200,00 200,00 200,00 800,00 1.200,00 600,00 400,00 200,00 200,00 200,00 400,00	4.600,00	55.200,00
Campinápolis	Noidorinho Vitória	17.443,40	200	200	3	7.200	600,00	600,00	7.200,00
Campo Novo do Parecis	Guapirama	3.293,76	50	50	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Campo Verde	Vinte e Oito de Outubro Terra Forte	2.262,11 2.099,80	70 70	70 70	1 1	2.400 2.400	200,00 200,00	400,00	4.800,00

continua...

MUNICÍPIO/SEDE	ASSENTAMENTOS	ÁREA (ha)	Cap. de Ass.	Nº de Fam	Nº ASCR	\$/ASCR/ ANO	\$/ASCR/ MÊS	\$/ASCR/ MÊS/MUM.	\$/ASCR/ ANO/MUN.
Canabrava do Norte	Cana Brava	32.754,12	465	370	5	12.000	1.000,00	2.400,00	28.800,00
	Liberdade	38.000,00	700	220	3	7.200	600,00		
	Manah	8.720,15	120	120	2	4.800	400,00		
	Tatuiby	11.879,50	150	150	2	4.800	400,00		
Castanheira	Vale do Seringal	6.074,76	567	567	7	16.800	1.400,00	1.400,00	16.800,00
Chap. dos Guimarães	Quilombo	9.000,25	144	144	2	4.800	400,00	1.000,00	12.000,00
	Jangada Roncador			250	3	7.200	600,00		
Colider	Novo México	9.963,78	152	152	2	4.800	400,00	1.600,00	19.200
	Veraneio	14.147,57	450	450	6	14.400	1.200,00		
Colniza	Guariba ou Pannels			300	4	9.600	800,00	800,00	9.600,00
Comodoro	Macuco	5.960,76	220	220	3	7.200	600,00	4.000,00	48.000,00
	Nova Alvorada	7.870,00	123	123	2	4.800	400,00		
	Noroagro	16.008,00	280	128	2	4.800	400,00		
	Miranda Estância	18.402,00	330	500	6	14.400	1.200,00		
	Granja	3.528,00	113	113	1	2.400	200,00		
	Cabixi	24.300,00	450	450	6	14.400	1.200,00		
Confresa	Canta Galo	31.444,04	500	550	7	16.800	1.400,00	8.800,00	105.600,00
	Jacaré Valente	24.909,67	400	200	3	7.200	600,00		
	Piracicaba	22.308,00	141	141	2	4.800	400,00		
	Xavantes Figura A	8.483,00	96	96	1	2.400	200,00		
	Fartura	33.769,88	350	200	3	7.200	600,00		
	Confresa Roncador	93.580,72	935	935	12	28.800	2.400,00		
	Independente II	6.528,00	100	100	1	2.400	200,00		
	Porto Esperança	4.184,60	83	83	1	2.400	200,00		
	Independente I	14.699,52	257	257	3	7.200	600,00		
	Sto. Antonio Fontoura III	12.058,00	216	216	3	7.200	600,00		
	Sto. Antonio Fontoura II	5.155,52	92	92	1	2.400	200,00		
	São Vicente	31.273,34	63	63	1	2.400	200,00		
	Sto. Antonio Fontoura I	40.593,35	500	500	6	14.400	1.200,00		
Cotriguaçu	Cotriguaçu	11.359,00	113	113	1	2.400	200,00	4.000,00	48.000,00
	Nova Cotriguaçu	100.000,00	1522	1522	19	45.600	3.800,00		
Diamantino	Bojuí	15.368,71	250	250	3	7.200	600,00	1.600,00	19.200,00
	Caetés	8.292,23	278	278	3	7.200	600,00		
	Caetés I	2.052,00	80	80	1	2.400	200,00		
	Salinho			52	1	2.400	200,00		
Dom Aquino	Paraíso	1.246,81	50	50	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Feliz Natal	Ena	30.000,00	450	450	6	14.400	1.200,00	1.200,00	14.400,00
Guarantã do Norte	Cotrel	6.735,00	134	134	2	4.800	400,00	800,00	9.600,00
	Cachoeira da União	8.024,38	104	104	1	2.400	200,00		
	São José	6.000,00	112	112	1	2.400	200,00		
Guiratinga	Dois Irmãos	1.484,68	60	60	1	2.400	200,00	600,00	7.200,00
	Santo Antonio	4.938,26	130	130	2	4.800	400,00		
Itiquira	Nossa Srª do Carmo	5.693,67	80	80	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Jauru	Mirassolzinho	20.610,67	620	777	9	21.600	1.800,00	2.200,00	26.400,00
	Corgão	5.002,42	120	120	2	4.800	400,00		
Juara	Escondido	4.976,00	90	90	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00

continua...

MUNICÍPIO/SEDE	ASSENTAMENTOS	ÁREA (ha)	Cap. de Ass.	Nº de Fam	Nº ASCR	\$/ASCR/ANO	\$/ASCR/MÊS	\$/ASCR/MÊS/MUM.	\$/ASCR/ANO/MUN.
Juína	Iracema	18.613,69	335	335	4	9.600	800,00	800,00	9.600,00
Juruena	Juruena	30.072,40	400	400	5	12.000	1.000,00	1.600,00	19.200,00
	Vale do Amanhecer	14.400,00	250	250	3	7.200	600,00		
Juscimeira	Geraldo Pereira Andrade	3.926,46	140	140	2	4.800	400,00	1.000,00	12.000,00
	Beleza	6.883,24	231	231	3	7.200	600,00		
Marcelândia	Bonjaguar	9.998,00	375	375	5	12.000	1.000,00	1.000,00	12.000,00
Matupá	Horizonte II	10.300,00	257	257	3	7.200	600,00		
	Iririzinho	6.000,00	60	60	1	2.400	200,00	2.000,00	24.000,00
	Padovani	29.969,00	450	450	6	14.400	1.200,00		
Mirassol D'Oeste	Providência I	3.983,20	50	50	1	2.400	200,00		
N. Srª do Livramento	Sadia III	4.271,00	150	150	2	4.800	400,00		
	Estrela do Oriente	2.272,42	80	80	1	2.400	200,00	1.200,00	14.400,00
	Ribeirão dos Cocais	1.074,00	21	50	1	2.400	200,00		
	Boa Vista / Mata Cavalo			100	1	2.400	200,00		
	Nossa Srª do Livramento			60	1	2.400	200,00		
Nobres	Serragem	1.043,00	73	73	1	2.400	200,00	2.000,00	24.000,00
	Coqueiral/Quebó	49.383,00	700	728	9	21.600	1.800,00		
Nortelândia	São Francisco II	2.071,70	71	71	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Nova Bandeirantes	Japuranã	62.013,33	870	870	11	26.400	2.200,00	2.200,00	26.400,00
Nova Brasilândia	Santa Rosa	6.087,00	145	145	2	4.800	400,00	600,00	7.200,00
	Fica Faca	7.806,77	107	107	1	2.400	200,00		
Nova Canaã do Norte	Cruzeiro do Sul	2.239,92	39	78	1	2.400	200,00		
	Avaí	5.397,44	120	120	2	4.800	400,00		
	Ouro Branco	4.420,00	85	85	1	2.400	200,00	1.000,00	12.000,00
	Rondon	7.500,00	140	140	1	2.400	200,00		
Nova Maringá	Chacororé	8.800,00	220	220	3	7.200	600,00	600,00	7.200,00
Nova Mutum	Pontal do Marape	28.995,61	600	600	7	16.800	1.400,00	1.400,00	16.800,00
Nova Olimpia	Riozinho	2.541,00	63	63	1	2.400	200,00		
	Vale do Sol	2.300,00	52	52	1	2.400	200,00	600,00	7.200,00
	Rio Branco	6.300,00	55	55	1	2.400	200,00		
Nova Ubiratã	Boa Esperança I, II e III	32.876,77	388	388	5	12.000	1.000,00		
	Santa Terezinha II	11.509,65	150	150	2	4.800	400,00	1.600,00	19.200,00
	Cedro Rosa	3.872,00	100	100	1	2.400	200,00		
Nova Xavantina	Safra	29.374,00	588	350	4	9.600	800,00		
	Piau	8.694,00	100	90	1	2.400	200,00	1.400,00	16.800,00
	Rancho Amigo	8.000,00	125	125	2	4.800	400,00		
Novo Horizonte do Norte	Julieta II	3.294,80	100	100	1	2.400	200,00		
	Caracol	2.003,05	70	70	1	2.400	200,00	400,00	4.800,00
Novo Mundo	Bela Vista	8.549,75	130	130	2	4.800	400,00	400,00	4.800,00
Novo São Joaquim	Santo Ildefonso	18.722,50	500	500	6	14.400	1.200,00	1.400,00	16.800,00
	Tamboril	1.352,26	54	54	1	2.400	200,00		
Nova Monte Verde	Santa Maria			107	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00

continua...

MUNICÍPIO/SEDE	ASSENTAMENTOS	ÁREA (ha)	Cap. de Ass.	Nº de Fam	Nº ASCR	\$/ASCR/ ANO	\$/ASCR/ MÊS	\$/ASCR/ MÊS/MUM.	\$/ASCR/ ANO/MUN.
Paranaíta	São Pedro	35.000,00	700	700	8	19.200	1.600,00	2.600,00	31.200,00
	Boa Vista	14.907,80	234	234	3	7.200	600,00		
	Colorado	7.896,00	186	186	2	4.800	400,00		
Paranatinga	Pontal do Piranha			83	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Pedra Preta	João Pessoa	2.754,33	112	112	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Peixoto de Azevedo	Cachimbo	52.500,00	1000	1000	12	28.800	2.400,00		
	São José União	59.938,19	1000	1000	12	28.800	2.400,00	6.800,00	81.600,00
	Cachimbo II	49.811,06	824	824	10	24.000	2.000,00		
Poconé	Furnas do Buriti	1.061,60	61	61	1	2.400	200,00		
	Campo Limpo	1.022,32	50	50	1	2.400	200,00		
	Girau	3.037,22	116	116	1	2.400	200,00	1.200,00	14.400,00
	Agroana	2.025,96	157	157	2	4.800	400,00		
	João Ponce			60	1	2.400	200,00		
Pontes e Lacerda	Aerorrancho	7.327,67	155	155	2	4.800	400,00		
	1.500 Alqueires	3.630,00	78	78	1	2.400	200,00		
	Sararé	13.500,00	249	249	3	7.200	600,00		
	Coronel Ary	7.500,00	200	200	3	7.200	600,00		
	Córrego da Onça	1.679,31	82	82	1	2.400	200,00	5.200,00	62.400,00
	Nova Conquista	13.936,94	398	398	5	12.000	1.000,00		
	Santa Helena	16.447,50	180	180	2	4.800	400,00		
	Rio Alegre	12.506,79	392	392	5	12.000	1.000,00		
	Triunfo	11.026,98	300	300	4	9.600	800,00		
Porto Alegre do Norte	Margarida União	19.927,17	230	230	3	7.200	600,00	800,00	9.600,00
	Nova Floresta			116	1	2.400	200,00		
Poxoréo	Santo Antonio da Aldeia	1.706,09	59	59	1	2.400	200,00		
	Alminhas	1.810,00	70	70	2	2.400	200,00	1.000,00	12.000,00
	Carlos Mariguela	5.582,66	160	160	1	4.800	400,00		
	Buraqueira			100	1	2.400	200,00		
Querência	Coutinho União	20.000,00	200	200	3	7.200	600,00		
	Brasil Novo	27.905,00	358	358	4	9.600	800,00	3.800,00	45.600,00
	Pingos D'Água	38.409,46	692	692	9	21.600	1.800,00		
	São Manoel	13.725,54	227	227	3	7.200	600,00		
Ribeirão Cascalheira	Macife	111.680,61	1200	650	8	19.200	1.600,00		
	Maria Tereza	20.198,56	100	100	1	2.400	200,00	2.600,00	31.200,00
	Cancela	14.483,96	160	160	2	4.800	400,00		
	Santa Lúcia	9.148,80	153	153	2	4.800	400,00		
Rondonópolis	Rio Vermelho	10.545,56	338	320	4	9.600	800,00		
	São Francisco	332.1963	50	50	1	2.400	200,00		
	Carimã	6.000,00	205	205	3	7.200	600,00	2.200,00	26.400,00
	Primavera	1.154,70	50	50	1	2.400	200,00		
	Coqueiro	1.179,00	50	50	1	2.400	200,00		
	17 de Março	3.075,08	99	99	1	2.400	200,00		
Rosário Oeste	Forquilha do Rio Manso	16.787,10	350	120	2	4.800	400,00	600,00	7.200,00
	Raizama	2.439,50	81	81	1	2.400	200,00		
São José dos Quatro Marcos	Santa Rosa I	1.887,03	73	73	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
São Félix do Araguaia	Azulona Gameleira	25.069,91	139	139	2	4.800	400,00		
	Sto. Antonio da Mata Azul	109.913,00	550	550	4	9.600	800,00		
	Carnaúba	13.114,00	75	75	1	2.400	200,00		
	Chapadinha	29.185,58	145	145	2	4.800	400,00	3.400,00	40.800,00
	Olaria	2.540,00	101	101	1	2.400	200,00		
	Dom Pedro	30.370,22	482	482	6	14.400	1.200,00		
	Lago de Pedra	6.218,90	50	50	1	2.400	200,00		

continua...

MUNICÍPIO/SEDE	ASSENTAMENTOS	ÁREA (ha)	Cap. de Ass.	Nº de Fam	Nº ASCR	\$/ASCR/ANO	\$/ASCR/MÊS	\$/ASCR/MÊS/MUM.	\$/ASCR/ANO/MUN.
São José do Rio Claro	Santana da Água Limpa	18.904,39	513	513	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
São José do Xingu/Confresa	Brasipaiva Santa Clara	9.073,00 20.000,00	170 390	170 390	2 5	4.800 12.000	400,00 1.000,00	1.400,00	16.800,00
Salto do Céu	Montechi	2.691,71	60	154	2	4.800	400,00	400,00	4.800,00
Santa Terezinha	Presidente Reunidas	34.827,93 17.305,56	571 300	250 300	3 4	7.200 9.600	600,00 800,00	1.400,00	16.800,00
São José do Povo	Sandrini Márcio Pereira Padre Josimo Tavares	2.086,00 2.285,60 3.156,17	80 90 126	80 90 126	1 1 2	2.400 2.400 4.800	200,00 200,00 400,00	800,00	9.600,00
São José do Rio Claro	Campinas	15.430,28	252	252	3	7.200	600,00	600,00	7.200,00
São José do Xingu	Yamin	8.500,00	89	89	1	2.400	200,00		
Sorriso	Piratinunga Santa Rosa II	28.980,09 18.000,00	305 200	305 200	4 3	9.600 7.200	800,00 600,00	1.400,00	16.800,00
Santo Antonio do Leverger	Santana do Taquaral Mata-Mata Palmeiras Resistência Vale do São Vicente	4.982,43	170	170 79 260 124 80	2 1 3 2 1	4.800 2.400 7.200 4.800 2.400	400,00 200,00 600,00 400,00 200,00	1.800,00	21.600,00
Tabaporã	Mercedes Benz I e II	65.398,00	900	900	11	26.400	2.200,00	2.200,00	26.400,00
Tangará da Serra	Triângulo Antonio Conselheiro	3.047,32 37.258,82	121 900	300 900	4 11	9.600 26.400	800,00 2.200,00	3.000,00	36.000,00
Tapurah	Eldorado I Tapurah/Itanhangá Rio Borges Bonanza Santa Irene Wesley Manoel Santos Bogorini Cristalinel Santa Luzia I	34.047,96 115.035,00 7.212,79 3.639,00 2.846,00 38.291,00 3.750,00 3.494,00 3.044,92	450 1050 142 72 50 547 50 50 71	350 1050 142 72 50 547 50 50 71	4 12 2 1 1 7 1 1 1	9.600 28.800 4.800 2.400 2.400 16.800 2.400 2.400 2.400	800,00 2.400,00 400,00 200,00 200,00 1.400,00 200,00 200,00 200,00	6.000,00	72.000,00
Terra Nova do Norte	Eta H.I.J. União de Todos	12.823,56 23.471,60 4.211,00	206 388 54	330 388 54	4 4 1	9.600 9.600 2.400	800,00 800,00 200,00	1.800,00	21.600,00
União do Sul	Nova Esperança			53	1	2.400	200,00	200,00	2.400,00
Vera	Califórnia	7.511,83	250	250	3	7.200	600,00	600,00	7.200,00
Vila Bela da Santíssima Trindade	Seringal Ritinha Formosa Colônia dos Mineiros	6.422,86 5.575,00 14.000,00 5.234,40	240 140 200 100	240 140 185 100	3 2 2 1	7.200 4.800 4.800 2.400	600,00 400,00 400,00 200,00	1.600,00	19.200,00
Vila Rica	Alvorada Itaporã do Norte Colônia Bom Jesus São José da Vila Rica Ipê São Gabriel	3.265,60 10.641,35 4.457,83 14.262,49 12.099,51 1.985,00	50 300 60 256 216 50	50 300 60 256 216 50	1 4 1 3 3 1	2.400 9.600 2.400 7.200 7.200 2.400	200,00 800,00 200,00 600,00 600,00 200,00	2.600,00	31.200,00
TOTAL		3.188.902,85	51.184	51.865	654	1.569.600	130.800,00	130.800,00	1.569.600,00

Abreviações: Área (ha) = área estimada em hectares.

Cap. de Assen. = estimativa da capacidade de famílias assentadas

Nº de Fam. = número de famílias assentadas

Nº ASCR = número estimado de Agentes de Saúde Comunitários Rurais a serem implantados segundo o número de famílias assentadas.

\$/ASCR/Ano = estimativa de recursos financeiros para custeio de contratação dos ASCR por ano, para cada assentamento.

\$/ASCR/Mês = estimativa de recursos financeiros para custeio de contratação dos ASCR por mês, para cada assentamento.

\$/ASCR/Mês/Mun = estimativa de recursos financeiros para custeio de contratação dos ASCR por mês, para cada município.

\$/ASCR/Ano/Mun = estimativa de recursos financeiros para custeio de contratação dos ASCR por ano, para cada município.

4

Projeto Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”

Eliminar a Hanseníase: Objetivo do Governo de Mato Grosso

Mato Grosso é campeão brasileiro de prevalência em hanseníase. Hoje, o Estado tem a prevalência de 20 casos para cada 10 mil habitantes. Em virtude dessa realidade, o Governo do Estado, juntamente com a Secretaria de Estado de Saúde, lança o Projeto Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase”.



Esse Projeto objetiva o controle e a eliminação da doença como problema de saúde pública, reduzindo a prevalência a menos de 1 caso para cada 10 mil habitantes até o ano de 2005, no Estado. Mato Grosso tem 2.913 casos notificados e 3.900 casos estimados. Cerca de 99,2% dos municípios têm casos registrados de Hanseníase e, entre eles, os de maior prevalência são Araguaiana, Ribeirão Cascalheira, Porto Estrela, Pontal do Araguaia, Planalto da Serra, São Félix do Araguaia, São José do Xingu, São Pedro da Cipa, Porto Alegre do Norte, Peixoto de Azevedo e Barra do Garças.

Várias ações e estratégias operacionais serão implementadas nos municípios, com a finalidade de atingir as metas estabelecidas para a eliminação da doença pelo Governo do Estado.

Os maiores aliados do Projeto de eliminação da hanseníase serão os 2.513 Agentes Comunitários de Saúde, as 207 equipes de Saúde da Família, os profissionais da saúde e as prefeituras. Incentivando a detecção de novo caso de hanseníase, a Secretaria de Estado de Saúde estará proporcionando um “bônus” para as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Para cada caso novo detectado, o agente comunitário irá receber R\$ 20 (vinte reais) e os integrantes da Unidade de Saúde receberão R\$ 100 (cem reais) por paciente com alta por cura.

Nessa primeira etapa, que compreende o período de 2001 a 2002, o projeto de eliminação da hanseníase será implantado em todos os municípios do Estado, que serão divididos por ordem de prioridade: 1 – Municípios com população acima de 20 mil habitantes, com prevalência acima de 20 casos/10 mil hab.; 2 – Municípios com população acima de 20 mil habitantes, com prevalência maior de 15 casos/10 mil hab.; 3 – Municípios com população acima de 15 mil habitantes, com prevalência maior de 10 casos/10 mil habitantes; e 4 – Demais municípios do Estado.

Cada município deverá elaborar um plano de intervenção para implementar atividades em sua área de abrangência, considerando o perfil epidemiológico e operacional da região, identificar as áreas de maior risco da endemia para a definição das ações a serem desencadeadas, compor equipe técnica com profissionais qualificados, desenvolver parcerias com demais entidades, ONGs e órgãos, além de criar agenda de treinamentos e acompanhamento da equipe.

Os municípios que atingirem as metas anuais estabelecidas no projeto receberão um incentivo financeiro de acordo com os níveis de prioridade, que vão de R\$ 30 mil a R\$ 2 mil, visando a detecção de 95% dos casos estimados nos municípios de prioridade 1, 2, e 3 e 90% dos casos estimados nos municípios de prioridade 4; curar 90% dos casos que iniciarem tratamento em todos os municípios e a redução da prevalência em 30% ao ano. Esse recurso deverá ser investido, pelos municípios, na implementação das atividades de promoção, prevenção e atenção básica de saúde.

Decreto nº 2.648, de 12 de junho de 2001

Institui o Projeto Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe confere o Artigo 66, inciso III, da Constituição Estadual, e

- considerando as prioridades estabelecidas no Plano Estratégico de Governo para a área de Desenvolvimento Humano;
- considerando a necessidade de implementar ações voltadas à finalidade de eliminar a Hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2005;

DECRETA:

Art. 1º. Fica instituído o projeto prioritário “TOLERÂNCIA ZERO: MATO GROSSO SEM HANSENÍASE”.

Art. 2º. Caberá ao Secretário de Estado de Saúde, mediante Portaria, definir os objetivos, as estratégias, as ações, a avaliação, os prêmios e o bônus do referido projeto.

Art. 3º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º. Revogam-se as disposições em contrário.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 12 de junho de 2001, 180º da Independência e 113º da República.

Dante Martins de Oliveira
Governador do Estado

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Portaria nº 062/GAB/SES-MT/2001

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e:

- considerando as prioridades estabelecidas no Plano Estadual de Saúde – PES, Resoluções CIB;
- considerando o Decreto Governamental nº 2.648, que institui o Projeto Prioritário “TOLERÂNCIA ZERO: MATO GROSSO SEM HANSENÍASE”;
- considerando que a endemia hansênica continua apresentando indicadores de hiperendemicidade em Mato Grosso, com prevalência de 20 casos/10.000 habitantes e coeficiente de detecção de 12 casos/10.000 habitantes; e
- considerando a necessidade de implementação das ações de controle da hanseníase com o objetivo de atingir a meta de eliminação de hanseníase como problema de saúde pública no Estado de Mato Grosso;

RESOLVE:

Art. 1º. Definir as prioridades, os objetivos, as estratégias, as ações e os prêmios a serem realizados no âmbito dos municípios de Mato Grosso, com a finalidade de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública no Estado, conforme Anexos I, II, III e IV.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua assinatura.

Cuiabá-MT, 12 de junho de 2001.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Anexo I

da Portaria nº 062/GAB/SES-MT/2001

I. OBJETIVOS DO PROJETO

O Projeto Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase” tem como objetivo controlar e eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, ou seja, reduzir a prevalência para menos de 1 caso a cada 10.000 habitantes, até o ano 2005, no Estado de Mato Grosso.

II. DURAÇÃO DO PROJETO

O Projeto Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase” terá a duração de 5 anos, de 2001 a 2005, podendo ser estendido, de acordo com os resultados obtidos.

A primeira etapa, ou fase de ataque, compreende os anos de 2001 e 2002.

III. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROJETO E MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS

O Projeto Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase” será desenvolvido e implementado em todos os municípios do Estado, sendo estes divididos por ordem de prioridade, na primeira etapa:

Prioridade 1 – Municípios com população acima de 20.000 habitantes e prevalência acima de 20 casos/ 10.000 habitantes.

Prioridade 2 – Municípios com população acima de 20.000 habitantes e prevalência > 10 casos/10.000 habitantes.

Prioridade 3 – Municípios com população acima de 15.000 habitantes e prevalência > 10 casos/ 10.000 habitantes.

Prioridade 4 – Demais municípios do Estado.

IV. PLANO DE INTERVENÇÃO

Cada município deverá elaborar um plano de intervenção para implementar as atividades em sua área de abrangência, considerando:

- o perfil epidemiológico e operacional do município;
- a estratificação da endemia no município, para identificar áreas de maior risco para a definição de intervenção;
- composição da equipe;
- existência de fluxo de referência;
- identificação e envolvimento de outros parceiros;
- agenda de treinamento e acompanhamento da equipe.

V. PLANO DE ACOMPANHAMENTO E SUPERVISÃO ESTADUAL

A SES, por meio da área Técnica de Hanseníase e dos Escritórios Regionais de Saúde, acompanhará de forma sistemática, o desenvolvimento do Projeto Prioritário “Tolerância Zero: Mato Grosso sem Hanseníase” por meio da supervisão e do sistema de informação.

O processo de acompanhamento será realizado na primeira fase do Projeto, de acordo com a prioridade dos municípios.

Municípios de prioridade 1

Acompanhamento pelo nível central quatro vezes ao ano e mensal pelos Escritórios Regionais.

Municípios de prioridade 2

Acompanhamento pelo nível central três vezes ao ano e seis vezes ao ano pelos Escritórios Regionais.

Municípios de prioridade 3

Acompanhamento pelo nível central uma vez ao ano e três vezes pelos Escritórios Regionais.

Municípios de prioridade 4

Acompanhamento pelo nível regional duas vezes ao ano.

VI. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

- a) No município, deverá estar criado e informatizado o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN – para ser utilizado no acompanhamento da situação e para subsidiar as propostas de intervenção das equipes e para o pagamento do “Bônus” às equipes e do incentivo ou “Prêmio” aos municípios.
- b) Os dados do SINAN deverão ser encaminhados dentro dos prazos estabelecidos pela SES.

VII. AVALIAÇÃO

O processo de avaliação do Projeto terá como base o impacto epidemiológico e operacional sobre as metas do Projeto:

- a) Número de casos novos detectados/ Coeficiente de Detecção de casos novos.
- b) Número de casos curados/ Percentual de cura entre os casos que iniciaram tratamento.
- c) Número de casos em registro ativo/ Coeficiente de Prevalência.

A avaliação terá parciais em outubro e janeiro, e será concluída em março de 2002 (referente ao ano de 2001).

VIII. CAPACITAÇÃO

- a) A capacitação para os agentes comunitários de saúde, equipes da Saúde da Família e equipes de Atenção Básica será oferecida pela SES, por meio da Escola de Saúde Pública e do Pólo de Capacitação de Saúde da Família descentralizado para os Municípios-Pólo de microrregionais ou sede de módulos assistenciais.
- b) O gestor municipal deverá garantir a participação dos profissionais das equipes nos cursos a serem oferecidos pela SES.

IX. DO “BÔNUS” PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

- a) Fica instituído um “Bônus” com vinculação às Equipes Municipais de Atenção Básica e de Saúde da Família.
- b) O “Bônus” será repassado aos agentes comunitários de saúde por cada caso novo detectado, no valor de R\$ 20,00 (vinte reais).
- c) O repasse de “Bônus” referente à cura será dividido entre os integrantes da equipe da Unidade de Saúde no valor de R\$ 100,00 (cem reais) por paciente com alta por cura.

- d) O repasse do “Bônus” será feito uma vez por ano, no mês de março.
- e) Todos os membros da equipe multiprofissional terão direito à bonificação para cura.
- f) Nos meses de outubro e janeiro, será levantada e publicada uma prévia das metas atingidas pelos municípios.

X. INCENTIVO OU PRÊMIO AOS MUNICÍPIOS

- a) Os municípios que atingirem as três metas anuais estabelecidas no Projeto receberão um incentivo financeiro ou “Prêmio”, o qual deverá ser reinvestido na implementação das atividades de promoção, prevenção e atenção básica de saúde.
- b) Metas:
 - 1. Detecção – detectar 95% dos casos estimados nos municípios de prioridade 1, 2, 3 e 90% dos casos estimados nos municípios de prioridade 4.
 - 2. Cura – curar 90% dos casos que iniciarem tratamento em todos os municípios.
 - 3. Prevalência – reduzir a prevalência em 30% ao ano.
- c) O incentivo financeiro ou “Prêmio” será pago aos municípios que atingirem as três metas, de acordo com os níveis de prioridade a saber:

Municípios de Prioridade	Prêmio (R\$)
1	30.000,00
2	15.000,00
3	5.000,00
4	2.000,00

MUNICÍPIOS SEGUNDO PRIORIDADE			
Municípios de Prioridade 1	Casos Esperados	Prevalência Esperada	Estimativa para Cura
Peixoto de Azevedo	80	73	64
Barra do Garças	116	131	90
Barra do Bugres	61	59	43
Mirassol D'Oeste	61	45	20
Tangará da Serra	142	94	98
Alta Floresta	50	65	41
Várzea Grande	290	337	230
Pontes e Lacerda	72	66	55
Cuiabá	780	650	612
Poconé	50	42	40
Municípios de Prioridade 2			
Porto Alegre do Norte	20	35	19
Água Boa	28	31	21
Diamantino	23	33	20
Jaciara	28	30	23
São José dos Quatro Marcos	38	24	29
Sinop	111	77	88
Cáceres	122	73	94
Juína	33	26	26
Rondonópolis	232	113	136
Juara	20	18	18
Municípios de Prioridade 3			
Nobres	40	35	34
Confresa	36	47	31
Chapada dos Guimarães	35	29	29
Nova Xavantina	26	37	20
Paranatinga	20	21	19
Poxoréo	24	27	20
Sorriso	36	39	29
Canarana	22	17	17
Vila Rica	14	18	10
Campo Novo do Parecis	32	20	25
Comodoro	13	18	9
Guarantã do Norte	22	24	20
Colider*	10	15	8

ESTIMATIVA DE "BÔNUS" FINANCEIRO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E AOS MUNICÍPIOS			
Municípios	Bônus p/ Eq. Atenção Básica (R\$)	Valor Incentivo Municipal (R\$)	Total (R\$)
Cuiabá	76.800,00	30.000,00	106.800,00
Várzea Grande	28.800,00	30.000,00	58.800,00
Mirassol D'Oeste	4.220,00	30.000,00	34.220,00
Pontes e Lacerda	6.940,00	30.000,00	36.940,00
Poconé	5.000,00	30.000,00	35.000,00
Alta Floresta	5.100,00	30.000,00	35.100,00
Peixoto de Azevedo	8.000,00	30.000,00	38.000,00
Barra do Bugres	5.520,00	30.000,00	35.520,00
Tangará da Serra	12.640,00	30.000,00	42.640,00
Barra do Garças	11.320,00	30.000,00	41.320,00
Porto Alegre do Norte	2.420,00	15.000,00	17.420,00
Confresa	3.920,00	5.000,00	8.920,00
Nova Xavantina	2.520,00	5.000,00	7.520,00
Água Boa	2.660,00	5.000,00	7.660,00
Diamantino	2.460,00	15.000,00	17.460,00
São José dos Quatro Marcos	3.660,00	15.000,00	18.660,00
Jaciara	2.860,00	15.000,00	17.860,00
Poxoréo	2.480,00	5.000,00	7.480,00
Sinop	11.020,00	15.000,00	26.020,00
Sorriso	3.620,00	15.000,00	18.620,00
Vila Rica	1.480,00	5.000,00	6.480,00
Campo Novo do Parecis	3.540,00	5.000,00	8.540,00
Nobres	4.200,00	5.000,00	9.200,00
Cáceres	11.840,00	15.000,00	26.840,00
Juína	3.260,00	15.000,00	18.260,00
Guarantã do Norte	2.440,00	5.000,00	7.440,00
Rondonópolis	18.420,00	15.000,00	33.420,00
Juara	2.200,00	15.000,00	17.200,00
Colider	1.000,00	5.000,00	6.000,00
Canarana	2.140,00	5.000,00	7.140,00
Comodoro	1.160,00	5.000,00	6.160,00
Paranatinga	1.940,00	5.000,00	6.940,00
Chapada dos Guimarães	3.600,00	5.000,00	8.600,00
Subtotal município prioridade	259.180,00	630.000,00	774.180,00
Demais municípios	870.040,00	214.000,00	301.040,00
Total	346.220,00	844.000,00	1.075.220,00

ESTIMATIVA DE BÔNUS PARA EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA – DETECÇÃO E CURA EM HANSENÍASE						
REGIONAL DE SAÚDE	Casos Estimados Detectados	Valor Estimado p/ Detecção* -(R\$)	Casos Estimados p/ Cura	Valor Estimado p/ Cura** (R\$)	Valor Total R\$	Prevalência Estimada
MATO GROSSO	3.573	71.460,00	2.732	273.200,00	344.660,00	3.254
ÁGUA BOA	108	2.160,00	88	8.800,00	10.960,00	103
Água Boa	28	560,00	21	2.100,00	2.660,00	31
Canarana	22	440,00	17	1.700,00	2.140,00	17
Cocalinho	3	60,00	3	300,00	360,00	3
Gaúcha do Norte	2	40,00	2	200,00	240,00	1
Nova Nazaré	-	-	-	-	-	-
Querência	13	260,00	9	900,00	1.160,00	11
Ribeirão Cascalheira	40	800,00	36	3.600,00	4.400,00	40
BARRA DO GARÇAS	203	4.060,00	150	15.000,00	19.060,00	258
Araguaiana	20	400,00	15	1.500,00	1.900,00	24
Barra do Garças	116	2.320,00	90	9.000,00	11.320,00	131
Campinápolis	11	220,00	4	400,00	620,00	16
General Carneiro	8	160,00	6	600,00	760,00	12
Nova Xavantina	26	520,00	20	2.000,00	2.520,00	35
Novo São Joaquim	4	80,00	3	300,00	380,00	10
Pontal do Araguaia	5	100,00	4	400,00	500,00	13
Ponte Branca	3	60,00	-	-	60,00	3
Ribeirãozinho	2	40,00	2	200,00	240,00	3
Santo Antônio do Leste	-	-	-	-	-	-
Torixoréu	8	160,00	6	600,00	760,00	11
CÁCERES	432	8.640,00	282	28.200,00	36.840,00	320
Araputanga	35	700,00	12	1.200,00	1.900,00	29
Cáceres	122	2.440,00	94	9.400,00	11.840,00	73
Campos de Júlio	2	40,00	2	200,00	240,00	2
Comodoro	13	260,00	9	900,00	1.160,00	18
Conquista D'Oeste	-	-	-	-	-	-
Curvelândia	-	-	-	-	-	-
Figueirópolis D'Oeste	5	100,00	2	200,00	300,00	7
Glória D'Oeste	3	60,00	1	100,00	160,00	2
Indiavaí	3	60,00	3	300,00	360,00	2
Jauru	17	340,00	12	1.200,00	1.540,00	11
Lambari D'Oeste	15	300,00	11	1.100,00	1.400,00	11
Mirassol D'Oeste	61	1.220,00	20	2.000,00	3.220,00	45
Nova Lacerda	4	80,00	2	200,00	280,00	2
Pontes e Lacerda	72	1.440,00	55	5.500,00	6.940,00	66
Porto Esperidião	7	140,00	3	300,00	440,00	5

continua...

ESTIMATIVA DE BÔNUS PARA EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA – DETECÇÃO E CURA EM HANSENÍASE						
REGIONAL DE SAÚDE	Casos Estimados Detectados	Valor Estimado p/ Detecção* -(R\$)	Casos Estimados p/ Cura	Valor Estimado p/ Cura** (R\$)	Valor Total R\$	Prevalência Estimada
Reserva do Cabaçal	11	220,00	9	900,00	1.120,00	5
Rio Branco	10	200,00	8	800,00	1.000,00	9
São José dos Quatro Marcos	38	760,00	29	2.900,00	3.660,00	24
Salto do Céu	5	100,00	4	400,00	500,00	2
Vila Bela da Santíssima Trindade	9	180,00	6	600,00	780,00	7
CUIABÁ	1.218	24.360,00	970	97.000,00	121.360,00	1.144
Acorizal	7	140,00	3	300,00	440,00	8
Barão de Melgaço	4	80,00	3	300,00	380,00	8
Chapada dos Guimarães	35	700,00	29	2.900,00	3.600,00	29
Cuiabá	780	15.600,00	612	61.200,00	76.800,00	650
Jangada	5	100,00	6	600,00	700,00	9
Nossa Srª do Livramento	2	40,00	5	500,00	540,00	7
Nova Brasilândia	12	240,00	10	1.000,00	1.240,00	11
Paranatinga	20	400,00	19	1.900,00	2.300,00	21
Planalto da Serra	2	40,00	3	300,00	340,00	10
Poconé	50	1.000,00	40	4.000,00	5.000,00	42
Santo Antônio do Leverger	11	220,00	10	1.000,00	1.220,00	12
Várzea Grande	290	5.800,00	230	23.000,00	28.800,00	337
DIAMANTINO	121	2.420,00	101	10.100,00	12.520,00	156
Alto Paraguai	16	320,00	12	1.200,00	1.520,00	22
Diamantino	23	460,00	20	2.000,00	2.460,00	33
Nobres	40	800,00	34	3.400,00	4.200,00	35
Nortelândia	15	300,00	13	1.300,00	1.600,00	24
Nova Maringá	2	40,00	2	200,00	240,00	1
Rosário Oeste	20	400,00	16	1.600,00	2.000,00	25
São José do Rio Claro	5	100,00	4	400,00	500,00	16
JUARA	32	640,00	29	2.900,00	3.540,00	33
Juara	20	400,00	18	1.800,00	2.200,00	18
Novo Horizonte do Norte	3	60,00	4	400,00	460,00	2
Porto dos Gaúchos	4	80,00	3	300,00	380,00	6
Tabaporã	5	100,00	4	400,00	500,00	7
JUÍNA	70	1.400,00	50	5.000,00	6.400,00	63
Aripuanã	9	180,00	6	600,00	780,00	11
Castanheira	9	180,00	7	700,00	880,00	9
Colniza	2	40,00	-	-	40,00	2
Cotriguaçu	10	200,00	7	700,00	900,00	7
Juína	33	660,00	26	2.600,00	3.260,00	26
Juruena	5	100,00	4	400,00	500,00	7
Rondolândia	2	40,00	-	-	40,00	1
Obs.: *Detecção - R\$ 20,00 / ** Cura R\$ 100,00						

continua...

ESTIMATIVA DE BÔNUS PARA EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA – DETECÇÃO E CURA EM HANSENÍASE						
REGIONAL DE SAÚDE	Casos Estimados Detectados	Valor Estimado p/ Detecção* -(R\$)	Casos Estimados p/ Cura	Valor Estimado p/ Cura** (R\$)	Valor Total R\$	Prevalência Estimada
PORTO ALEGRE DO NORTE	162	3.240,00	137	13.700,00	16.940,00	189
Alto Boa Vista	3	60,00	2	200,00	260,00	3
Bom Jesus do Araguaia	-	-	-	-	-	-
Canabrava do Norte	10	200,00	9	900,00	1.100,00	13
Confresa	36	720,00	31	3.100,00	3.820,00	47
Luciara	7	140,00	5	500,00	640,00	8
Novo Santo Antônio	-	-	-	-	-	-
Porto Alegre do Norte	20	400,00	19	1.900,00	2.300,00	35
Santa Cruz do Xingu	-	-	-	-	-	-
Santa Terezinha	10	200,00	9	900,00	1.100,00	13
São Félix do Araguaia	55	1.100,00	45	4.500,00	5.600,00	35
São José do Xingu	7	140,00	7	700,00	840,00	17
Serra Nova Dourada	-	-	-	-	-	-
Vila Rica	14	280,00	10	1.000,00	1.280,00	18
RONDONÓPOLIS	398	7.960,00	275	27.500,00	35.460,00	243
Alto Araguaia	3	60,00	3	300,00	360,00	2
Alto Garças	7	140,00	5	500,00	640,00	8
Alto Taquari	2	40,00	3	300,00	340,00	1
Araguainha	2	40,00	1	100,00	140,00	1
Campo Verde	10	200,00	8	800,00	1.000,00	11
Dom Aquino	11	220,00	9	900,00	1.120,00	4
Guiratinga	10	200,00	8	800,00	1.000,00	12
Itiquira	5	100,00	2	200,00	300,00	5
Jaciara	28	560,00	23	2.300,00	2.860,00	30
Juscimeira	11	220,00	10	1.000,00	1.220,00	6
Pedra Preta	14	280,00	13	1.300,00	1.580,00	10
Poxoréo	24	480,00	20	2.000,00	2.480,00	27
Primavera do Leste	18	360,00	15	1.500,00	1.860,00	7
Rondonópolis	232	4.640,00	136	13.600,00	18.240,00	103
São José do Povo	1	20,00	2	200,00	220,00	1
São Pedro da Cipa	17	340,00	14	1.400,00	1.740,00	12
Tesouro	3	60,00	3	300,00	360,00	3
ALTA FLORESTA	72	1.440,00	62	6.200,00	7.640,00	97
Alta Floresta	50	1.000,00	41	4.100,00	5.100,00	65
Apiacás	3	60,00	3	300,00	360,00	15
Carlinda	7	140,00	5	500,00	640,00	4

continua...

ESTIMATIVA DE BÔNUS PARA EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA – DETECÇÃO E CURA EM HANSENÍASE						
REGIONAL DE SAÚDE	Casos Estimados Detectados	Valor Estimado p/ Detecção* - (R\$)	Casos Estimados p/ Cura	Valor Estimado p/ Cura** (R\$)	Valor Total R\$	Prevalência Estimada
Nova Bandeirantes	2	40,00	2	200,00	240,00	1
Nova Canaã do Norte	3	60,00	3	300,00	360	2
Nova Monte Verde	4	80,00	4	400,00	480,00	6
Paranaíba	3	60,00	4	400,00	460,00	4
PEIXOTO DE AZEVEDO	144	2.880,00	117	11.700,00	14.580,00	136
Colider	10	200,00	8	800,00	1.000,00	8
Guarantã do Norte	22	440,00	20	2.000,00	2.440,00	24
Matupá	11	220,00	9	900,00	1.120,00	15
Nova Guarita	2	40,00	2	200,00	240,00	1
Novo Mundo	4	80,00	3	300,00	380,00	3
Peixoto de Azevedo	80	1.600,00	64	6.400,00	8.000,00	73
Terra Nova do Norte	15	300,00	11	1.100,00	1.400,00	12
SINOP	265	5.300,00	212	21.200,00	26.500,00	220
Cláudia	7	140,00	5	500,00	640,00	9
Feliz Natal	5	100,00	4	400,00	500,00	3
Itaúba	9	180,00	9	900,00	1.080,00	8
Lucas do Rio Verde	7	140,00	8	800,00	940,00	7
Marcelândia	30	500,00	25	2.500,00	3.100,00	27
Nova Mutum	20	400,00	16	1.600,00	2.000,00	21
Nova Santa Helena	-	-	-	-	-	-
Nova Ubiratã	5	100,00	4	400,00	500,00	3
Santa Carmem	7	140,00	4	400,00	540,00	1
Sinop	111	2.220,00	88	8.800,00	11.020,00	77
Sorriso	36	720,00	29	2.900,00	3.620,00	39
Tapurah	7	140,00	5	500,00	640,00	9
União do Sul	9	180,00	6	600,00	780,00	4
Vera	12	240,00	9	900,00	1.140,00	12
TANGARÁ DA SERRA	348	6.960,00	259	25.900,00	32.860,00	292
Arenápolis	38	760,00	30	3.000,00	3.760,00	38
Barra do Bugres	61	1.220,00	43	4.300,00	5.520,00	59
Brasnorte	18	360,00	5	500,00	860,00	17
Campo Novo do Parecis	32	640,00	25	2.500,00	3.140,00	20
Denise	7	140,00	6	600,00	740,00	12
Nova Marilândia	2	40,00	3	300,00	340,00	3
Nova Olímpia	7	140,00	20	2.000,00	2.140,00	11
Porto Estrela	25	500,00	20	2.000,00	2.500,00	19
Santo Afonso	9	180,00	4	400,00	580,00	8
Sapezal	7	140,00	5	500,00	640,00	11
Tangará da Serra	142	2.840,00	98	9.800,00	12.640,00	94

Obs.: *Detecção - R\$ 20,00 / **Cura - R\$ 100,00

Fonte: Coord. Técnica/ Área Técnica de Hanseníase/MT

5

A Rede de Atenção à Saúde Mental

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso- SES/MT está ampliando sua Rede de Atenção à Saúde Mental. Para tanto, está proporcionando a criação de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial para Tratamento de Pessoas com Transtornos Mentais e Dependências Químicas - CAPS.

Para esta finalidade, este Órgão repassará recursos financeiros por meio de Convênios, objetivando a aquisição de equipamentos e materiais permanentes no valor de R\$ 12.000,00 (doze mil reais), conforme a Resolução nº 009/2001 da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/MT.

Serão contemplados, ainda neste ano de 2001, os municípios que tiverem 20.000 (vinte mil) ou mais habitantes, desde que assim o desejarem. Além disso, a Secretaria de Estado de Saúde repassará, mensalmente, recursos no valor de R\$ 7.000,00/mês para o custeio das Unidades implantadas, de acordo com os termos da Portaria nº 059/GAB/SES-MT/2001, de 31/05/2001 (ver anexo).

A fim de concretizar esta proposta, os municípios do Estado devem manifestar o interesse na adesão a este Projeto, para que possam ser adotadas as providências necessárias pela SES/MT que se encarregará, também, da capacitação das equipes que irão atuar neste Programa.

Resolução CIB nº 009/01, de 25 de maio de 2001

Dispõe sobre a flexibilização do processo de implantação e implementação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- I – a meta prioritária de implantação e implementação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para Psicótico e Dependente de Substâncias Químicas em Mato Grosso, definida no Plano Estratégico de Governo para a área de Desenvolvimento Humano e no Plano Estadual de Saúde;
- II – a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, que consagra em suas diretrizes o atendimento universal, hierarquizado, regionalizado e integral e normatiza o atendimento em Centro de Atenção Psicossocial;
- III – as metas do Plano de Trabalho Anual da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso de implantar 20 (vinte) CAPS, preferencialmente nos municípios com mais de vinte mil habitantes;

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar a presente Instrução Normativa (em anexo), como estratégia para a implantação e operacionalização dos Centros de Atenção Psicossocial nos municípios do Estado de Mato Grosso.

Art. 2º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado da Saúde/MT

Luis Soares
Presidente do COSEMS/MT

Anexo I da Resolução CIB nº 009/01

Instrução Normativa para a Implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

I. DEFINIÇÃO E OBJETIVO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma unidade de serviço extra hospitalar de assistência pública, regionalizada, com uma população de abrangência definida. É o local para onde são referenciados usuários oriundos de instituições ou de uma demanda espontânea, que oferece atendimento especializado diário aos usuários, por um período de 30 (trinta) a 90 (noventa) dias, com equipe interdisciplinar, devendo o município organizar a rede de atenção básica para dar seguimento aos mesmos. Tem como objetivo prioritário o atendimento a psicóticos, egressos e dependentes de substâncias químicas.

CAPS de Cuiabá



II. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS PARA A QUALIFICAÇÃO DO PROJETO

1. Para a aprovação, serão consideradas as especificações descritas nesta Resolução.

2. Composição da Equipe Técnica:

a) A equipe do CAPS terá a seguinte composição mínima:

01 Médico Psiquiatra ou Clínico treinado;

01 Enfermeiro;

01 Assistente Social;

01 Psicólogo;

02 Auxiliares de Enfermagem.

Outros profissionais poderão ser inseridos na equipe, dependendo da disponibilidade dos membros no município. Estes profissionais poderão ser: Terapeuta Ocupacional, Professor de Educação Física, Professor ou Instrutor de Artes e outros.

b) Todos os profissionais do CAPS deverão cumprir a carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, com exceção do médico, cuja carga horária mínima deverá ser de 20 (vinte) horas.

3. Estrutura Física:

A estrutura mínima necessária para o funcionamento dos CAPS compreende:

– 01 sala ampla (para grupo);

– 04 salas pequenas (recepção, consultórios e administração);

– 01 copa;

– 03 banheiros;

– 01 área coberta e arejada com, no mínimo, cem metros de área construída.

4. Os equipamentos mínimos necessários para a implantação dos CAPSs constam do anexo II desta Resolução.

5. O município deverá dispor de um profissional farmacêutico bioquímico para responsabilizar-se pelos medicamentos do CAPSs.

III. DA QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE

a) A capacitação da equipe é obrigatória a todos os profissionais da equipe, para iniciar o funcionamento dos CAPS.

- b) O programa de capacitação deverá ser definido pelo Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Escola de Saúde Pública, podendo ter parceria com outras instituições de ensino.
- c) Os municípios devem viabilizar a participação dos profissionais nos cursos a serem programados pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

IV. DO GERENCIAMENTO

Os CAPSs são Unidades de Saúde gerenciadas pelos municípios; porém, como seu funcionamento se dá em turnos regulares, poderá haver pactos intergestores na região, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e/ou Consórcios, para atendimento à população referenciada dos municípios mais próximos.

V. DO FINANCIAMENTO

1. Espaço Físico: os municípios devem disponibilizar o imóvel, próprio ou alugado.
2. Equipamentos: a Secretaria de Estado de Saúde/MT repassará recursos financeiros do orçamento estadual aos gestores municipais, através de celebração de convênio para compra de equipamentos necessários. Os municípios devem dar 10% (dez por cento) de contrapartida.
3. Custeio: os recursos para custeio do funcionamento dos CAPSs serão de responsabilidade conjunta do Estado e do Município:
 - a) sendo que a Secretaria de Estado de Saúde/MT repassará o valor fixo mensal, fundo a fundo, como parcela do Programa de Apoio à Microrregionalização II.
 - b) recursos próprios do município.

VI. DA PROGRAMAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

1. O cadastro e a programação física e financeira dos CAPSs serão de responsabilidade dos Escritórios Regionais, sob a coordenação e orientação técnica da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAI).
2. A elaboração de relatório contendo as informações de produção do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) é de responsabilidade do município e deverá seguir o cronograma estabelecido pela SES/SAI.
3. A supervisão e acompanhamento de rotina é de responsabilidade do município, visando garantir a qualidade e satisfação dos usuários.

4. O processo de avaliação dos CAPSs/SES terá como base:
 - a) o impacto epidemiológico sobre as metas propostas nos planos de intervenção;
 - b) a redução do número de internações de egressos nos municípios com CAPS;
 - c) o estabelecimento de um fluxo de atenção e acompanhamento, referência e contra referência, evitando assim a reinternação.
 - d) A satisfação do usuário e/ou familiares/comunidade.
5. Acompanhamento:
 - a) A Secretaria de Estado de Saúde/MT, através dos Escritórios Regionais de Saúde e área técnica de Saúde Mental, acompanhará de forma sistemática o funcionamento dos CAPSs, considerando os dispositivos desta Instrução Normativa.
 - b) O atestado mensal de funcionamento dos CAPSs, para efeito do incentivo financeiro do Estado, será dado a partir da observância dos dispositivos contidos nesta Instrução Normativa.
 - c) Para efeito de avaliação e acompanhamento da satisfação do usuário, será elaborado um instrumento específico para esta finalidade, que deverá ser aplicado trimestralmente.

Apresentação dos pacientes do Hospital Dia, no Dia de Luta Antimanicomial, em maio de 1998



6

A Gestão Hospitalar e Ambulatorial Especializada

Principais Diretrizes

- Melhoria quantitativa e qualitativa dos serviços assistenciais.
- Regionalização, descentralização e novos modelos assistenciais.
- Aumento da oferta direta de serviços assistenciais.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – PPI:

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é entendida como um processo educativo e permanente de planejamento, que contempla a programação física e financeira da assistência hospitalar e ambulatorial, básica e especializada de média e alta complexidade para a população residente no município e referenciada, incluindo os recursos próprios do Município, Estado e União.

Esta programação se baseia, principalmente, em critérios epidemiológicos de necessidade, parâmetros estabelecidos pela CIB e capacidade instalada.

A PPI traduz o compromisso do Estado, nos três níveis de Governo, em garantir prioritariamente o acesso da população local aos serviços básicos de saúde, priorizando a assistência aos grupos de risco e definindo, através dos níveis secundário e terciário dos serviços de saúde, mecanismos de referência e contra-referência (encaminhamento retorno) de pacientes, seja em âmbito microrregional (atenção secundária) ou macrorregional (atenção terciária), conforme a necessidade de cada caso.

O Estado de Mato Grosso vem construindo, ao longo dos últimos anos, o processo da Programação e Pactuação Integrada da Assistência, buscando avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde, através da Coordenação da Secretaria Estadual de Saúde - SES, em níveis Central e Regional, tendo as Comissões Intergestores Bipartite - CIB (Estadual e Regionais) como principal espaço de negociação e pactuação.

Compete ao gestor municipal coordenar e executar a PPI municipal e participar da gestão da PPI intermunicipal e estadual, com a finalidade de garantir a assistência integral ao usuário.

A definição de recursos financeiros federais para a composição dos tetos financeiros do município é elaborada com base na Programação Pactuada e Integrada.

A PPI 2001 está em fase de elaboração e será publicada e implementada em julho. A fase regional será coordenada pela Secretaria Estadual de Saúde e Escritórios Regionais de Saúde, em parceria com os municípios.

Controle e Avaliação da Assistência

As ações de controle e avaliação da assistência correspondem a uma das principais funções do gestor municipal e envolve atividades de cadastro das unidades, credenciamento, supervisão, autorização, acompanhamento, controle de custo e qualidade, além do gerenciamento dos Sistemas de Informações Hospitalares e Ambulatoriais – SIH e SIA.

Sistema de Informações Ambulatoriais:

O Sistema de Informações Ambulatoriais foi desenvolvido e implantado pelo Ministério da Saúde, a partir de 1990.

Por ser um sistema padronizado em âmbito nacional, é utilizado em todos os níveis de gestão. A partir de seu desenvolvimento e implantação, o Sistema de Informações Ambulatoriais vem sendo modificado e aprimorado em função das decisões deliberadas pelos órgãos gestores, especialmente as Normas Operacionais Básicas do SUS, mantendo suas premissas de:

- registrar os atendimentos realizados em nível ambulatorial, vinculados à tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS;
- favorecer a descentralização de sua operação;
- permitir o estabelecimento de formas diferenciadas de informação e informatização, desde que seja mantida a padronização do Sistema, estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Objetivos do SIA/SUS:

- Dotar os gestores de informações sistematizadas sobre a rede de serviços ambulatoriais; sobre o processo de programação e procedimentos realizados pelas unidades, visando a tomada de decisões para gestão da assistência ambulatorial;
- Possibilitar o acompanhamento da execução dos recursos repassados e das ações ambulatoriais realizadas;
- Gerar créditos da produção aprovada, com base na tabela de procedimentos do SIA/SUS;
- Fornecer informações que possibilitem o acompanhamento e análise da evolução dos custos das atividades ambulatoriais;
- Permitir a avaliação quantitativa das ações e serviços de saúde;
- Oferecer subsídios para a avaliação da qualidade das ações e serviços de saúde.

Estrutura do Sistema:

- Cadastro
- Orçamento
- Produção
- Diferença de pagamento
- Cálculo para crédito
- Operador

Críticas ao Sistema:

O Sistema, durante o processamento dos dados, realiza uma série de críticas que permitem verificar a coerência das informações em relação ao cadastro, programação e produção das unidades, bem como evitar erros de preenchimento dos documentos e pagamentos indevidos.

Em novembro de 1999, foi implantada a tabela descritiva de procedimentos do SIA/SUS com oito dígitos. Esta tabela relaciona todos os procedimentos ambulatoriais remunerados pelo SUS, com a seguinte apresentação do Código do Procedimento:

Estrutura do Código: GG.SSO.DD-V, sendo que:

GG – identifica o grupo de procedimentos;

SS – identifica o subgrupo de procedimentos;

O – representa o nível de organização dado a um conjunto de ações de saúde;

V – identifica o dígito verificador do código de procedimentos.

Fluxo das informações:

- As Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal de Saúde têm a obrigatoriedade de operar o Sistema, gerar crédito para os prestadores, realizar a validação do processamento por meio do Programa de Verificação do Sistema de Informação Ambulatorial - VERSIA (disponibilizado pelo DATASUS) e enviar as informações para a Secretaria de Estado de Saúde.
- As Secretarias Estaduais de Saúde, independentemente da condição de gestão, têm a responsabilidade de consolidar as informações dos municípios nas condições de gestão citadas no item anterior, por meio do VERSIA, incorporando a base de dados do Estado e devem encaminhar essas informações ao DATASUS, para alimentação do Banco de Dados do SIA/SUS.

- As Secretarias Estaduais de Saúde, em condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual, têm a responsabilidade de operar o Sistema e gerar créditos para os prestadores relativos aos procedimentos de atenção básica dos municípios não habilitados e os procedimentos especializados.
- As Secretarias Estaduais de Saúde, em condição de Gestão Plena ou Avançada do Sistema Estadual, têm a responsabilidade de gerar créditos para os prestadores relativos a todos os procedimentos realizados.

A geração de crédito para os prestadores, relativos ao processamento dos municípios não habilitados dos Estados em condição de Gestão Convencional e dos procedimentos de alta complexidade dos Estados em Gestão Avançada, é realizada pelo Ministério da Saúde, com base no meio magnético gerado pelo Departamento de Informática do DATASUS, a partir da estrutura de Banco de Dados encaminhado pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Piso de Atenção Básica - PAB:

O Piso de Atenção Básica (PAB) é um recurso financeiro per capita que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios do município, deverá financiar a atenção básica à saúde mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS nº 1.882, de 18/12/97. Este recurso é transferido fundo a fundo aos prestadores.

O valor fixo *per capita* garantido pelo PAB varia entre o mínimo de R\$ 10,00 e o máximo de R\$ 18,00 por habitante/ano. Conforme definição do Ministério da Saúde, a transferência de recursos do PAB será suspensa se o gestor municipal não informar, por dois meses consecutivos, os dados do Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS; Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC; Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN; e Sistema de Informações de Agravos de Notificações - SINAN.

O PAB é composto por duas partes:

- Parte fixa: refere-se à cobertura das ações básicas de saúde, prevenção de doenças e de assistência ambulatorial.
- Parte variável: refere-se a incentivos para ações básicas de vigilância sanitária, aos Programas de Agente Comunitário de Saúde - PACS; Saúde da Família - PSF e Combate às Carências Nutricionais.

Sistema de Informação Hospitalar

As Autorizações para Internação Hospitalar - AIHs são distribuídas às Secretarias Municipais de Saúde conforme critérios definidos pela Comissão Intergestores Bipartite CIB-MT.

A retirada das AIHs da SES só pode ser feita pelos secretários municipais de saúde, ou pessoa autorizada oficialmente, a partir do dia 6 até o dia 20 de cada mês.

As Secretarias Municipais de Saúde são cadastradas como órgãos emissores de AIHs e com o respectivo médico autorizador da AIH, podendo o município ter mais de um médico autorizador.

Para cadastrar um médico autorizador, é necessário que a SMS envie ofício para a Gerência de Sistema de Informação/SAI contendo o nome, CRM/MT e o CPF do mesmo.

Os hospitais credenciados ao SUS, após atendimento ao paciente, encaminha o Laudo Médico para Emissão de AIHs à SMS, onde o médico autorizador analisa a justificativa e o procedimento solicitado, autorizando ou não a internação.

Autorizada a internação, a SMS preenche a AIH-7 em duas vias, com os dados do laudo e do órgão emissor, sendo que a 1ª via será encaminhada ao hospital que a solicitou e a 2ª via fica na SMS - Órgão Emissor.

No Hospital, são preenchidos os dados em meio magnético que gera a “AIH Simulada”, que contém todos os dados da AIH digitada. Uma das vias da AIH e a AIH Simulada deverão ser anexadas ao prontuário médico que gerou a solicitação da internação; a outra via da AIH deverá ser encaminhada à SMS - Órgão Emissor para conferência dos dados que foram lançados juntamente com os disquetes.

Em seguida, a SMS encaminha os disquetes (faturamento) devidamente autorizados à Gerência de Sistema de Informação/SAI, até o último dia útil do mês, impreterivelmente.

Câmara de Compensação e Distribuição de Autorização para Internação Hospitalar - AIH:

As Câmaras de Compensação e Distribuição de AIH foram criadas com o objetivo de pactuar a programação, o controle e avaliação da assistência hospitalar em nível regional, através da gerência das AIHs. Recentemente, foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual a ampliação das competências da Câmara, que passará a gerenciar, também, a assistência ambulatorial (exames, consultas, procedimentos e outros).

As Câmaras de Compensação de AIH estão implantadas em todas as Regionais de Saúde. As AIHs são distribuídas para:

1. Gerência Municipal;
2. Câmara de Compensação Regional;
3. Câmara de Compensação Estadual.

A distribuição de AIHs para a Gerência Municipal é feita de acordo com a população do município.

As AIHs destinadas às Câmaras Regionais de Compensação são liberadas por ordem de prioridade:

- 1º. Para o município-sede da referência de maior complexidade;
- 2º. Para outros municípios da região que são referência.

As Câmaras Regionais de Compensação deverão ficar com as AIHs destinadas à internações de referência e as cotas de municípios que não possuem hospital credenciado.

Compete à gestão municipal:

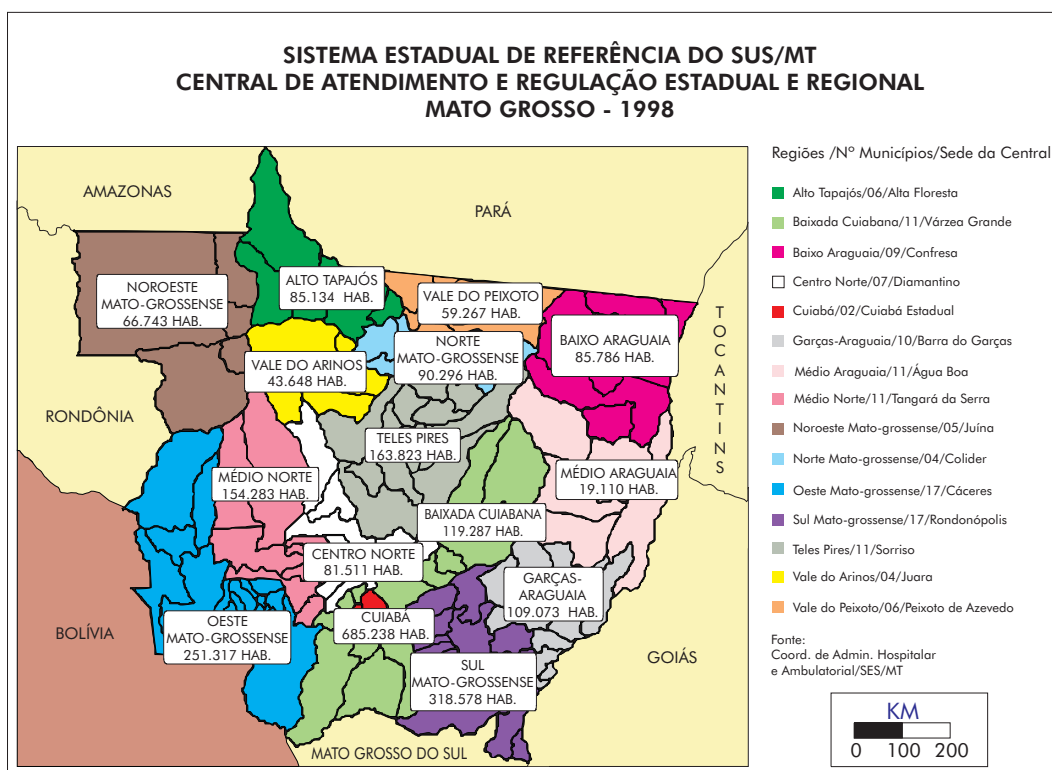
- conhecer o grau de complexidade/resolutividade dos hospitais de seu município;
- conhecer as principais causas de internação;
- encaminhar pacientes para outros municípios somente quando esgotadas todas as possibilidades de tratamento no próprio município;
- controlar, acompanhar e avaliar as internações gerenciadas pelo município;
- autorizar as internações e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Obs.: É fundamental que os novos Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde definam com critérios técnicos quem serão os autorizadores de internações, exames e procedimentos ambulatoriais, garantindo, assim, maior controle e eficiência no atendimento aos usuários do SUS.

Sistema Estadual de Referência

O Sistema Estadual de Referência do SUS/MT - SER/SUS, criado através da Resolução nº 021, de 05/06/98, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, é coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (representando as Secretarias Municipais de Saúde) e Fundação de Saúde de Cuiabá (por ser município de referência para o estado de Mato Grosso), e tem como objetivo promover a regulação e organização do Sistema de Saúde, através das seguintes ações: orientar o fluxo de pacientes na rede de serviços, de maneira a garantir o atendimento aos mesmos; definir normas para o funcionamento dos serviços; facilitar o acesso às informações sobre o Sistema.

A organização do SER/SUS no interior do Estado avançou com a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Em Mato Grosso, alguns mecanismos de regulação já vêm sendo implementados, como as Centrais de Vagas e Internação e o agendamento de exames e consultas especializadas. A Central de Regulação em Oncologia está em fase de estruturação, já contando com local e equipe definidos, com previsão de iniciar seu funcionamento em março de 2001.



Usuários da Unidade de
Reabilitação Municipal



O SER/SUS terá, além da Central Estadual que funciona em Cuiabá, 14 Centrais Regionais de Regulação (mapa em anexo) cobrindo todos os Escritórios Regionais de Saúde, e estará em pleno funcionamento a partir de novembro de 2001.

O Sistema Estadual congregará a Central de Transplantes; o Sistema de Marcação de Exames, Internações e Consultas Especializadas; o Tratamento Fora de Domicílio (com garantia de leito de retaguarda ambulatorial e transporte); Oncologia; Urgência/Emergência Hospitalar e Inter-hospitalar.

As Centrais Regionais estarão interligadas entre si e com a Central Estadual através de sistema *on line*. O gerenciamento dessas Centrais será definido pela Comissão Intergestores Bipartite Regional, podendo ser delegada ao município-sede, consórcio ou Escritório Regional de Saúde a responsabilidade pela sua operacionalização.

Como estratégia para divulgação do SER/SUS, a Secretaria de Estado de Saúde está elaborando o “Manual de Orientação do Usuário” e o “Guia de Prestação de Serviços do SUS”, além do trabalho de assessoria dos Escritórios Regionais de Saúde e Superintendências da SES.

O êxito no funcionamento da Central de Regulação será possível apenas com o envolvimento e compromisso dos gestores do SUS. Nesse sentido, a Resolução CIB nº 021/98 define as competências dos gestores municipais com o processo de regulação da assistência, destacando-se as seguintes:

- Manter o Sistema sempre atualizado, sob pena de não terem o apoio do Estado e União, no que se refere aos recursos financeiros;
- Informar à Coordenação Central a inclusão, fechamento ou implementação de qualquer unidade ou serviço de saúde no SUS/MT;

- Manter-se atualizado sobre as alterações ocorridas no Sistema, através do endereço eletrônico sesccha@terra.com.br (informar à SES/MT caso o município não tenha acesso à Internet);
- Garantir que todo e qualquer encaminhamento seja feito respeitando-se as normas e instrumentos do Sistema de Referência e Contra-Referência;
- Respeitar as orientações técnicas e administrativas do serviço que estiver recebendo o paciente e/ou material para análise;
- Encaminhar somente os casos que estejam fora da possibilidade técnica e de recursos humanos para serem tratados no município de origem do paciente. Os casos detectados pela Coordenação Central e pelas auditorias que não tenham respeitado esse critério deverão prestar esclarecimentos.

Central Estadual de Transplantes:

A Central Estadual de Transplantes está em funcionamento desde o ano de 1998, em Cuiabá, realizando transplante de rim, de doadores vivos ou cadáver. A partir do ano 2000, a Central passou a realizar, também, transplante de córnea e habilitou um hospital e equipe técnica para a realização de transplante cardíaco.

É de responsabilidade da Central de Transplantes realizar a captação e distribuição de órgãos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Sistema Nacional de Transplantes, do Ministério da Saúde. O cadastro de receptores de órgãos é organizado em lista única.

A equipe responsável pelo funcionamento da Central é composta de 05 médicos, 02 enfermeiras, 01 assistente social e 02 técnicos de nível superior.

Os hospitais habilitados para a realização de transplantes são:

HOSPITAL	MUNICÍPIO	TRANSPLANTES
Santa Rosa	Cuiabá	Renal e Coração
Santa Helena	Cuiabá	Renal
Hospital de Olhos	Cuiabá	Córnea
Santo Antônio	Sinop	Córnea
Hospital das Clínicas	Cuiabá	Córnea

Desde a criação da Central, foram realizados 56 transplantes sendo: 47 de rim (36 de doadores cadáveres e 11 de doadores vivos) e 09 de córnea.

Programa de Atenção à Gestante e Recém-nascido de Alto Risco:

O que é?

É um Programa criado pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de implantar nos Estados os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar de Atendimento à Gestante de Alto Risco. Surgiu em função da necessidade de organizar a assistência à gestante e recém-nascido de risco.

Como foi efetivado no Estado de Mato Grosso?

Em Mato Grosso, o Programa foi instituído através do Convênio nº 3.203/98, firmado entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde/MT.

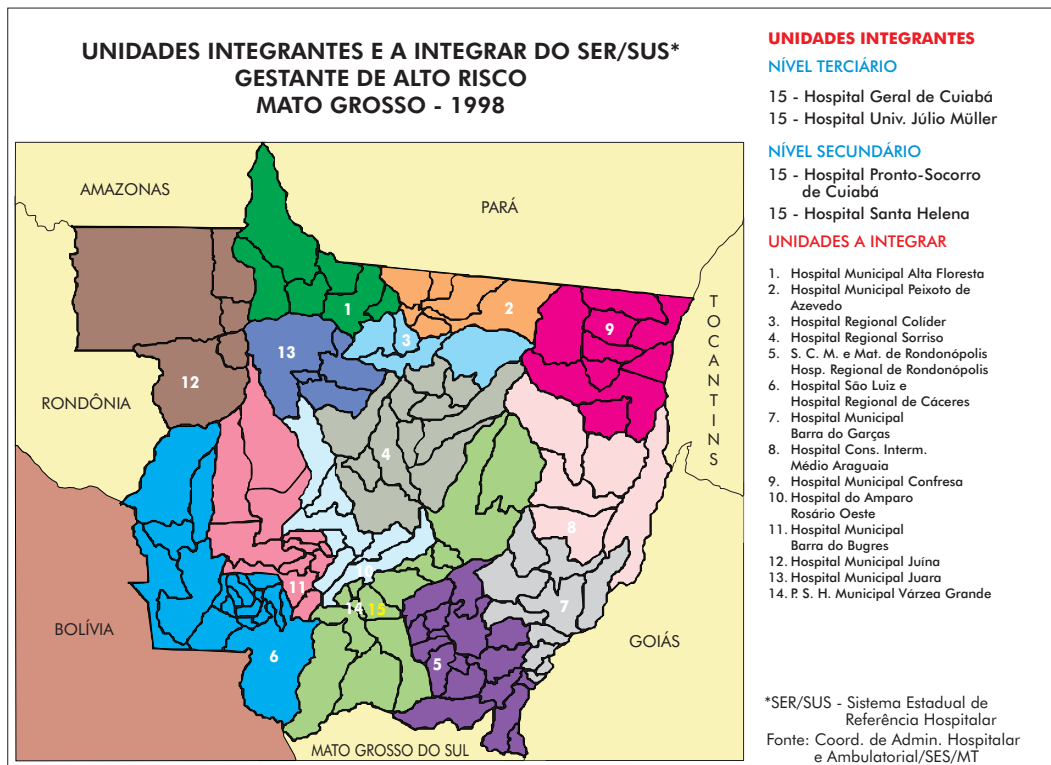
Este convênio viabilizou recursos financeiros para a execução das ações do Programa.

Metas:

1. Implantar o Sistema Estadual de Referência para o Atendimento à Gestante de Alto Risco;
2. Garantir o acesso da gestante e recém-nascido aos serviços de maior complexidade;
3. Melhorar a qualidade da assistência ao binômio mãe-filho;
4. Reduzir os índices de morbi-mortalidade materna e perinatal.

Objetivos:

1. Introduzir mudanças em todo o Sistema Assistencial;
2. Melhorar as condições de atendimento das unidades de referência;
3. Acompanhar e avaliar os indicadores materno e perinatal.



Atividades prioritárias:

1. Capacitação de recursos humanos;
2. Aquisição de equipamentos para os hospitais e Centrais de Regulação;
3. Implantar Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal;
4. Garantir incremento financeiro para as unidades hospitalares, através de adicional de custeio e procedimentos.

Metodologia para a organização dos Sistemas de Referência:

- Realizar diagnóstico da realidade em níveis regional e local (recursos existentes e indicadores);
- Levantar a capacidade instalada, equipamentos, serviços para diagnose, terapia e recursos humanos de cada unidade de saúde;
- Organizar a rede de serviços ambulatoriais e hospitalares existentes por município e região;
- Definir fluxo de atendimento dos usuários, de acordo com o nível de complexidade.

- Critérios adotados para a inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência, conforme a Portaria nº 3.477, de 20/08/1998:

Atendimento terciário:

1. Apresentar índices de cesariana menor ou igual à 40%;
2. Implantar o Comitê de Mortalidade Materna e mantê-lo atuante;
3. Implantar Comitê de Controle de Infecção Hospitalar e mantê-lo atuante;
4. Manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para as Centrais de Vagas ou Regulação, de acordo com a organização do Sistema Estadual ou Municipal;
5. Manter serviço de assistência ao pré-natal e de planejamento familiar à gestante de risco;
6. Dispor de infra-estrutura física para o atendimento à gestante de alto risco, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.884, de 11/11/94, incluindo os seguintes itens:
 - Isolamento para infecção pós-parto, pós-curetagem e outras doenças infecto-contagiosas;
 - Unidade de avaliação de bem-estar fetal;
 - Banco de Leite Materno;
 - Unidade de Terapia Intensiva Adulto (6% dos leitos em relação ao total de leitos existentes);
 - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (5% dos leitos em relação ao total de leitos obstétricos);
7. Serviços próprios de diagnóstico e terapia durante as 24 horas, com:
 - Ultrassonografia com Doppler;
 - Radioimagem;
 - Eletrocardiografia;
 - Cardiotacografia;
 - Serviço de avaliação de maturidade pulmonar fetal;
 - Laboratório clínico (no mínimo, oferecer serviços de hematologia, bioquímica, gasometria e sorologia);
 - Agência Transfusional/Banco de Sangue.

Garantir o acesso a serviços de:

- Tomografia computadorizada;
- Ecocardiografia;
- Laboratório de Dosagem Hormonal (no mínimo Beta HCG, Prolactina, T3, T4 e TSH);
- Laboratório de Citogenética;
- Anatomia Patológica.

Além de dispor de equipe técnica para atendimento resolutivo em clínica e cirurgia obstétrica, neonatologia, UTI adulto e UTI neonatal, a Unidade deve dispor de equipe interdisciplinar de atenção à gestante de risco, constituída pelos seguintes profissionais:

- Neurologista;
- Cardiologista;
- Endocrinologista;
- Nefrologista;
- Cirurgião Geral;
- Clínico Geral;
- Ultrassonografista;
- Enfermeiro;
- Assistente Social;
- Farmacêutico;
- Psicólogo;
- Nutricionista;
- Neurocirurgião.

Atendimento Secundário:

1. Manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para as Centrais de Vagas ou Regulação, de acordo com a organização do Sistema Estadual ou Municipal;
2. Dispor de infra-estrutura para Unidade de Assistência Neonatal, com os equipamentos mínimos abaixo relacionados:
 - Incubadora dupla parede;
 - Berço aquecido;
 - Berço comum;
 - Fototerapia;
 - Ventilador Neonatal;
 - Ambu/máscara;
 - Incubadora de Transporte.
3. Dispor de infra-estrutura física para o atendimento de emergência em obstetrícia e neonatologia 24 horas, de acordo com a Portaria GM/MS/nº 1.884, de 11/11/94.
4. Oferecer serviços próprios de diagnóstico e terapia, com:
 - Ultrassonografia;
 - Laboratório Clínico (no mínimo, com hematologia, bioquímica e gasometria);
 - Cardiotacografia;
 - Agência Transfusional;
 - Radiologia.

5. Garantir acesso aos serviços de atenção terciária à gestante de alto risco.
6. Contar com equipe mínima permanente de assistência à gestante, composta dos seguintes profissionais:
 - Obstetra;
 - Anestesiologista;
 - Neonatologista;
 - Clínico Geral;
 - Enfermeiro;
 - Nutricionista;
 - Assistente Social.
7. Hospitais integrantes e a integrar o Sistema de Referência Terciária e Secundária ao atendimento à gestante de alto risco:

HOSPITAIS	REFERÊNCIA	MUNICÍPIO
Pronto-Socorro Municipal de Barra do Garças	Secundária	Barra do Garças
Consultório Municipal de Saúde do Médio Araguaia	Secundária	Água Boa
Hospital São Luís	Secundária	Cáceres
Hospital Municipal de Várzea Grande	Secundária	Várzea Grande
Pronto-Socorro e Hospital Municipal de Cuiabá	Secundária	Cuiabá
Santa Helena	Secundária	Cuiabá
Associação PEA de Rosário Oeste	Secundária	Rosário Oeste
Hospital Municipal de Juara	Secundária	Juara
Hospital Municipal de Juína	Secundária	Juína
Hospital Municipal de Confresa	Secundária	Confresa
Santa Casa e Maternidade de Rondonópolis	Secundária	Rondonópolis
Hospital Regional de Sorriso	Secundária	Sorriso
Hospital Regional de Colider	Secundária	Colider
Hospital Regional de Alta Floresta	Secundária	Alta Floresta
Hospital Regional de Peixoto de Azevedo	Secundária	Peixoto de Azevedo
Hospital Municipal de Barra do Bugres	Secundária	Barra do Bugres
Sociedade de Proteção à Maternidade e Infância de Cuiabá	Terciária	Cuiabá
Hospital Júlio Müller	Terciária	Cuiabá

Sistema de Referência em Urgência e Emergência

1. O que é?

É um programa de apoio ao Sistema Estadual de Referência Hospitalar, que visa o atendimento na assistência ao paciente em situações de urgência e emergência.

2. Como foi efetivado no Estado de Mato Grosso?

O programa foi instituído através do convênio nº 3.224/98, estabelecido entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde - SES/MT, para viabilizar recursos financeiros para a execução das ações de urgência e emergência.

O atendimento às urgências e emergências engloba a assistência hospitalar e pré-hospitalar. A assistência hospitalar é realizada através de Hospitais de Referência para o atendimento de Urgência e Emergência, cadastrados especificamente para esse fim. Quanto à assistência pré-hospitalar, em 2000, foi implantado o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), através de Decreto do Governador nº 1.183/00.

Este trabalho vem sendo realizado em parceria com o Corpo de Bombeiros Militar e Secretarias Municipais de Saúde. Para a operacionalização do SIATE, foram adquiridos materiais e equipamentos, unidades móveis terrestres de resgate e foram realizadas várias capacitações de recursos humanos.

3. Objetivos

- Introduzir mudanças em todo o sistema assistencial (pronto-atendimentos, pronto-socorros, rede básica, etc.);
- Melhorar as condições de atendimento das unidades de referência em urgência e emergência;
- Apoiar os municípios na melhoria do nível de estruturação técnica.

4. Componentes

- Centrais de regulação da assistência hospitalar e inter-hospitalar, buscando a modernização gerencial e racionalidade na utilização do sistema;

- Modernização tecnológica das unidades de atendimento pré-hospitalar e hospitalar de referência, com aquisição de equipamentos;
- Capacitação de recursos humanos;

5. Direcionamento

- Unidades hospitalares de referência, sistemas estadual, municipais e parceiros.

6. Atividades Prioritárias

A) Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar:

- Melhorar a eficácia do atendimento emergencial;
- Garantir transporte de urgência pré-hospitalar e inter-hospitalar;
- Realizar a cobertura de eventos de risco.

B) Capacitação das equipes para atendimentos às urgências e emergências:

- Garantir a qualificação técnica da equipe de saúde do sistema e elaborar plano de treinamento continuado que vise renovar seus conhecimentos sobre o atendimento.

C) Central de Regulação:

- Racionalizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Facilitar o acesso da população aos serviços;
- Componentes Integrados: Central de Internação; Central de Regulação Médica do atendimento pré-hospitalar; serviços de planejamento, controle e avaliação.

D) Aquisição e repasse de equipamentos aos hospitais.

7. Unidades Integrantes

- Hospital e Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá;
- Hospital e Pronto-Socorro Municipal Várzea Grande;
- Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis.

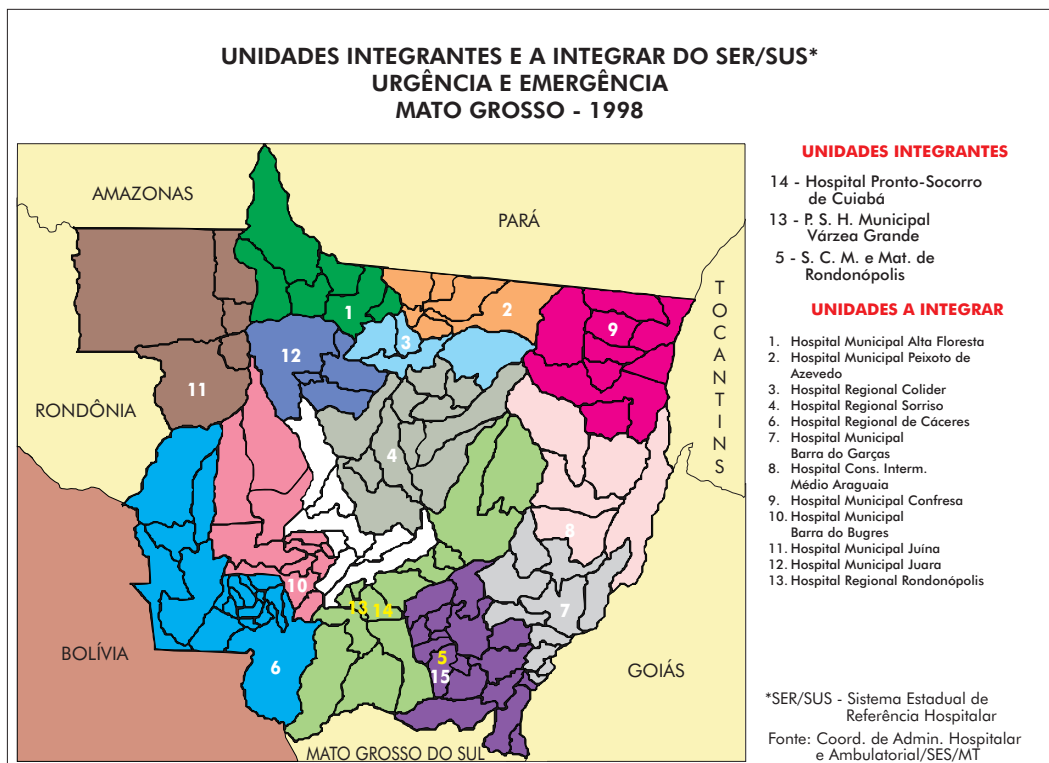
8. Unidades a Integrar

- Hospital Municipal de Alta Floresta;
- Hospital Municipal de Peixoto de Azevedo;
- Hospital Regional de Colider;
- Hospital Regional de Sorriso;

- Hospital Regional de Cáceres;
- Hospital Municipal de Barra do Garças;
- Hospital Consórcio Intermunicipal do Médio Araguaia;
- Hospital Municipal de Confresa;
- Hospital Municipal de Barra do Bugres;
- Hospital Municipal de Juína;
- Hospital Municipal de Juara;
- Hospital Regional de Rondonópolis.

9. Metas

- Aumentar a resolutividade dos hospitais;
- Ampliar leitos de UTI;
- Realizar capacitação permanente de recursos humanos;
- Investir em equipamentos de acordo com a classificação de cada hospital.
- Promover condições para a modernização gerencial dos hospitais.



Encontrando as Pessoas Certas Nos Lugares Certos

Fátima Aparecida Ticianel Schrader
Superintendente de Atenção Integral à Saúde
SAI/SES (613 5358/5415)

Joilce Pinho Grunwald
Assessora Especial
SAI/SES (613 5417)

Maria José Vieira Silva Pereira
Superintendente Adjunto de Programação
SAI/SES (613 5417)

Nelma Lúcia de Pinho Bellato
Coordenadora de Programação, Controle e Avaliação da Assistência à Saúde
SAI/SES (613 5420/5425)

Alice Harumi Matsumoto
Coordenadora de Apoio ao Desenvolvimento de Redes de Serviços e Sistemas
SAI/SES (613 5423)

Léo Mário Rachid Jorge
Coordenador de Assistência Farmacêutica
SAI/SES (653 2209/4698) – Antiga CEME

Gunther Peres Pimenta
Superintendente Adjunto de Regulação
SAI/SES (321 3232) – Central de Vagas

Cleila Maria Zaghi Maia
Coordenadora de Apoio ao Gerenciamento das Centrais
SAI/SES

Pedro Ernesto Pulcherio
Coordenador Estadual de Transplante
SAI/SES

Victor Rodrigues
Coordenador de Apoio ao Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência
SAI/SES



II

Políticas e Organização da Saúde Coletiva



1

Vigilância Epidemiológica

Apresentação

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) compreende o conjunto interarticulado de instituições do setor público e privado componentes do Sistema Único de Saúde (SUS) que, direta ou indiretamente, notificam doenças e agravos, prestam serviços a grupos populacionais ou orientam conduta a ser tomada no controle das mesmas.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica está passando por profunda reorganização operacional, tendo em vista adequá-lo aos princípios de descentralização e de integralidade das ações, definidas no SUS. A implantação da NOB/SUS/96 significou um grande avanço para a

Vigilância Epidemiológica presente em áreas rurais



descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica, não apenas por se prever o aporte contínuo dos recursos financeiros específicos para esta área, transferindo-as fundo a fundo, como também por definir requisitos e atividades mínimas a serem desenvolvidas pelos municípios, dependendo do nível de gestão em que estiverem habilitados.

A NOB/96 apontou para alguns mecanismos de custeio fundo a fundo das ações de Vigilância Epidemiológica e controle de doenças, cujos procedimentos necessários à descentralização são viabilizados a partir de 1999, regulamentados pela Portaria 1.399/99. Instrumentos como a PPI (Programação Pactuada Integrada), em seu conteúdo, reafirmam como funções de competência dos três níveis de gestão a coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. O município é o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenção saneadoras em seu território.

Assim, estabeleceu-se um processo concreto de descentralização das esferas de poder do sistema de saúde e o rol de agravos sob vigilância poderá variar nos diferentes níveis, o que requer cuidado de garantir o fluxo de informações pertinentes a cada um deles, bem como o apoio técnico e logístico para o desenvolvimento do conjunto do sistema.

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde 8.080, de 1990, a Vigilância Epidemiológica é definida como “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

A Vigilância Epidemiológica tem como atividade básica:

- a notificação de casos e coleta sistemática de dados;
- a investigação epidemiológica;
- a consolidação, análise e interpretação de dados;
- a implantação e implementação das medidas de controle;
- a tomada de decisão; e
- a divulgação de informações.

Notificação Compulsória

É a notificação obrigatória à autoridade sanitária local, da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, por parte de médicos, farmacêuticos, bioquímicos, enfermeiros, veterinários, dentistas, pessoas que exerçam profissões afins e cidadãos comuns (Lei nº 6.259, de 1975).

Portaria nº 1.461, de 22 de dezembro de 1999

O Ministro de Estado de Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 44 do Decreto nº 79.321, de 12 de agosto de 1976, e tendo em vista o disposto no item I do Art. 8º desse mesmo diploma, resolve:

Art. 1º Para os efeitos da aplicação da Lei nº 6.259, de 30 de novembro de 1975, e de sua regulamentação, constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, as doenças a seguir relacionadas:

- Cólera;
- Coqueluche;
- Dengue;
- Difteria;
- Doença de Chagas (casos agudos);
- Meningites;
- Febre Amarela;
- Febre Tifóide;
- Hanseníase;
- Hantavirose;
- Hepatites Virais;
- Intoxicação por Agrotóxicos;
- Leishmaniose;
- Leptospirose;
- Malária;
- Peste;
- Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda;
- Raiva Humana;
- Rubéola;
- Síndrome da Rubéola Congênita;
- Sarampo;
- Sífilis Congênita;
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
- Tétano;
- Tuberculose.

Art. 2º. Todo e qualquer surto ou epidemia, assim como a ocorrência de agravo inusitado, independente de constar na lista de doenças de notificação compulsória, deve ser notificado, imediatamente, às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e à Fundação Nacional/FUNASA.

Art. 3º. A definição de caso para cada doença mencionada nesta Portaria deve obedecer à padronização definida pela FUNASA.

Art. 4º. O fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a realização da notificação são definidos nas Normas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN/CENEPI/FUNASA).

Art. 5º. Os gestores estaduais e os municipais do Sistema Único de Saúde poderão incluir outras doenças e agravos no elenco de doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico, em cada uma dessas esferas de governo.

§ 1º. As inclusões de outras doenças e agravos deverão ser comunicadas pelos gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde à Fundação Nacional de Saúde.

§ 2º. É vedada aos gestores municipais e aos estaduais do Sistema Único de Saúde a exclusão de doenças e agravos componentes do elenco nacional de doenças de notificação compulsória.

Art. 6º. Esta Portaria entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

José Serra
Ministro da Saúde

Atenção

Considerando a necessidade da execução das medidas de controle e acompanhamento, os casos suspeitos de algumas doenças de notificação compulsória devem ser notificados de imediato.

Deve ser feita a notificação imediata dos casos suspeitos e/ou confirmados:

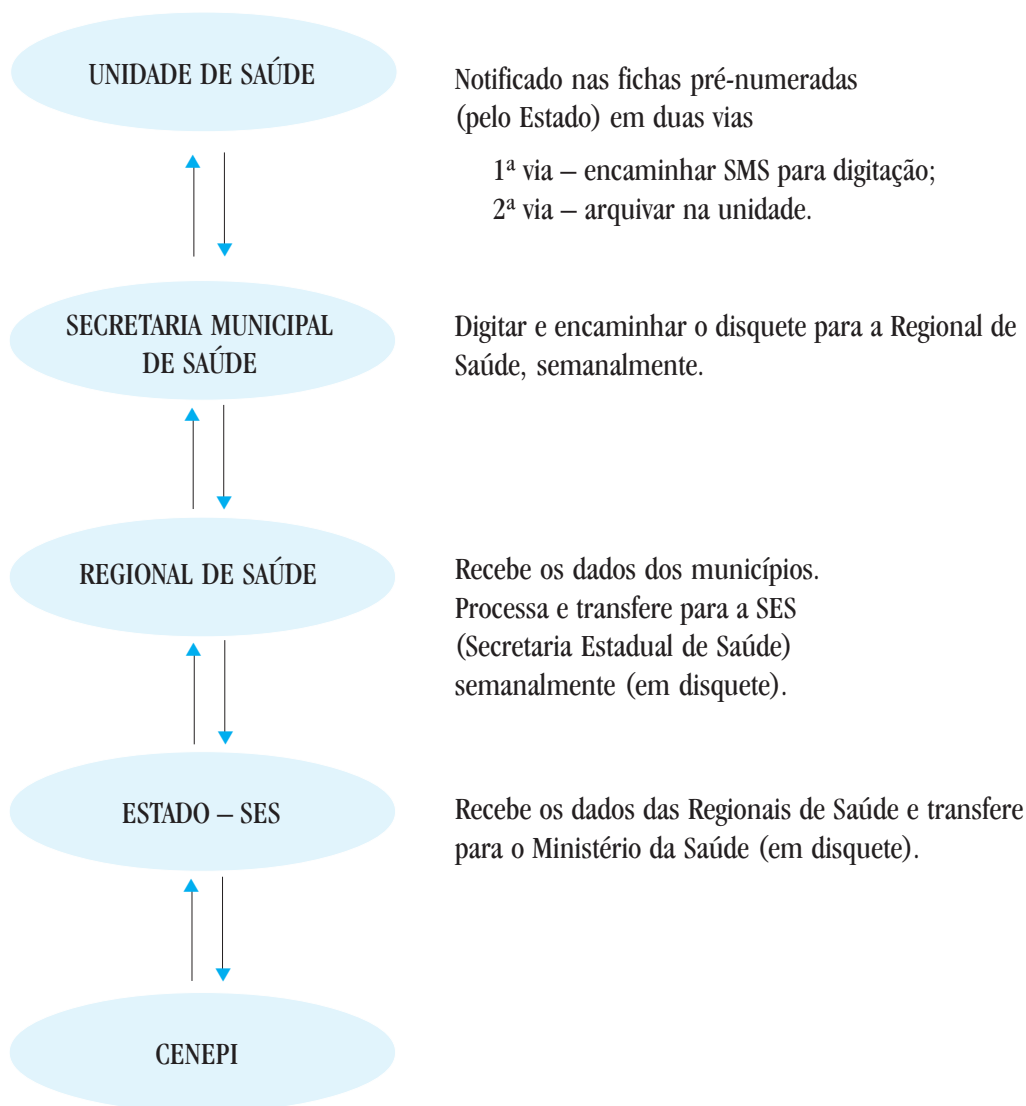
- Cólera;
- Dengue hemorrágica;
- Difteria;
- Doença meningocócica;
- Febre amarela;
- Hantavirose;
- Poliomielite
(paralisias flácidas agudas – PFA – em menores de 15 anos);
- Raiva humana;
- Sarampo;
- Tétano neonatal; e
- Rubéola.

As medidas de controle, como vacinação de bloqueio, coleta de material para exames e outras variam para cada doença e devem ser instituídas prontamente, justificando a notificação imediata.

As atividades de vacinação, a busca de outros casos, o controle de portadores, a identificação do caso índice e a busca de casos secundários, entre os comunicantes, são tarefas que devem ser executadas prontamente, evitando, assim, o aumento do número de casos na comunidade.

OBS: Cabe ao município investigar 100% dos casos notificados, conforme estabelecido nos manuais de Vigilância Epidemiológica de cada doença e obedecer o prazo máximo de 60 dias entre a notificação e o encerramento da investigação do caso.

FLUXO DAS NOTIFICAÇÕES



Obs.: O não encaminhamento das notificações, por alguns desses níveis acima, acarretará no bloqueio de repasse de recursos PAB (Piso de Atenção Básica).

FONTES NOTIFICADORAS FORMAIS E INFORMAIS

As fontes notificadoras formais são os serviços de Saúde Pública e Privadas (postos e centros de saúde, hospitais, ambulatorios, laboratórios, bancos de sangue, consultórios) e cartórios.

As fontes notificadoras informais são as associações de bairros e de moradores, os clubes de serviços, as lideranças comunitárias, as escolas, as parteiras, as rezadeiras, as farmácias, as creches, as empresas, imprensa, os Conselhos Municipais de Saúde, os cemitérios etc.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A informação para a Vigilância Epidemiológica destina-se à tomada de decisões, e a notificação é a principal fonte a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo Informação – Decisão – Ação.

Onde Buscar:

1. SINAN – (Sistema Nacional de Agravos Notificáveis)
FINALIDADE: reunir informações sobre doenças de notificação compulsória.
2. SISMAL – Sistema de Informação da Malária.
FINALIDADE: subsidiar a Vigilância e a Avaliação do Programa da Malária.
3. API – Avaliação do Programa de Imunizações.
FINALIDADE: reunir informações básicas sobre as ações de imunizações.
4. FAD (Febre Amarela e Dengue).
FINALIDADE: subsidiar ações de controle de vetor.
5. SISVAN – (Sistema de Vigilância Nutricional).
FINALIDADE: reunir informações sobre o estado nutricional de gestantes e crianças.
6. SISLOC – (Sistema de Informação de Localidade).
FINALIDADE: mapear cada região.

IMUNIZAÇÕES

O Programa Nacional de Imunizações na área da saúde é uma prioridade nacional, com responsabilidades dos Governos Federal, Estadual e Municipal.

O alcance dos objetivos e a adoção de estratégias exigem a articulação dessas instâncias, de forma a compatibilizar atividades, necessidade e realidade num esforço conjunto.

A redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por vacina só será possível se os índices de cobertura vacinal forem altos e homogêneos. Em Mato Grosso, foi pactuado com os municípios uma cobertura vacinal de 100% em todas as vacinas básicas, em menos de 1 ano.

O município, por menor que seja, a partir do momento em que se habilita a receber os recursos da União, começa a ser exigido e cobrado no sentido de programar e ofertar em seu território, pelo menos, os serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, de responsabilidade tipicamente municipal. A vacinação é um serviço básico, passando, obrigatoriamente, a ser planejada no conjunto das ações oferecidas pela rede de serviços de saúde.

AÇÕES DESENVOLVIDAS

Vacinação de Rotina:

Consiste no atendimento da população no dia-a-dia do serviço de saúde. O trabalho rotineiro proporciona o acompanhamento contínuo e programado das metas previstas, facilitando o monitoramento sistemático (mensal, de forma a identificar em tempo hábil se as metas estão sendo alcançadas).

Quando são detectadas coberturas vacinais abaixo dos percentuais esperados, necessário se faz identificar mecanismos para a superação dos problemas.

Um dos mecanismos é a “intensificação da rotina”, que consiste em trabalhar o dia-a-dia de forma mais dinâmica, tornando a vacinação mais acessível à população suscetível, o que inclui, certamente, a vacinação extra-muro (equipes extra fixas, equipes móveis ou para vacinação casa-a-casa).

Campanha de Vacinação:

Visa, sobretudo, a vacinação em massa de uma determinada população, com uma ou mais vacinas.

A intensa mobilização da comunidade, principalmente por meio dos veículos de comunicação de massa, e também a ampliação do número de postos faz com que a população fique mais próxima da vacina, possibilitando o alcance de maiores contingentes e a obtenção de altos índices de cobertura vacinal.

Considerando o alto custo financeiro e a grande mobilização de recursos (humanos e institucionais) e da comunidade, há oportunidade de a campanha ser aproveitada para administrar todas as vacinas, inclusive em outros grupos de risco, iniciando ou completando esquemas de vacinação estabelecidos.

Segundo a programação das atividades estabelecidas pela PPI – ECD (Epidemiologia e Controle de Doenças), os municípios deverão vacinar:

1. ROTINA

Vacina oral contra a Poliomielite (SABIN).	< de 1 ano - vacinar 100% da população.
Vacina contra a Difteria, o Tétano e a Coqueluche (DTP).	< de 1 ano - vacinar 100% da população.
Vacina contra a Tuberculose - formas graves (BCG).	< de 1 ano - vacinar 100% da população.
Vacina contra o Sarampo.	< de 1 ano - vacinar 100% da população.
Vacina contra a Hepatite B.	< de 1 ano - vacinar 100% da população.
Vacina contra a Febre Amarela.	< de 1 ano - 100%, acima de 1 ano, 95% da população.
Vacina contra <i>Haemophilus influenza</i> tipo B.	< de 1 ano - vacinar 100% da população.

2. CAMPANHA

Realizar campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite em < de 5 anos.	< 5 anos - Vacinar 90% da população.
Realizar uma campanha anual contra gripe nos idosos (60 anos e +).	60 anos e mais - Vacinar 70% da população.

PROGRAMAÇÃO DAS CAMPANHAS DE MULTIVACINAÇÃO PARA 2001

- De 23 de abril a 04 de maio – Vacinação anti-gripal para pessoas acima de 60 anos.
- Dia 09 de junho – 1ª etapa da Campanha Nacional de Multivacinação.
- Dia 25 de agosto – 2ª etapa da Campanha de Multivacinação.

Vacinação Animal

A vacinação animal requer atenção especial dos gestores municipais, considerando que o Estado de Mato Grosso encontra-se com vários casos positivos de raiva animal, inclusive com (01) um óbito por Raiva Humana, já em 2001.

Obs.: Em todo caso suspeito de Raiva Animal, deverá ser colhido material e enviado ao INDEA-Cuiabá para análise laboratorial.

2

Vigilância Ambiental e Controle de Endemias

Descentralização do Controle das Endemias

Combate a vetores



I. Apresentação

Conforme preconizada na NOB-96 e regulamentada na Portaria nº 1.399, definiram-se as competências da União, Estados e Municípios na área de epidemiologia e controle de doenças. Está, portanto, aqui incluído o controle de endemias transmitidas por vetores, tais como: Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose, Malária e Chagas.

Nesse sentido, estamos propondo uma cooperação técnica aos municípios no apoio à descentralização das endemias transmitidas por vetores, contribuindo eficazmente na Gestão de Políticas Públicas e apresentada no Plano Estadual de Saúde, no período de 2000 a 2003.

Ao apresentar esta proposta, lembramos que o controle das endemias sempre foi planejado e executado pela Fundação Nacional de Saúde através das Coordenações Regionais presentes nos Estados.

Com a efetivação do Sistema Único de Saúde, estas ações estão sendo planejadas, executadas, acompanhadas e avaliadas pelos municípios, com assessoria técnica da Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com a Fundação Nacional de Saúde.

O financiamento dessas ações está sendo viabilizado com o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), aos municípios certificados, bem como a contrapartida estabelecida nessa certificação. O repasse dos recursos federais do TFECD está sendo efetuado mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, em conta específica.

II. Proposta de Modelo de Gestão e Atenção Integrada para o Controle de Doenças Transmitidas por Vetores

Estão definidos três grandes eixos de ação que deverão nortear a organização dos serviços para o controle de endemias pelos municípios, utilizando-se do Modelo de Gestão e Atenção Integrada:

1. Atenção ao Paciente;
2. Epidemiologia e Gestão;
3. Entomologia e Vigilância Ambiental.

Atribuições e Competências Municipais

1. Atenção ao Paciente

- Incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF).
- Incorporar à rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, as ações de prevenção e controle de doenças.
- Executar as ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e encaminhamentos dos pacientes com doenças transmitidas por vetores.
- Solicitar medicamento para atender aos pacientes com doenças transmitidas por vetores aos Escritórios Regionais, conforme planilha de solicitação e controle de estoque.
- Garantir a realização de exames laboratoriais como os de Malária, Doença de Chagas e Leishmanioses.
- Garantir envio de soro para o LACEN, para virologia e sorologia da Dengue.
- Garantir envio de lâminas de Malária para o LACEN, para controle de qualidade.
- Encaminhar os pacientes com maior gravidade às referências secundárias e terciárias, sempre que for necessário.

2. Epidemiologia e Gestão

- Estruturar equipe mínima de vigilância epidemiológica para a operacionalização dos Sistemas de Informações (SISMAL e SINAN), bem como analisar as informações, consolidar os dados e propor intervenção, quando necessário.
- Operacionalizar as ações relacionadas à imunização da febre amarela.
- Monitorar a situação epidemiológica local e indicadores sentinelas.
- Identificar precoce e oportunamente potenciais para surtos e epidemias das doenças transmitidas por vetores e propor medidas de intervenção.
- Realizar investigação epidemiológica de casos (notificações, surtos e óbitos das doenças transmitidas por vetores), quando isto for necessário/adequado.
- Realizar busca ativa de casos de agravos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches, instituições de ensino, entre outros.
- Mapear áreas de risco, relacionando dados da vigilância epidemiológica e ambiental.
- Executar as ações de epidemiologia e controle de doenças, com vistas ao cumprimento das metas programadas na Programação Pactuada Integrada.
- Epidemiologia e controle das doenças, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.
- Acompanhar os indicadores da Atenção Básica aprovados na Bipartite concernentes aos indicadores das doenças transmitidas por vetores, propondo intervenções quando necessárias.
- Enviar sistematicamente dados dos Sistemas de Informação ao nível regional.

3. Entomologia e Vigilância Ambiental

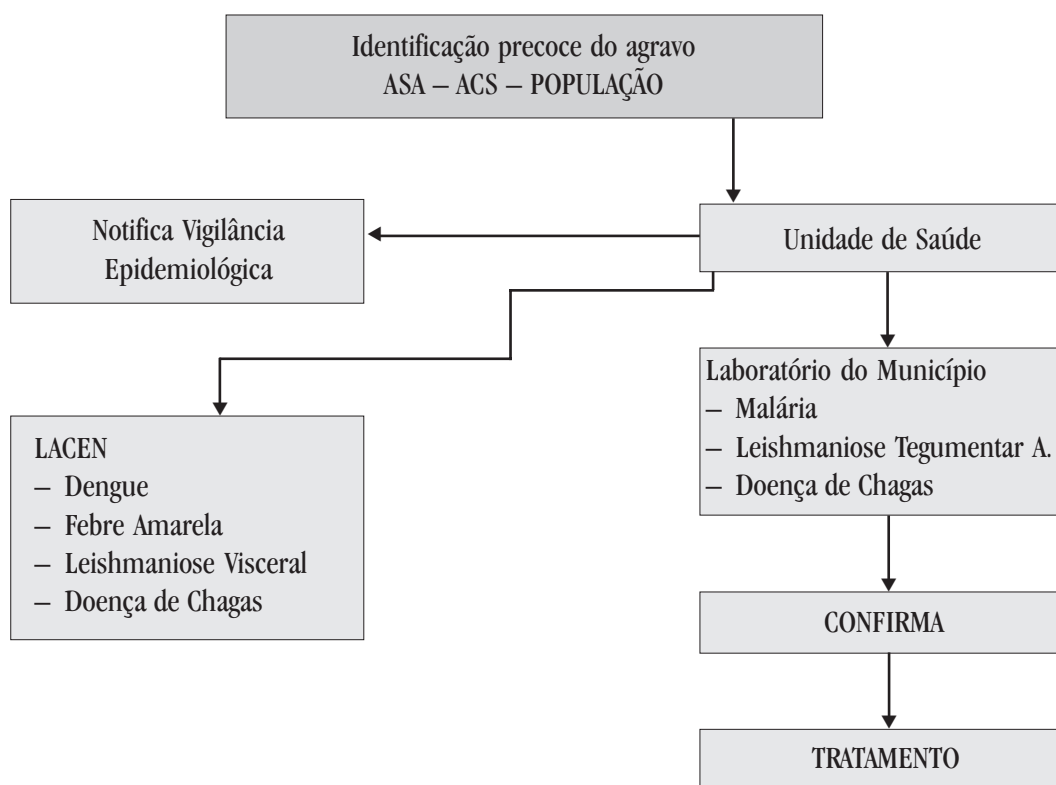
- Contratar agentes de saúde ambiental para executar ações de controle de vetores, incluindo borrifação de inseticidas intra e peridomicílio, controle de depósitos e criadouros de vetores, entre outros.
- Contratar agentes de saúde ambiental para área de entomologia.
- Controlar os estoques de inseticidas nos municípios.
- Enviar mensalmente as informações concernentes aos insumos, através de modelo estabelecido.
- Alimentar o Sistema de Informação do FAD (Febre Amarela e Dengue)
- Mapear áreas de risco para Dengue, Leishmanioses, Malária e Doença de Chagas, relacionando dados de vigilância epidemiológica e vigilância ambiental.

- Realizar vigilância entomológica com coleta e montagem de vetores e identificação de larvas e espécies de menor grau de dificuldade.
- Propor e executar medidas de controle da Dengue baseado nos tipos de reservatórios e/ou criadouros predominantes.
- Propor e executar medidas alternativas de controle de vetores limpeza e retirada do lixo da dengue, limpeza de igarapés, telas em janelas, medidas simples de saneamento etc., quando indicado.
- Solicitar a aplicação de UBV (Fumacê), quando houver justificativa baseada na vigilância epidemiológica e vigilância ambiental.
- Realizar bloqueio de transmissão vetorial para Dengue, Leishmaniose Visceral e Malária.
- Enviar regularmente os dados do FAD e do SISMAL para as regionais de saúde.
- Providenciar local adequado para armazenamento de inseticidas.
- Dispor de bombas manuais e motorizadas em número adequado para o controle vetorial.
- Realizar supervisão das ações de controle vetorial.
- Monitorar assentamentos agrícolas, garimpos e comunidades rurais.
- Sensibilizar o agente de saúde ambiental para encaminhamento dos casos suspeitos para unidades de saúde.
- Identificar e realizar ações de controle e manejo mecânico para eliminação de criadouros.
- Envolver a comunidade no processo de controle das endemias, através das ações em saúde.
- Envolver o agente de saúde ambiental como notificador de vigilância sanitária.
- Envolver o agente de saúde ambiental no planejamento das ações de saúde.
- Estabelecer procedimentos de rotina para os agentes de saúde ambiental, para a notificação dos seus achados de avaliação epidemiológica e entomológica.

III. Ações de Operacionalização

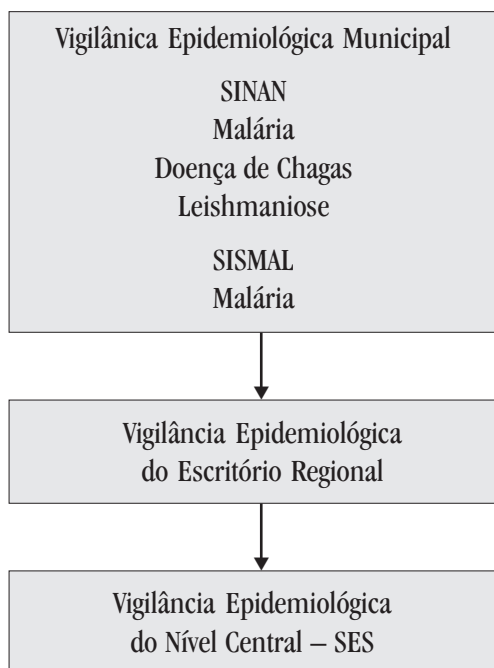
1. ATENÇÃO AO PACIENTE

1.1. Assistência ambulatorial das doenças transmitidas por vetores



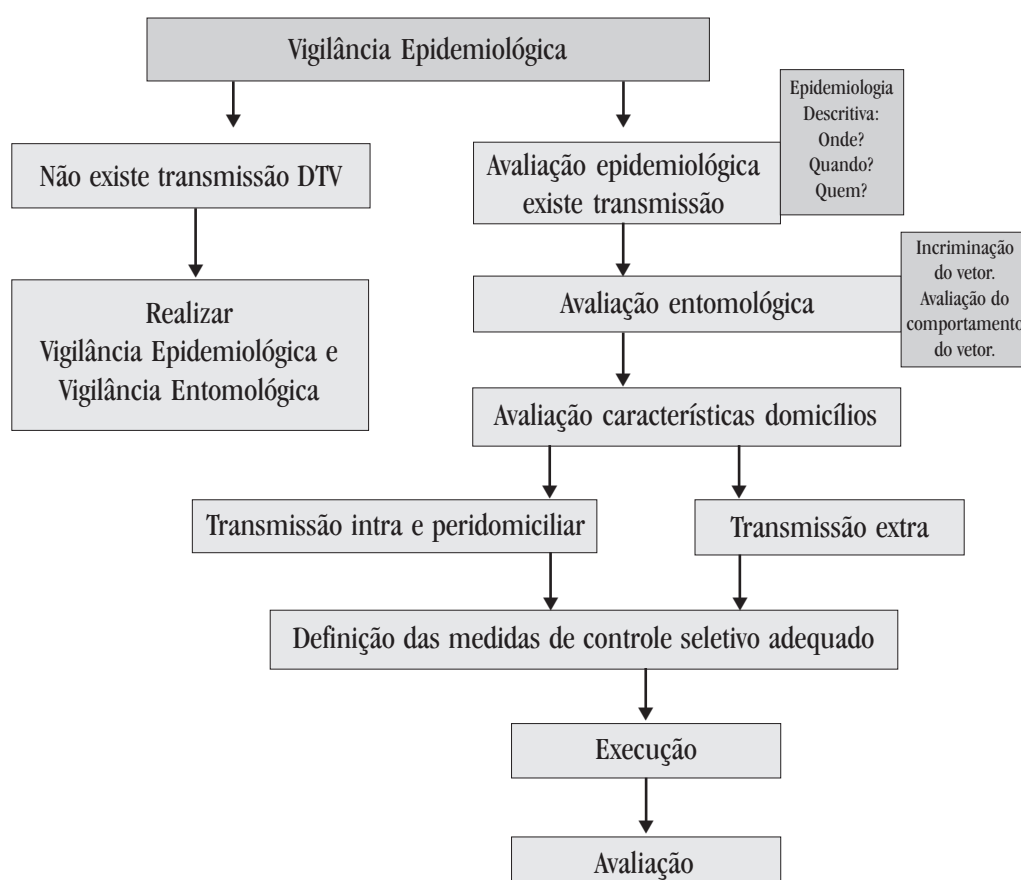
2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E GESTÃO

2.1. Fluxo de Informação da Notificação

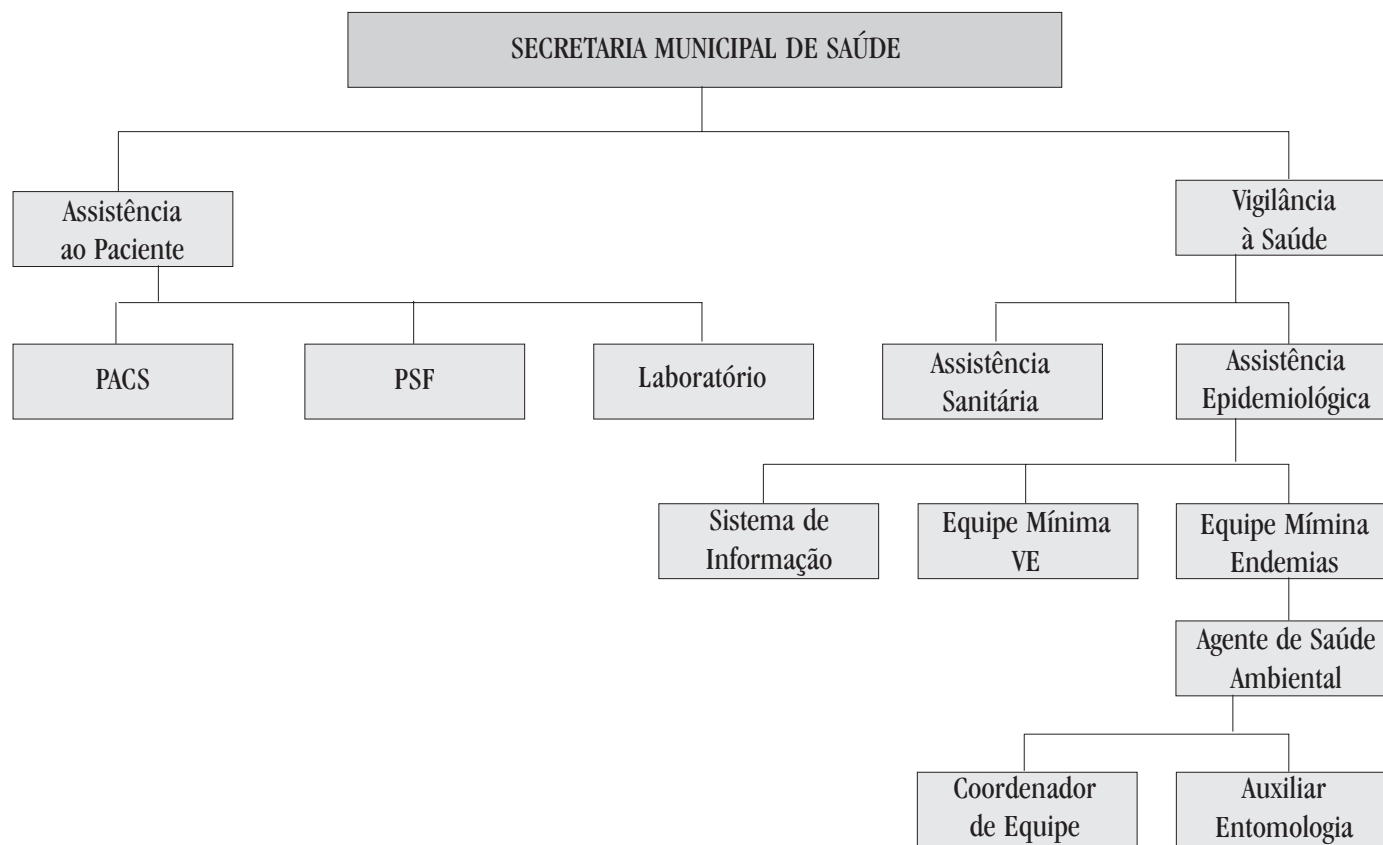


3. ENTOMOLOGIA E VIGILÂNCIA AMBIENTAL

3.1. Detalhamento das fases para a implantação do Controle Seletivo de Vetores (CSV), em nível municipal



PROPOSTA DE ORGANOGrama EM NÍVEL MUNICIPAL DA
ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DAS ENDEMIAS



VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MÉTODOS DE CONTROLE DE LARVAS DE VETORES

MÉTODO	VANTAGEM	DESVANTAGEM
ORDENAMENTO DO MEIO 1. Drenagem. 2. Aterro. 3. Modificação do fluxo de água. 4. Controle de vegetação aquática. 5. Eliminação de criadouros. 6. Limpeza de igarapés. 7. Saneamento básico. 8. Limpeza terreno baldio.	1. Efeito sobre outras doenças. 2. Obras pequenas favorecem a participação comunitária. 3. Efeito através do tempo. 4. Baixo custo de manutenção em algumas situações.	☐ Inicialmente alto custo para obras grandes. ☐ Necessita manutenção e avaliação periódica.
☐ Larvicidas químicos.	☐ Fácil aplicação.	☐ Requer aplicação periódica. ☐ Efeitos secundários em organismos não-alvos. ☐ Necessita de avaliação periódica.
☐ Controle Biológico ☐ Bactérias. ☐ Peixes. ☐ Outros.	☐ Ações específicas para controle da malária. ☐ Pouco efeito negativo sobre o ambiente. ☐ Diminui densidade de adultos.	☐ Requer aplicações periódicas. ☐ Requer estudos ecológicos. ☐ Alto custo. ☐ Necessita de avaliação periódica. ☐ Impacto não imediato.

Uma vez estabelecidos os métodos de controle seletivos, com suas vantagens e desvantagens, deve-se selecionar o que mais se ajusta à realidade local.

Fonte: Controle Seletivo de Vetores da Malária – Guia Fundação Nacional de Saúde.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MÉTODOS PARA O CONTROLE DE VETORES ADULTOS

MÉTODO	VANTAGEM	DESVANTAGEM
ORDENAMENTO DO MEIO 1. Limpeza das margens dos criadouros. 2. Melhorar e proteger a moradia. 3. Restrição do uso da terra. 4. Limpeza dos abrigos para animais.	1. Efeito duradouro eficiente e eficaz. 2. Não requer medidas específicas de proteção nem necessita de insumos importados. 3. Baixo custo de manutenção.	○ Altos custos para obras de grande porte. ○ Necessita de manutenção periódica. ○ Efeitos negativos no ambiente.
CONTROLE QUÍMICO ○ Residual.	4. Reduz a longevidade das fêmeas. 5. Baixa densidade de adulto. 5. Eficaz em algumas condições dependendo das condições meteorológicas.	○ Necessita de pessoal e equipamento especializado. ○ Eficaz somente quando o vetor tem hábito de repouso no intradomicílio. ○ Requer aplicação e avaliação periódica.
CONTROLE QUÍMICO ○ Espacial.	○ Reduz a longevidade das fêmeas. ○ Eficaz em algumas condições (dependendo de condições meteorológicas favoráveis). ○ Impacto imediato.	○ Requer aplicação periódica. ○ Efeitos secundários em organismos não-alvos. ○ Altos custos. ○ Curto tempo de ação. ○ Risco de poluição ambiental, ocupacional, contaminação de elementos e água potável.
PROTEÇÃO PESSOAL ○ Repelentes. ○ Mosquiteiros impregnados e não impregnados. ○ Telas para portas e janelas. ○ Evitar sair no crepúsculo e amanhecer. ○ Para entrar nas matas, usar calça comprida e camisa manga longa.	○ Baixo custo. ○ Mais eficaz quando é bem utilizado. ○ Baixo impacto ambiental.	○ O êxito ou o fracasso da medida depende da boa vontade individual das pessoas expostas aos riscos. ○ Não pode ser utilizado por pessoas alérgicas a inseticidas. ○ O êxito depende da relação entre a atividade humana e atividade do vetor.
○ Evitar colchão de palha.		

IV. Programação e Acompanhamento

A Programação Pactuada Integrada Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) é um instrumento de planejamento para a consolidação do processo de gestão de controle das endemias transmitidas por vetores através de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.

Esta programação é anual, onde as metas deverão ser realizadas pelos municípios. As ações preconizadas na PPI, no que se refere ao controle das endemias, percorre indicadores de vigilância ambiental, tais como: saneamento básico, vigilância entomológica, controle químico, biológico e outros; imunização e controle de reservatórios (cães e gatos), e controle de doenças transmitidas por vetores.

Este, portanto, é o instrumento técnico e político que aloca o recurso do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD).

V. Aplicação do Recurso

Para cumprimento das metas pactuadas, o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) poderá ser utilizado para qualquer elemento de despesa, tais como:

- Contratação de pessoal;
- Aquisição de material de consumo;
- Aquisição de material permanente;
- Pessoa física e jurídica;
- Outras despesas.

Lembramos que pode haver cancelamento do repasse do recurso, quando houver:

- não cumprimento das metas previstas na PPI ECD;
- emprego irregular dos recursos financeiros;
- falta de comprovação da contrapartida;
- falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos Sistemas de Informação Epidemiológica (SINAM, SIM, SISMAL).

VI. Recursos humanos mínimos necessários para operacionalizar a Entomologia e Vigilância Ambiental

ESCRITÓRIO REGIONAL DE ÁGUA BOA			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Água Boa	4.159	7	1
Canarana	4.336	7	1
Cocalinho	1.467	4	1
Querência	2.247	4	1
Ribeirão Cascalheira	2.234	4	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE ALTA FLORESTA			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Alta Floresta	19.800	25	1
Apiacás	2.449	8	1
Carlinda	1.892	4	1
Nova Bandeirante	1.960	4	1
Nova Monte Verde	1.878	3	1
Paranaíta	2.590	9	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE BARRA DO GARÇAS			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Araguaiana	1.073	3	1
Barra do Garças	26.411	35	2
Campinápolis	2.220	4	1
General Carneiro	1.387	3	1
Nova Xavantina	5.846	10	1
Novo São Joaquim	1.415	3	1
Pontal do Araguaia	661	2	1
Ponte Branca	872	2	1
Ribeirãozinho	587	1	1
Santo Antonio do Leste	-	-	1
Torixoréu	1.611	4	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE CUIABÁ			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Acorizal	1.574	4	1
Barão de Melgaço	1.464	4	1
Chapada dos Guimarães	2.925	5	1
Cuiabá	185.702	260	19
Gaúcha do Norte	939	2	1
Jangada	1.016	5	1
Nossa Senhora do Livramento	1.466	4	1
Nova Brasilândia	1.060	3	1
Paranatinga	5.850	8	1
Planalto da Serra	416	2	1
Poconé	8.586	15	1
Santo Antônio do Leverger	3.726	6	1
Várzea Grande	92.978	120	4

ESCRITÓRIO REGIONAL DE DIAMANTINO			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Alto Paraguai	2.720	5	1
Diamantino	6.000	10	1
Nobres	4.725	10	1
Nortelândia	3.317	8	1
Nova Maringá	756	2	1
Rosário Oeste	3.742	10	1
São José do Rio Claro	4.408	8	1
Tapurah	3.754	10	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE JUARA			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Juara	11.380	15	1
Novo Horizonte do Norte	1.692	3	1
Porto dos Gaúchos	2.428	5	1
Tabaporã	6.497	10	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE JUÍNA			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Aripuanã	1.753	25	1
Castanheira	1.030	6	1
Cotriguaçu	451	2	1
Juína	11.000	17	1
Juruena	918	3	1
Colniza	—	—	1
Rondolândia	—	—	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE PEIXOTO DE AZEVEDO			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Colider	8.198	12	1
Guarantã do Norte	7.995	12	1
Matupá	6.115	9	1
Nova Guarita	1.838	3	1
Novo Mundo	1.954	4	1
Peixoto de Azevedo	15.442	20	1
Terra Nova do Norte	4.030	7	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE PORTO ALEGRE DO NORTE			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Alto da Boa Vista	890	2	1
Bom Jesus do Araguaia	338	1	1
Canabrava do Norte	1.023	2	1
Confresa	3.248	6	1
Luciara	709	3	1
Novo Santo Antonio	285	1	1
Porto Alegre do Norte	2.348	6	1
Santa Terezinha	1.237	8	1
Santa Cruz do Xingu	-	-	1
São Félix do Araguaia	3.159	6	1
São José do Xingu	1.119	8	1
Serra Nova Dourada	217	1	1
Vila Rica	2.492	7	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE RONDONÓPOLIS			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Alto Araguaia	6.589	10	1
Alto Garças	3.160	5	1
Alto Taquari	2.300	3	1
Araguainha	419	2	1
Campo Verde	3.821	6	1
Dom Aquino	2.953	5	1
Guiratinga	6.438	10	1
Itiquira	3.182	5	1
Jaciara	8.044	12	1
Juscimeira	3.021	5	1
Pedra Preta	3.867	5	1
Poxoréo	7.226	12	1
Primavera do Leste	8.454	12	1
Rondonópolis	65.346	80	6
São José do Povo	812	2	1
São Pedro da Cipa	991	3	1
Tesouro	1.560	3	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE SINOP			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Cláudia	4.692	10	1
Feliz Natal	1.120	8	1
Itaúba	4.286	8	1
Lucas do Rio Verde	1.878	4	1
Marcelândia	5.216	10	1
Nova Mutum	3.396	6	1
Nova Santa Helena	—	—	1
Nova Ubiratã	720	3	1
Santa Carmem	2.744	4	1
Sinop	31.074	40	2
Sorriso	11.263	15	1
Tapurah	3.754	10	1
União do Sul	614	2	1
Vera	3.661	6	1

ESCRITÓRIO REGIONAL DE TANGARÁ DA SERRA			
MUNICÍPIOS	IMÓVEIS	RH NECESSÁRIO PARA CONTROLE VETORIAL	RH NECESSÁRIO PARA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA
Arenápolis	5.400	9	1
Barra do Bugres	8.064	13	1
Brasnorte	1.942	8	1
Campo Novo do Parecis	4.914	8	1
Denise	2.600	4	1
Nova Marilândia	640	1	1
Nova Olímpia	3.700	6	1
Porto Estrela	1.200	3	1
Santo Afonso	1.400	3	1
Sapezal	1.900	3	1
Tangará da Serra	23.941	30	2

VII. Equipe mínima necessária para desenvolver ações de vigilância epidemiológica

1. Municípios de pequeno porte (população = < 10.000 habitantes):
 - Um (01) profissional de nível médio capacitado, com acompanhamento de um (01) de nível superior do Estado.
 - Infra-estrutura básica: 01 computador com impressora, 01 telefone e 01 motocicleta e/ou 01 veículo não exclusivo.
2. Municípios de porte médio (população = 10.001 a 30.000 habitantes):
 - Um (01) profissional de nível superior e um (01) de nível médio.
 - Infra-estrutura básica: 01 computador com impressora, 01 telefone, 01 fax, 03 motocicletas e/ou 01 veículo não exclusivo.
3. Municípios de grande porte (população = 30.001 a 100.000 habitantes):
 - Dois (02) profissionais de nível superior e um (01) de nível médio.
 - Infra-estrutura básica: 02 computadores com impressora, 01 telefone, 01 fax, 05 motocicletas e/ou 01 veículo não exclusivo.
4. Municípios de porte extra (população = > 100.000 habitantes):
 - Dois (02) profissionais de nível superior e um (01) de nível médio. Para cada 200.000 (duzentos mil) habitantes, acrescer mais um (01) profissional de nível superior e um (01) de nível médio.
 - Infra-estrutura básica: 02 computadores com impressora, 01 telefone, 01 fax, e-mail, 05 motocicletas e/ou 01 veículo não exclusivo.

(Resolução nº 17, de 29 de maio de 2000, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite)

VIII. Proposta de Modelo de Capacitação das Grandes Endemias, em Nível Municipal

A proposta apresentada está sendo elaborada por grupos de técnicos das diversas instituições da saúde e tem o início previsto para o primeiro trimestre de 2001.

As capacitações aqui apresentadas serão oferecidas e coordenadas pela Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros.

ESTRATÉGIA GERAL DE CONSTRUÇÃO DO NOVO MODELO DE CAPACITAÇÃO

Nível: ATENÇÃO PRIMÁRIA
Área: GRANDES ENDEMIAS
Uma proposta piloto

1ª ETAPA:

Definição dos eixos de atuação das categorias profissionais:

1. Atenção ao paciente
2. Epidemiologia e gestão
3. Entomologia e vigilância ambiental

2ª ETAPA:

Definição das categorias profissionais envolvidas em cada eixo de atuação:

Atenção ao paciente

1. Médicos e enfermeiros
2. Agente comunitário de saúde (ACS)
3. Auxiliar de Enfermagem
4. Bioquímicos
5. Técnico e Auxiliar de Laboratório
6. Assistente Social

Epidemiologia e Gestão

1. Gestor municipal
2. Técnico em Epidemiologia (nível superior)
3. Técnico em Epidemiologia (nível médio)
4. Técnico em informática

Entomologia e Vigilância Ambiental

1. Auxiliar de entomologia
2. Agente de Saúde Ambiental (ASA)
3. Coordenador de equipe de Saúde Ambiental

3ª ETAPA:

Definição das capacitações necessárias para se atingir o perfil esperado de cada categoria profissional em cada eixo.

Atribuições → Capacitações necessárias

Exemplo: Agente de Saúde Ambiental (ASA)

Atribuições:

- Controle químico de vetores;
- Identificação e tratamento de Criadouros;
- Vigilância Sanitária e Epidemiológica (Noções Básicas);
- Vigilância Entomológica (*Aedes sp* e Triatomíneos);
- Informação e mobilização social para saúde ambiental;
- Procedimentos de campo para inquérito canino (Calazar);
- Noções sobre EPI (Equipamentos de Proteção Individual);
- Manutenção de equipamentos;
- Sistemas de informações.

Capacitações necessárias:

- Controle químico de vetores;
- Vigilância Ambiental.

EIXO I: ATENÇÃO AO PACIENTE		
CATEGORIA PROFISSIONAL	CAPACITAÇÕES	CARGA HORÁRIA
MÉDICO E ENFERMEIRO: Total: 88 horas (4 cursos)	1 – Vigilância Epidemiológica das grandes endemias (inclusive doenças transmitidas por vetores) Coordenador: Cor Jesus F. Fontes	1 módulo = 16 h
	2 – Assistência ao paciente com Malária, Dengue, Febre Amarela e Leishmanioses Coordenador: Cor Jesus F. Fontes	1 módulo = 16 h
	3 – Assistência ao paciente com Hanseníase, Tuberculose e DST/AIDS Coordenador: Cor Jesus F. Fontse	2 módulos = 32 h
MÉDICO, ENFERMEIRO E FISIOTERAPEUTA: Total: 16 horas (1 curso)	4 – Prevenção de incapacidades, Hanseníase e outras medidas preventivas Coordenadora: Eliane Maria Esperandio	1 módulo = 16 h
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: Total: 32 horas (1 curso)	5 – Prevenção, aconselhamento e acompanhamento das Grandes Endemias Coordenadora: Áurea Lambert (e multiplicadores)	2 módulos = 32 h
AUXILIAR DE ENFERMAGEM: Total: 96 horas (4 cursos)	6 – Vigilância Epidemiológica das grandes endemias Coordenador: Cor Jesus F. Fontes (e multiplicadores)	2 módulos = 32 h
	7 – Curso de biossegurança (básico) Coordenadora: Clara M. B. Figueiredo (e multiplicadores)	1 módulo = 16 h
FARMACÊUTICO-BIOQUÍMICO: Total: 112 horas (2 cursos)	10 – Curso de biossegurança (completo) Coordenadora: Clara M. B. Figueiredo	1 módulo = 40 h
	11 – Técnicas de diagnóstico laboratorial para as Grandes Endemias (nível superior) Coordenadora: Terezinha C. de Mesquita	3 módulos = 72 h
MICROSCOPISTA DE MALÁRIA Total: 96 horas (3 cursos)	12 – Curso de biossegurança (básico) Coordenadora: Clara M. B. Figueiredo (e multiplicadores)	1 módulo = 16 h
	13 – Curso de aperfeiçoamento em diagnóstico de Malária Coordenadora: Terezinha C. de Mesquita (e multiplicadores)	1 módulo = 40 h
	14 – Técnicas de diagnóstico laboratorial para as Grandes Endemias (nível médio) Coordenadora: Terezinha C. de Mesquita (e multiplicadores)	1 módulo = 40 h
TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA Total: 136 horas (3 cursos)	15 – Curso de biossegurança (básico) Coordenadora: Clara M. B. Figueiredo (e multiplicadores)	1 módulo = 16 h
	16 – Técnicas de diagnóstico laboratorial para as Grandes Endemias (nível médio) Coordenadora: Terezinha C. de Mesquita (e multiplicadores)	1 módulo = 40 h
	17 – Curso de diagnóstico de Malária Coordenadora: Terezinha C. de Mesquita (e multiplicadores)	1 módulo = 80 h

EIXO II: EPIDEMIOLOGIA E GESTÃO		
CATEGORIA PROFISSIONAL	CAPACITAÇÕES	CARGA HORÁRIA
GESTOR MUNICIPAL: Total: 8 horas (1 curso)	16 – Capacitação em gestão municipal de saúde para controle das grandes endemias Coordenador: Amaury A. Gonzaga	1 módulo = 8 h
COORDENADOR DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (Nível Superior) Total: 64 horas (2 cursos)	17 – Vigilância Epidemiológica das grandes endemias e imunopreveníveis (nível superior) Coordenadoras: Cleoni Silvana Dambros e Irani M. Ferreira	1 módulo = 40 h
	18 – Curso integrado de sistema de informação em saúde e análise de dados (nível superior) Coordenadoras: Ione Bortolotto e Cleoni Silvana Dambros	1 módulo = 24 h
APOIO EM EPIDEMIOLOGIA (Nível Médio) Total: 64 h (1 curso)	19 – Vigilância Epidemiológica das grandes endemias e imunopreveníveis (nível médio) Coordenadoras: Cleoni Silvana Dambros e Irani M. Ferreira (e multiplicadores)	1 módulo = 40 h
	20 – Curso integrado de sistema de informação em saúde e análise de dados (nível médio) Coordenadoras: Ione Bortolotto e Cleoni Silvana Dambros	1 módulo = 24 h

EIXO III: ENTOMOLOGIA E VIGILÂNCIA AMBIENTAL		
CATEGORIA PROFISSIONAL	CAPACITAÇÕES	CARGA HORÁRIA
COORDENADOR DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL: Total: 80 horas (1 curso)	21 – Vigilância Ambiental em saúde e noções de entomologia (nível superior) Coordenadoras: Tereza P. B. Ramos e Maria de Lourdes Girardi	1 módulo = 40 h
	17 – Vigilância Epidemiológica das grandes endemias e Imunopreveníveis (nível superior) Coordenadoras: Cleoni Silvana Dambros e Irani M. Ferreira	1 módulo = 40 h
COORDENADOR DE CAMPO DA EQUIPE DE SAÚDE AMBIENTAL Total: 160 horas (3 cursos)	19 – Vigilância Epidemiológica das grandes endemias e imunopreveníveis (nível médio) Coordenadoras: Cleoni Silvana Dambros e Irani M. Ferreira (e multiplicadores)	1 módulo = 40 h
	22 – Vigilância Ambiental em saúde e noções de entomologia (nível médio) Coordenadora: Vera Dias (e multiplicadores)	1 módulo = 40 h
	23 – Controle químico de vetores e outras medidas alternativas de controle vetorial Coordenadores: Jorge Senatori e Lucilo Cabral	1 módulo = 80 h
AGENTE DE SAÚDE AMBIENTAL Total: 120 horas (2 cursos)	22 – Vigilância Ambiental em saúde e noções de entomologia (nível médio) Coordenadora: Vera Dias (e multiplicadores)	1 módulo = 40 h
	23 – Controle químico de vetores e outras medidas alternativas de controle vetorial Coordenadores: Jorge Senatori e Lucilo Cabral (e multiplicadores)	1 módulo = 80 h
AUXILIAR DE ENTOMOLOGIA: Total: 90 horas (1 curso)	24 – Curso de Entomologia (identificação, coleta e montagem de vetores de importância para a saúde pública) Coordenadoras: Ana Lúcia Ribeiro e Shirley Rodrigues	1 módulo = 90 h
APOIO EM ENTOMOLOGIA: Total: 50 horas (1 curso)	25 – Curso introdutório de Entomologia de campo (reconhecimento de vetores de importância para a Saúde Pública) Coordenadoras: Ana Lúcia Ribeiro e Shirley Rodrigues	1 módulo = 50 h

Para profissionais já capacitados:

Capacitação não presencial: Disponibilização de material didático auto-instrucional, sensibilização para o auto didatismo, disponibilização de grupos de tutores a serem consultados via telefone ou e-mail.

Para profissionais nunca capacitados:

Capacitação não presencial: A mesma anterior.

Capacitação presencial: Realizada no nível central, regional ou por multiplicadores no nível local.

IX. Considerações Finais

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES) vem construindo e consolidando o setor saúde segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito específico do controle das endemias transmitidas por vetores, acredita-se que as ações desenvolvidas devam ser sustentáveis e sistematicamente avaliadas, possibilitando a busca de alternativas que melhor se adequem aos problemas apresentados.

É importante destacar que não se faz controle de doenças transmitidas por vetores com ações isoladas e padronizadas universalmente. É fundamental que possamos implementar um modelo de organização de serviços municipal, que dê conta das especificidades locais, ao mesmo tempo em que garanta a qualidade dos serviços prestados e possibilite a execução de ações abrangentes e eficientes, sustentada por financiamento adequado e recursos humanos preparados.

Especialmente em relação ao controle de vetores de interesse na área da saúde pública, faz-se necessária a implementação de estratégias criativas para o enfrentamento da grande diversidade que encaramos nesta área, com a identificação das medidas mais efetivas e mais eficientes (baixo custo e grande impacto), adequadas e adaptadas às realidades locais.

Ao estruturarmos a assistência hospitalar, ambulatorial e as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica em nossos municípios, estaremos não apenas tratando pacientes, mas principalmente evitando óbitos, interferindo na magnitude da transmissão dos agravos, prevenindo seqüelas, e contribuindo para uma melhor qualidade de vida de nossas populações. Além disto, temos a oportunidade de otimizar a utilização dos recursos financeiros já tão escassos no setor saúde.

Uma reflexão responsável sobre as necessidades e possibilidades de ações nos três grandes eixos propostos (atenção ao paciente, epidemiologia e gestão, entomologia e vigilância ambiental) certamente contribuirão para um novo “pensar” e “agir” no que se refere ao controle das endemias transmitidas por vetores nos municípios de Mato Grosso, dando início à busca de soluções cada vez mais consoantes com as peculiaridades de nosso Estado.

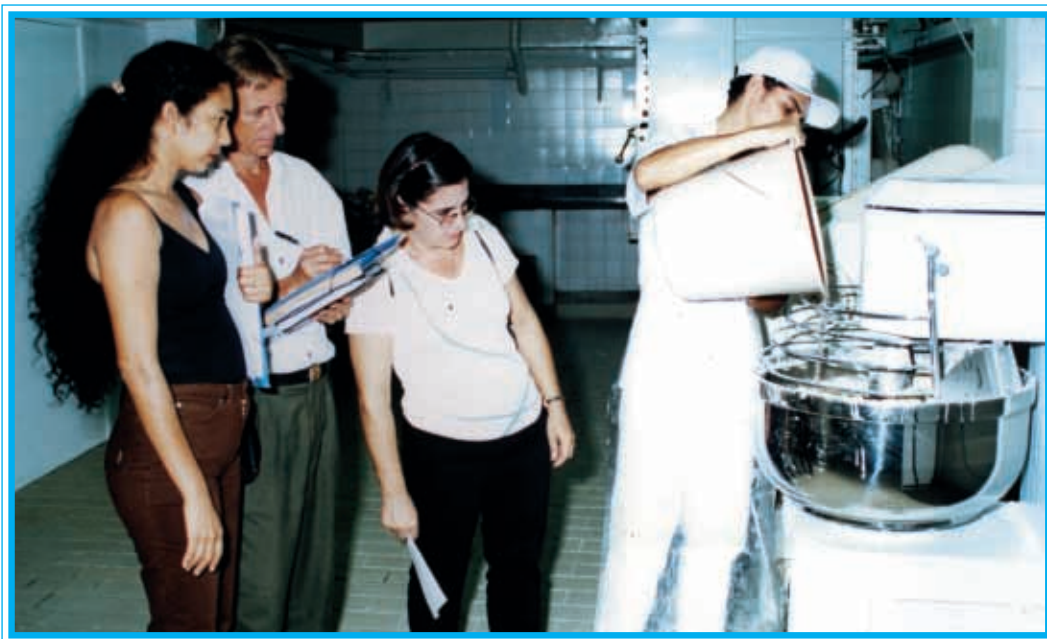
3

Vigilância Sanitária

Descentralização / Municipalização

A descentralização é a espinha dorsal do SUS que vem se realizando através do processo de municipalização das ações e serviços antes centralizados quase totalmente na União, em parcela reduzida nos Estados e minimamente nos municípios. O município está próximo dos fatos e do cidadão e deve estar organizado para oferecer solução aos problemas com rapidez e qualidade, contando sempre com o apoio do Estado e este com o da União. É a Vigilância Sanitária quem fiscaliza o monitoramento dos fatores envolvidos no processo gerador de doenças, e verifica se os produtos e serviços oferecidos à população estão sendo disponibilizados com controle de qualidade.

VISA em ação



De onde vem o dinheiro

Todo o dinheiro utilizado para o serviço público, seja ele de saúde ou não, vem dos impostos pagos por todos nós, munícipes. Quanto ao SUS, o custeio das ações da saúde é feito com recursos das três esferas de governo.

Os Recursos Federais para a Vigilância Sanitária (VISA) são geridos pelo Ministério da Saúde e divididos em duas partes: uma é retirada para investimentos e custeio das ações federais e a outra é repassada às Secretarias de Saúde de acordo com critérios previamente definidos em função da população.

Os recursos estaduais provêm do orçamento estadual, e também da realização de alguns convênios/projetos com o nível federal.

Os recursos municipais provêm do orçamento estadual, federal e uma porcentagem do orçamento municipal.

Atualmente, está sendo repassado do nível Federal para o municipal o valor de 0,25 centavos *per capita*, do PAB variável para a VISA, recurso financeiro determinado na NOB - 96 a todos os municípios que estejam habilitados na condição de Plena da Atenção Básica.

Esse recurso é um incremento que o município recebe para ajudar na organização e execução das ações de baixa complexidade da VISA municipal. Tal recurso pode ser utilizado para a aquisição de materiais no desenvolvimento das ações da VISA, tais como: confecção de jalecos, material de escritório, filmes para fotografia das inspeções, confecção de formulários de inspeção, entre outros necessários.

Esses recursos são gerenciados pelo gestor municipal. Cabe ao gestor programar, executar e avaliar a execução desses recursos para as ações do SUS e cabe à população participar ativamente da definição política de saúde através das reuniões no Conselho Municipal de Saúde.

Quanto às ações da VISA de média e alta complexidade, os municípios deverão manifestar-se e a VISA estadual avaliar as condições oferecidas pelo município, para tal execução, considerando que essas ações, atualmente, estão sendo executadas pela VISA estadual e, portanto, os municípios, após tal avaliação, poderão receber como fator de incentivo fundo a fundo, o valor *per capita* de 0,09 centavos.

Quanto aos projetos municipais na área de VISA, poderão ser financiados pela ANVISA/ MS (Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ Ministério da Saúde) e deverão ser analisados pela VISA Estadual antes do seu encaminhamento ao nível federal.

Responsabilidades das Vigilâncias Sanitárias Municipais

- Coordenar, controlar, acompanhar, cadastrar e inspecionar, avaliar, coletar e enviar amostras para análise laboratorial, na execução das atividades da VISA municipal;
- Avaliar, liberar alvará sanitário para as ações de Vigilância Sanitária executadas no município;
- Elaborar normas técnicas, confeccionar instrumentos de apoio e outros necessários, para as inspeções sanitárias municipais;
- Desenvolver Sistema de Informação em VISA para suporte ao planejamento, acompanhamento, controle, avaliação no que se refere às atividades de VISA;
- Realizar eventos de atualização nas áreas específicas da VISA;
- Estabelecer parcerias, criar grupos de trabalho para estudo de assuntos relacionados à VISA;
- Elaborar e divulgar materiais informativos das atividades executadas e orientativas aos serviços inspecionados e que favoreçam ao controle social;
- Prestar contas, continuamente, ao nível estadual através das regionais de saúde, referente à execução do planejamento, programação, acompanhamento e avaliação municipal em VISA.

Equipe Mínima para a execução das Ações de Baixa Complexidade

Municípios habilitados, com população a:

- até 10 mil habitantes, deverá ter, no mínimo:
02 técnicos de nível médio.
- de 10 mil a 50 mil:
02 técnicos de nível médio e
01 de nível superior, da área da saúde.
- acima de 50 mil:
02 técnicos de nível médio e
02 técnicos de nível superior, da área da saúde.

Para a Execução da Gestão Plena Municipal (Incluindo execução de ações de média complexidade)

Municípios habilitados, além da equipe mínima para as ações de baixa complexidade, deverão acrescentar, no mínimo:

- 02 técnicos de nível superior da área da saúde e 04 técnicos de nível médio.

Infra-estrutura

Infra-estrutura mínima para todos os níveis, sendo a quantidade proporcional ao número de fiscais sanitários, como também a quantidade e complexidade das ações executadas pela Vigilância Sanitária.

- Sala compartilhada ou não;
- Computador com impressora e acesso à internet;
- Arquivo para guardar pastas de estabelecimentos de interesse da saúde existentes no município;
- Armário para guardar legislação, cartilhas orientativas e formulários utilizados em VISA;
- Mesas e cadeiras;
- Bicicleta, motocicleta e/ou carro compartilhado;
- Telefone, fax e e-mail;
- Quadro mural;
- Bebedouro, compartilhado ou não;
- Sala para guarda temporária de produtos apreendidos e em processo administrativo com freezer, geladeira e estrados.

Parâmetros – Critérios de Programação

A programação das ações da VISA municipal está relacionada, principalmente, com a necessidade de os estabelecimentos de interesse da saúde (públicos e privados) obterem o Alvará Sanitário. A liberação do Alvará Sanitário pela VISA municipal está vinculada:

1. à utilização do Código Sanitário Municipal ou Código Sanitário Estadual;
2. ao conhecimento técnico das bases legais que amparam a ação da VISA municipal;

3. à realização de Inspeção Sanitária nos estabelecimentos de interesse da saúde.

Esta atividade inclui elaboração/preenchimento de:

- (a) roteiro de inspeção sanitária;
 - (b) autotermo;
 - (c) relatório técnico conclusivo;
 - (d) coleta de amostra para análise laboratorial (quando for o caso);
 - (e) orientações/educação sanitária;
 - (f) fotografias das inspeções realizadas.
4. à disponibilização das informações relativas à execução e desenvolvimento das atividades da VISA, visando o cliente interno e externo (garantia do acesso);
 5. à participação dos profissionais da VISA em eventos que permitam a atualização técnica nas áreas da VISA;
 6. ao continuado acompanhamento e avaliação do planejamento e da execução do plano municipal da VISA.

ESTABELECIMENTOS DE BAIXA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE QUE DEVEM SER INSPECIONADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

BAIXA COMPLEXIDADE – EXECUÇÃO MUNICIPAL
Academia de Ginástica, Musculação, Condicionamento Físico e Congêneres
Cemitério/Necrotério/Crematório
Comércio de Alimentos
Comércio de Correlatos
Comércio de Cosmético, Perfume e Produtos de Higiene
Comércio de Produtos Saneantes Domissanitários
Depósito de Correlatos
Depósito de Cosméticos, Perfume e Produtos de Higiene
Depósito de Medicamentos/Drogas, Insumos Farmacêuticos
Depósito de Produtos Saneantes Domissanitários
Depósito de Alimentos
Depósito de Produtos não Relacionados à Saúde
Dispensário de Medicamentos
Distrib. sem Funcionamento de Cosmético, Perfumes e Prod. de Higiene
Distribuidora sem Fracionamento de Correlatos
Distribuidora sem Fracionamento de Produtos Saneantes e Domissanitários
Drogaria / Ervaria / Posto de Medicamentos
Emp. de Tran. de Cosmético, Perfume e Prod. de Higiene
Emp. de Tran. de Correlatos
Emp. de Tran. de Alimentos
Emp. de Tran. de Prod. Saneante e Domissanitário
Empresa de Transporte de Medicamentos e Insumos
Estabelecimento de Artigos Médico-Hospitalares
Estabelecimento de Ensino
Estabelecimento de Massagem
Estações Rodoviárias e Ferroviárias
Habitação Unifamiliar/Coleta/Multifamiliar/Locais com Fins de Lazer ou Religiosos e Logradouros Públicos
Hotéis, Motéis e Congêneres
Instituto de Beleza sem Responsabilidade Médica/Pedicuro/Barbearia/Saunas e Congêneres
Óticas
Piscina de Uso Público e Restrito
Terreno Baldio
Unidade de Saúde sem Procedimento Invasivo - Consultório / Clínica

MÉDIA COMPLEXIDADE – EXECUÇÃO ESTADUAL E MUNICÍPIOS HABILITADOS
Agência Transfusional
Aplicadora de Produtos Saneantes, Domissanitários-Inseticidas/Raticidas
Canteiro de Obra
Casa de Apoio para Portadores do Vírus HIV
Casa de Repouso ou Casa de Idoso ou Asilo
Clínica de Fisioterapia
Clínica ou Consultório Médico com Vacinação
Cozinhas Industriais e Similares
Creche
Distribuidora com Fracionamento de Cosmético, Perfume, Produtos de Higiene
Distribuidora com Fracionamento de Drogas e Insumos Farmacêuticos
Distribuidora com Fracionamento de Produtos Saneantes Domissanitários
Distribuidora de Medicamentos
Estabelecimentos que Praticam Acupuntura
Estabelecimento Carcerário
Estabelecimento de Tatuagem e Congêneres
Estabelecimento não Relacionados à Saúde
Drogarias e Similares
Indústria de Alimentos
Indústria de Cosmético, Perfume e Produtos de Higiene
Indústria de Produtos Saneantes Domissanitários
Laboratório de Prótese
Lavanderia de Roupas de Uso Hospitalar - Isolada do Hospital
Posto de Coleta de Sangue - Isolado
Posto de Coleta para Análises Clínicas - Isolada
Sistema de Coleta, Disposição e Tratamento de Esgoto
Sistema de Coleta, Disposição e Tratamento de Resíduos Sólidos (lixo)
Sistema Público e Privado de Abastecimento de Água para Consumo Humano
Unidade de Transporte de Paciente com Procedimento
Unidade Odontológica com e sem Equipamento de Raio-X Consultórios Clínicos

ALTA COMPLEXIDADE – EXECUÇÃO ESTADUAL NÃO DESCENTRALIZADA
Banco de Órgãos, ou de Medula ou de Leite, ou de Tecidos
Empresa de Irradiação de Produtos
Empresa de Transporte de Material de Alto Risco (Carga Perigosa)
Farmácias que Preparam Nutrição Parenteral
Hospital Geral, Especializado, Dia e Maternidades
Indústria de Alimentos para Fins Especiais, Dietéticos, Alimentos para Lactantes, Alimentos para Atletas
Indústria Farmoquímica
Indústria de Medicamentos
Indústria de Correlatos
Estabelecimento que Procede Esterilização de Produtos Correlatos (Centrais de Esterilização)
Laboratório de Análises Clínicas, Citopatológico e de Anatomia Patológica
Prestador de Serviço que Utiliza Radiação Ionizante (Sala ou Equipamento)
Serviço de Hemoterapia
Serviço de Quimioterapia
Serviço de Terapia Renal Substitutiva
Serviço de Urgência e Emergência
Clínica de Cirurgia Ambulatorial, Estética, Endoscopia Digestiva - Alta e Baixa, Instituto de Beleza com Responsabilidades Médica, Clínica Geriátrica

TELEFONES E CONTATOS

SUPERINTENDÊNCIA DA SAÚDE COLETIVA

Dr. Euze Márcio de Souza Carvalho

Superintendente

Samia Nadaf de Melo

Superintendente Adjunta

COORDENADOR DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Luzia Helena Franco Maia

Telefone: (65) 613 5368

APOIO ADMINISTRATIVO

Telefones: (65) 613 5370/5373/5378

Fax: (65) 613 537

GERÊNCIA DE PRODUTOS

Jane Benedita Campos Leite

Telefone: (65) 613 5376

GERÊNCIA DE SERVIÇOS

Maria José Mendonça do Amaral

Telefone: (65) 613 5371

COORDENADOR DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Marco Aurélio Bertúlio Naves

Telefones: (65) 613 5372/5365/5368

TÉCNICOS DA VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Telefones: (65) 613 5367/5366

COORDENADOR DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Beatriz Alves de Castro Soares

Telefone: (65) 613 5381

GERENTE EM INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Irani Machado Ferreira

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Janet Anna Farias Grabert

Telefones: (65) 613 5379/5380

Fax: (65) 613 5384

Rede de frio: (65) 613 5301



III

Gestão do SUS



1

Sistema de Informação em Saúde

Informações atualizadas e fidedignas são os instrumentos necessários aos gestores para a tomada de decisão, em todos os níveis de gestão do SUS.

A informação de boa qualidade é fundamental para que o gestor tenha confiança ao tomar medidas, e isso requer que várias atividades sejam bem feitas: saber que o fato ocorreu ou está ocorrendo, registrar os dados sem erros, compilar esses dados e analisá-los. A partir daí, é possível tomar a decisão e agir. Todo esse processo pode ser feito manualmente, mas utilizando o computador fica mais rápido e já existem vários sistemas desenvolvidos especialmente para a saúde pública.

O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente diversos sistemas informatizados para a operacionalização do SUS, sendo que os principais são:

1. SINAN

Sistema de Informações de Agravos Notificáveis

Utilizado para registrar as doenças de notificação compulsória (meningite, malária, coqueluche, sarampo, poliomielite, entre outras) e as doenças crônicas (hanseníase, tuberculose, AIDS, entre outras). Os dados para alimentar esse sistema são retirados das fichas de notificação compulsória e das fichas de investigação. Através desse sistema, é possível conhecer quantos casos de determinada doença ocorreram, onde, quando, se o caso evoluiu para a cura ou não etc. Com essas informações, os técnicos de saúde pública podem planejar e executar as ações de prevenção e controle.

2. SIAB

Sistema de Informações sobre Atenção Básica

Utilizado para o registro de informações sobre as famílias cadastradas no PACS e PSF. Os dados que os agentes comunitários de saúde coletam regularmente sobre as famílias é que alimentam esse sistema e que permitem acompanhar os casos de doenças, a vacinação, a gestação, o crescimento e desenvolvimento das crianças, os óbitos etc.

As informações fornecidas por esse sistema são bastante abrangentes e, quando alimentado corretamente (fichas preenchidas e digitadas corretamente), é possível acompanhar somente através dele os principais indicadores de saúde da população.

3. API

Avaliação do Programa de Imunizações

Utilizado para o registro das vacinas aplicadas pelos serviços de saúde pública. Com esse sistema, é possível acompanhar a quantidade de crianças, gestantes e idosos vacinados e conhecer quais são os locais com menor cobertura, sendo possível então priorizar essas áreas para intensificar a vacinação.

4. SINASC

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Utilizado para o registro de informações sobre a mãe, o pré-natal, o parto e o nascido vivo. As informações são registradas em um formulário fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde, sendo que uma das vias é utilizada pela família para o assentamento do registro de nascimento em cartório.

5. SIM

Sistema de Informações sobre Mortalidade

Utilizado para o registro de informações sobre o óbito: nome, idade, sexo, causa da morte, data, local, se foi acidente de trabalho etc. As informações sobre a mortalidade são importantes

para se conhecer os eventos que não deveriam acontecer caso a população tivesse boas condições de saúde, saneamento, alimentação, moradia etc. Através dessas informações, é possível planejar ações de melhoria dos serviços, tanto na área de saúde quanto nas outras áreas da administração pública.

Os dados sobre o óbito são registrados em um formulário fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde e uma das vias é utilizada para o assentamento do registro do óbito no cartório.

6. SISMAL

Sistema de Informações sobre Malária

Utilizado para o registro de informações sobre os casos de malária: somente municípios com casos de malária operacionalizam esse sistema. Além de informações sobre o doente, esse sistema informa se a infecção ocorreu no próprio município ou se o caso é de fora e houve somente o atendimento. Essas informações são importantes para que o município de origem dos casos tome as medidas de controle.

7. SIA/PAB

Sistema de Informações Ambulatoriais da Atenção Básica

Utilizado para o cadastro dos procedimentos ambulatoriais realizados no município, tais como consultas, vacinação, exames, procedimentos ambulatoriais, visitas domiciliares, entre outros.

As informações desse sistema possibilitam ao gestor acompanhar os serviços da atenção básica de seu município.

8. SIH

Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares

Utilizado para o registro de dados das internações hospitalares, como idade e sexo do paciente, tipo de doença ou agravo, tempo de internação, entre outros.

As informações desse sistema possibilitam ao Ministério da Saúde realizar o pagamento das internações hospitalares aos prestadores de serviços. Os gestores conseguem acompanhar a demanda por internações de sua população e para a população de outros municípios.

9. SIOPS

Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde

Utilizado para o acompanhamento das receitas e despesas do município no setor saúde. Esse sistema emite relatórios da execução orçamentária para o Prefeito e o Conselho Municipal de Saúde.

O sistema está disponível na internet, no endereço do DATASUS: www.datasus.gov.br. Após o preenchimento das planilhas, as informações devem ser enviadas pela internet para o DATASUS.

Quem é responsável por esses sistemas na SES?

SISTEMA	SETOR	RESPONSÁVEL	FONE	FAX	e-mail
API	Gerência de Epidemiologia	José Mário	613-5379	613-5380	josemario.pni@terra.com.br
SISMAL	Gerência de Epidemiologia	Noemi	613-5379	613-5380	vigepimt@terra.com.br
SIM	Gerência de Informação e Estatística	Maria Aida Anhesini	613-5324/- 613-5321	613-5321	sdinfemt@terra.com.br
SINASC	Gerência de Informação e Estatística	Rosana F. de Figueiredo	613-5324/- 613-5321	613-5321	sinascmt@terra.com.br
SINAN	Gerência de Programas Básicos	Marilda Spineli/Maria de Lourdes Queiroz	613-5338/- 613-5339	613-5340/- 613-5338	cotecmt@terra.com.br
SLA/PAB	Gerência de Sistema de Informação	Meiriene Catalá Jorge	613-5425	613-5421	siasihmt@terra.com.br
SIAB	Gerência de Sistema de Informação	Meiriene Catalá Jorge	613-5425	613-5421	siabmt@terra.com.br
SIH	Gerência de Sistema de Informação	Meiriene Catalá Jorge	613-5425	613-5421	siasihmt@terra.com.br
SIOPS	DATASUS	www.datasus.gov.br			

Qual é o fluxo desses sistemas?

É basicamente o mesmo para todos, com exceção do SIH, onde o prestador de serviços entrega o banco de dados mensal ao gestor municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela coleta das informações e entrada dos dados nos sistemas. Nos casos em que o sistema informatizado não foi descentralizado, o município deve enviar os formulários para o Escritório Regional de Saúde, que os repassará ao setor responsável, na Secretaria de Estado de Saúde.

O que é necessário para operacionalizar esses sistemas?

Computador e digitador. Não se paga nada pelos sistemas.

As informações desses sistemas são confiáveis?

Os relatórios emitidos pelos sistemas são confiáveis. Entretanto, é necessário que as informações coletadas sejam de boa qualidade e a digitação realizada com atenção.

No intuito de cooperar para a melhoria da qualidade dos dados, a Secretaria de Estado de Saúde está promovendo a capacitação de digitadores dos municípios nos sistemas básicos: Windows, Word e Excel, e também nos principais sistemas dos SUS.

Como o município pode organizar um sistema local de informações?

É muito simples. Primeiramente, é necessário definir quais informações são importantes para se conhecer a situação da morbidade e da mortalidade, isto é: quais doenças são mais comuns? Quem adoeceu? Onde moram? Quando aconteceu? Quantos morreram devido a quais doenças ou agravos? Com qual idade?

Com essas informações, é possível saber se estão ocorrendo doenças ou agravos preveníveis por vacinação ou tratamento precoce, ou por informação sobre higiene, cuidados pessoais, saneamento, prevenção de acidentes de trabalho etc., e então planejar as ações necessárias para diminuir ou eliminar o problema.

Ao mesmo tempo, é necessário conhecer quantos postos e centros de saúde existem e os serviços que oferecem; quantos profissionais de saúde existem e de quais áreas; se há agentes comunitários de saúde; equipes de saúde da família; laboratórios próprios ou contratados; se há leitos do SUS ou contratados no município; outros serviços de apoio e diagnóstico; quantas pessoas são consultadas; quantas são internadas e por qual doença ou agravo etc.

E como são necessários recursos para viabilizar tudo isso, é preciso conhecer quanto o município recebe do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e, principalmente, da própria Prefeitura. A análise dos gastos com a atenção básica, a assistência e a vigilância sanitária vai permitir ao gestor identificar áreas problemáticas, acompanhar a execução de ações e priorizar medidas.

E como se faz essa análise?

Não é necessário fazer cálculos complicados. Os indicadores mais utilizados são o número absoluto, a percentagem e as taxas.

O número absoluto é o número bruto: número de crianças vacinadas, número de partos normais, etc.

A percentagem é a proporção de eventos de determinado tipo dentre todos os eventos: 10% de óbitos de crianças menores de 1 ano, 60% de partos normais etc.

A taxa ou coeficiente indica o risco de determinado evento acontecer: por exemplo, o coeficiente de mortalidade infantil é calculado levando-se em conta quantas crianças menores de 1 ano morreram dentre todas as nascidas naquele ano. Se, em determinado município, o coeficiente de mortalidade infantil é de 20 óbitos por 1.000 nascidos vivos, isto significa que, a cada grupo de 1.000 crianças nascidas vivas, 20 morrem por ano.

Estes são apenas alguns exemplos de indicadores que cada município pode utilizar para os mais diversos tipos de dados. É interessante que cada município defina quais indicadores são necessários para a sua realidade e os acompanhe regularmente.

Em Mato Grosso, a Secretaria de Estado de Saúde e os municípios pactuaram, através da Resolução CIB nº 29/00, de outubro de 2000, 15 indicadores para avaliação e acompanhamento da atenção básica:

1. Cobertura vacinal de rotina para DPT (%).
2. Cobertura de Procedimentos Odontológicos Coletivos, na faixa etária de 0 a 14 anos (%).
3. Percentual de parturientes, com cobertura de 4 ou mais consultas de pré-natal (%).
4. Cobertura vacinal contra influenza em idosos (%).
5. Taxa de internação por acidente vascular cerebral, na faixa etária de 30 a 59 anos (10.000 hab. da faixa etária de 30 a 59 anos).
6. Percentual de pacientes portadores de tuberculose curados (%).
7. Percentual de população coberta pelo Programa de Saúde da Família (%).
8. Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos).
9. Coeficiente de Mortalidade Perinatal (por 1.000 nascidos vivos).

10. Coeficiente de internação por IRA em crianças menores de 5 anos (por 1.000 habitantes menores de 5 anos).
11. Mortalidade proporcional por câncer de colo de útero (%).
12. Percentual de casos de hanseníase curados (%).
13. Índice Parasitário Anual de malária (por 1.000 hab.).
14. Índice Predial de Infestação de *Aedes aegypti* (%).
15. Coeficiente de incidência de leishmaniose tegumentar (por 1.000 hab.).

Como a Secretaria de Estado de Saúde divulga as informações em saúde de Mato Grosso?

A SES elabora diversos indicadores de morbidade, mortalidade, nascidos vivos, recursos humanos, recursos financeiros, capacidade instalada, atenção básica e assistência, especificamente para os municípios, e são divulgados através da série *Informações para os Municípios e Saúde nos Municípios*. Outras publicações dirigidas aos municípios são a *Cartilha para a Capacitação de Conselheiros de Saúde* e o *Caderno do Gestor*.

Além disso, as informações mais gerais são publicadas na série *Saúde em Números* e *SUS Reconhecido*. Outras publicações são a série *Legislação da Saúde em Mato Grosso*, o *Plano Estadual de Saúde*, a *Avaliação da Política de Saúde 1995-1998* e a revista *Saúde Pública em Mato Grosso*.

A SES mantém uma página na internet com as principais informações:

www.saude.mt.gov.br



2

Assistência Farmacêutica

O que faz?

- Controla e avalia a Política de Assistência Farmacêutica na Rede Pública Estadual.
- Garante, programa, administra e acompanha a aquisição e distribuição dos medicamentos dos Programas Estratégicos, dos Pactuados para a Farmácia Básica e Alto Custo.

1. O que são medicamentos dos Programas Estratégicos?

São aqueles garantidos pelo Ministério da Saúde, em parceria com a SES/MT, para: Dermatologia, Pneumologia, DST, Diabetes, Saúde da Mulher, Doenças Entéricas, Malária, Menigite, Leishmaniose e AIDS.

1.1. Como são adquiridos pelos municípios?

Os municípios se habilitam nos programas, cadastrando os pacientes e, a partir daí, começam a receber os medicamentos, sob a supervisão dos programas.

1.2. Como os pacientes adquirem os medicamentos?

Deverão se encaminhar aos postos de saúde dos municípios em que são cadastrados, e fazer a retirada.

1.3. Quais são os medicamentos dos Programas Estratégicos?

DERMATOLOGIA
MB blister adulto
MB blister infantil
Room blister
Minociclina 100 mg Fr c/ 10 Cápsula
PB Adulto Blister
PB Infantil Blister
Talidomida 100 mg comp.
Ofloxacino comp. 400 mg
Dapsone comp. 100 mg
Clofazimina 100 mg Caps.
Anfotericina B Ampola
Prednisona 5 mg comp.
Prednisona 20 mg comp.
Prednisolona - Prednipac
Rifampicina Caps. 300 mg
PNEUMOLOGIA
Etionamida comp.
Etambutol Xarope
Etambutol Comp 400 mg
Rifampicina fr.
Streptomycina amp.
Isonia. + Rifam. 200+300 mg caps.
Isonia. + Rifam. 100+150 mg caps.

PNEUMOLOGIA
Isoniazida 100 mg comp.
Pirazinamida comp.
Pirazinamida frasco
DOENÇAS ENTÉRICAS
Hipoclorito de Sódio fr.
DIABETES
Insulina NPH 100 Humana
Insulina Sulina
SAÚDE DA MULHER
Acetato de Medroxiprogesterona
Dispositivo Intra-uterino
Diafragma de Silicone nº 65
Diafragma de Silicone nº 70
Diafragma de Silicone nº 75
Diafragma de Silicone nº 80
Diafragma de Silicone nº 85
Levonorgestrel + Etinilestradiol
DST/AIDS
Foscavir 250 ml 502527
Preservativo Femininos 901008
Preservativos Masculinos 999903
MENIGITE
Rifampicina 300 mg
Rifampicina Sus. Oral

2. O que é Farmácia Básica?

Um conjunto de medicamentos para atender a Atenção Básica, pactuados entre Estado, Município e Ministério da Saúde, criada a partir da Portaria GM nº 176/99, de 08/03/99 e no Estado pelas Resoluções CIB nº 011/99, 012/99, do dia 26/04/99 e 007/01, de 25/05/01.

2.1. Como funciona a Farmácia Básica?

O Ministério da Saúde repassa para os municípios (fundo a fundo) o equivalente a R\$ 1,00 (um) real habitante/ano; o Município entra com R\$ 0,64 (sessenta e quatro) centavos de real habitante/ano; o Estado com R\$ 1,50 (um real e cinquenta) centavos de real habitante/ano.

A soma dos recursos Federal + municipal (R\$ 1,64) será o mínimo de gastos que o município deverá efetuar para adquirir a relação de medicamentos pactuados, chamado de Contrapartida Municipal.

A parte que cabe ao Estado será repassada aos municípios em forma de medicamentos.

2.2. Dos critérios para o recebimento dos recursos Federal (mensalmente) e Estadual (trimestralmente):

Os municípios devem estar habilitados junto ao Estado e Ministério da Saúde, e seguir as normas da Portaria nº 176/99, e da Resolução CIB nº 12/99, Art. 3º, que diz:

“Os medicamentos de contrapartida estadual serão fornecidos trimestralmente, mediante a prévia apresentação e aprovação da programação e relatório de consumo do conjunto de medicamentos constantes da Relação Básica de Medicamentos (RBM)”.

Assim, os municípios irão apresentar relatórios mensais de utilização dos recursos, segundo os modelos criados pela Coordenadoria de Assistência Farmacêutica/SES/MT, acompanhados das cópias das notas fiscais e/ou fatura devidamente autenticadas, para a apresentação da contrapartida municipal (anexo II), e um da contrapartida estadual (anexo III) de como foi distribuído.

2.3. Como os municípios recebem a contrapartida estadual?

Recebem de acordo com a sua população, trimestralmente, e quando estão em dia com os relatórios de utilização dos recursos.

2.4. Como é feito o quantitativo de cada município com relação à contrapartida estadual?

De acordo com os indicadores do Ministério da Saúde, onde diz que, a cada 3.000 habitantes / por 03 meses, se consome “X” número de caixas de determinado medicamento.

Então, a sua cota é programada da seguinte maneira: $n^{\circ} \text{ hab.} (*) \div 3.000 \times \text{consumo de caixa de medicamentos} / 3.000 \text{ habitantes} / \text{cada } 03 \text{ meses}$.

Dessa maneira, são feitas as contas e os medicamentos repassados aos municípios trimestralmente.

2.5. Como a população deverá receber os medicamentos?

Após o atendimento médico, o cidadão terá direito de receber, caso o médico prescreva, o seu medicamento diretamente das mãos do médico ou nos postos de saúde.

2.6. Quais são os medicamentos de responsabilidade do Estado?

Anexo I-A da Resolução CIB nº 07/01, de 25/05/01

ITEM	MEDICAMENTO
Antibióticos	
1	Amoxilina suspensão
2	Ampicilina 500 mg
3	Sulfamet. + Trimetop. Compr.
4	Sulfamet. + Trimetop. Suspen.
Cardiovasculares	
1	Captopril 25 mg
2	Digoxina 0,25 mg
3	Enalapril 20 mg
4	Furosemida 40 mg
5	Hidroclotiazida 25 mg
6	Metildopa 500 mg
7	Nifedipina 20 mg
8	Propanolol 40 mg
Hipoglicemiante Oral	
1	Glibenclamida 5 mg
Saúde Mental	
1	Amitriptilina 25 mg
2	Carbamazepina 200 mg
3	Clorpromazina 100 mg
4	Diazepan 10 mg
6	Fenobarbital 100 mg
7	Haloperidol 5 mg
8	Prometazina 25 mg
Analgésico/Antitérmico	
1	Ácido Acetil Salicílico 100 mg
2	Ácido Acetil Salicílico 500 mg
Broncodilatadores	
1	Salbutamol 0,04%, xarope
Antiparasitário	
1	Mebendazol 20mg/5ml sus. Oral
Reidratante Oral	
1	Sais de Reidratação Oral

(*) Fonte IBGE- pop. de 01/07/00- D.O.U., de 25/08/00.

2.7. Quais são os medicamentos de responsabilidade do Município?

Anexo I-B da Resolução CIB nº 07/01, de 25/05/01

MEDICAMENTOS
ANTIBIÓTICOS
Penicilina Procaína 400.000 UI cx c/ 50
Penicilina Benzatina 1.200.000 UI cx c/ 50
Estearato de Eritromicina 2,5% susp oral cx c/ 50 fr
Neomicina+Bacitracina 0,5%+250UI, 10g cx c/ 50 bis
ANTIEMÉTICO
Metoclopramida comp. 10 mg cx c/ 500
ANTIANÊMICO
Ácido Fólico caixa com 500 comprimidos
Sulfato Ferroso 25 mg/sol.oral. Fsc 30 ml cx c/50
ANALGÉSICOS/ ANTITÉRMICOS
Dipirona Sódica 500 mg/ml 10 ml sol. Oral cx 50 frasc
Paracetamol solução oral 100 mg/ml
SAÚDE DA MULHER
Desoget.I+Etilest.150+30 mcg cx c/ 50 cartela s*
Estriol comp. 1 mg cx c/ 20
Estriol conjunto c/ bisnaga+aplicador cx c/ 1
Hioscina comp. 10 mg cx c/ 500
Metronidazol comp. 250 mg cx c/ 500
Metronidazol 200 mg susp.oral cx c 50 frascos
Medroxiprogesterona comp 5 mg cx c/ 500
Metronidazol geléia vaginal cx c/ 50
Nistatina creme vaginal 25.000 U/g cx c 50
ANTIÁCIDOS
Hidróxido de Alumínio 62 mg/ml Fr 150 ml Cx c 50 frs
Ranitidina 150mg comprimidos caixa com 500
ANTIPARASITÁRIOS
Mebendazol 100 mg comp. Cx c/ 300
Anticoncepcional = população mulheres idade fértil x 27% -20% estéril X população idade fértil que usará hormônio 40%

3. Medicamentos de alto custo, o que são?

3.1. O que são medicamentos excepcionais?

São aqueles garantidos pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 204/90, em parceria com a SES/MT, para:

Inibidores de prolactina, Reguladores de Homeostase Mineral e Metabolismo Ósseo, Anti-hipocalcêmicos, Imunossuppressores, Anti-psicóticos, Inibidores das Gonadotrofinas, quelantes do ferro e outros quelantes, Diabetes Insipidus, Fibrose Cística, Enzimas Pancreáticas, Antianêmicos, Hormonais, Imunoterápicos, Antineoplásicos, Antiepiléticos, Estimulantes-Hematopoéticos, Anti-inflamatórios, Anti-inflamatórios intestinais, hormônio de crescimento, Bloqueadores Neuromusculares, Antivirais, Esclerose Múltipla.

3.2. Como os municípios podem auxiliar no cadastramento dos seus pacientes?

Retirando o formulário para medicamentos excepcionais, Parecer Social, autorizações e protocolos junto à Gerência de Insumos para Usuários.

3.3. Qual a documentação exigida para que os pacientes possam ser cadastrados?

- Estar de posse do formulário para medicamentos excepcionais preenchido pelo médico responsável;
- Xerox dos exames que comprovem o diagnóstico, RG e CPF (inclusive menores);
- Receita médica original com posologia e Parecer Social (executado por um profissional de Serviço Social, exceto para Cuiabá e Várzea Grande, onde o parecer deverá ser feito na Gerência de Insumos para Usuários).

3.4. Para onde encaminhar os documentos?

Os documentos deverão ser encaminhados para a Gerência de Insumos para Usuários, onde será formalizado o Processo.

Gerência de Insumos para Usuários
Rua Major Gama, 754
78.020-170 – Cuiabá-MT – Centro
Fone: 624-7447

3.5. Como é avaliado o processo?

Após o cadastramento, o médico auditor verificará se o processo está de acordo com os critérios de inclusão, tendo como referência o Protocolo Técnico para medicamentos excepcionais.

3.6. Como será realizada a retirada do medicamento?

Após o processo ser avaliado e aprovado pelo médico auditor, o mesmo entrará na programação de recebimento mensal de acordo com a disponibilidade em estoque. Na 1ª parcela do medicamento, o paciente será comunicado e as seguintes serão entregues a cada 30 dias.

3.7. Quem poderá retirar o(s) medicamento(s)?

O(s) medicamento(s) poderá(ão) ser retirado(s) pelo próprio paciente, ou por alguém por ele determinado.

3.8. Existe autorização específica, caso não seja o paciente a retirar o medicamento?

Sim, esta autorização encontra-se à disposição na Gerência de Insumos para Usuários.

3.9. Qual o tempo de validade dos processos?

Os processos para medicamentos excepcionais possuem validade de 3 meses.

3.10. Quem comunicará o vencimento do processo?

A assistente social da Gerência de Insumos para Usuários comunicará a data de renovação do processo.

4. Critérios para Recebimento e Armazenamento dos Medicamentos e Materiais

4.1. Recebimento:

No ato do recebimento, deve-se proceder da seguinte maneira: examinar a documentação que está dando entrada (NF, Guia de Remessa, outros), verificar as condições em que estão as mercadorias recebidas, prazo de validade, rotulagem e quantidade.

Caso o produto tenha mais de um lote de fabricação, deve-se subdividi-lo e guardá-lo, identificando-o por lote.

4.2. Armazenamento:

A estocagem pode ser feita em estantes, prateleiras, armários ou estrados, permitindo a visualização.

O armazenamento deve ser feito por ordem alfabética ou nome genérico.

O armazenamento não pode ser feito diretamente no chão ou em contato com paredes, evitando o recebimento de luz solar diretamente sobre os produtos.

O armazenamento de caixas volumosas deve ser feito sobre estrados ou tablados, seguindo a instrução do fabricante quanto ao limite máximo de empilhamento das caixas.

Os produtos devem ser estocados, mantendo-se uma certa distância entre os mesmos para evitar trocas, facilitar a higienização e a visualização do estoque.

4.3. Medicamentos Termolábeis

Os medicamentos devem ser armazenados da seguinte maneira:

Refrigerador: Temperatura entre 4°C e 8°C.

Freezer: Temperatura não superior a -10°C.

Câmara Fria: Temperatura entre 8°C e 15°C.

A temperatura destes equipamentos deve ser controlada diariamente por termógrafos (nas câmaras frias) e termômetros da máxima e mínima, em *freezers* e refrigeradores, evitando abrir excessivamente as portas dos equipamentos, prevenindo as variações internas de temperatura.

4.4. Medicamentos de Uso Controlado

Esses medicamentos precisam estar guardados em armários fechados e que ofereçam segurança, tendo o seu acesso restrito ao farmacêutico e funcionários por ele autorizados.

Os registros de entrada e de saída desses medicamentos devem ser feitos de acordo com a legislação sanitária específica.

OBS Geral: Os estoques devem ser inventariados periodicamente e inspecionados com frequência.

Embalagens parcialmente utilizadas devem ser fechadas novamente e receber identificação da quantidade restante.

4.5. Distribuição:

A distribuição dos medicamentos e materiais deve obedecer a ordem cronológica do prazo de validade, ou seja, os que vencem primeiro saem primeiro, e assim sucessivamente.

4.6. Medicamentos vencidos e seus procedimentos

Devem ser retirados do estoque e encaminhados à Coordenadoria de Assistência Farmacêutica, para que esta tome as devidas providências.

Este procedimento deverá ser da seguinte forma:

A devolução se dará via ofício, dizendo o motivo da devolução, contendo a quantidade, o número do lote e a validade do medicamento. Caso o medicamento tenha mais de um lote, este deverá ser lançado também no ofício.

5. Registro Nacional de Preços

Criado pelo Ministério da Saúde, para facilitar a compra dos Estados e Municípios, funciona como uma cotação de preços virtual, repassadas às unidades através de um manual informativo, dentro do qual estes terão uma senha individual, com a qual poderão ser consultados e efetuadas as compras, de acordo com as instruções contidas dentro desse manual.

Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

Léo Mário Rachid Jorge

SAI/SES

Telefone: 653 2209

Núcleo de Gerenciamento de Insumos Farmacêuticos

Joselinda Paes de Barros Curvo Costa

Núcleo de Administração de Medicamentos de Alto Custo

Leine Carla Monteiro da Silva Pereira

Núcleo de Programação e Acompanhamento de Medicamentos Regionais

Leila Costa Leitão

Gerência Administrativa e Financeira

Paulo Ferreira da Silva

Telefones: 653 2209/653 4698/613 5414/613 5418

Fax: 653 4698

RESOLUÇÃO CIB nº 007/01, de 25 de maio de 2001

Dispõe sobre a Relação Básica de Medicamentos e altera a Resolução CIB nº 002/01.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE ESTADUAL, no uso de suas atribuições legais e considerando:

- I – a necessidade de garantir cobertura de assistência farmacêutica básica para todos os municípios do Estado;
- II – a Portaria 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, do Ministério da Saúde;
- III – as orientações propostas pela Comissão Intergestores Tripartite, pelo Ofício Circular nº 058/98, da Secretaria de Políticas de Saúde, de 06 de novembro de 1998, que trata das contrapartidas financeiras para a cobertura da assistência farmacêutica básica;
- IV – a necessidade de estabelecer a relação de medicamentos básicos para o Estado de Mato Grosso;
- V – as disposições da Portaria nº 176/GM, de 08 de março de 1999;
- VI – o que preconiza a Portaria GM nº 1.077/99, de 24 de agosto de 1999, e também o Ofício Circular nº 78, de 28 de outubro de 1999, do Senhor Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde,

RESOLVE:

Art. 1º. Alterar a Relação Básica de Medicamentos para o Estado de Mato Grosso, discriminada pela Resolução CIB nº 002/2001, de 02 de março de 2001, que passa a vigorar na forma do ANEXO I desta Resolução.

Art. 2º. A Relação Básica de Medicamentos, composta por 46 itens, se constitui dos medicamentos essenciais para a assistência básica e deverá ser garantida por todos os municípios do Estado de Mato Grosso.

Art. 3º. Os recursos para financiamento da Relação Básica de Medicamentos correspondem a um mínimo de R\$ 3,28 (três reais e vinte e oito centavos) por habitante/ ano, assim discriminados para cada nível de governo:

- a) Recurso de contrapartida da esfera federal igual a R\$ 1,12 (um real e doze centavos) por habitante/ano;
- b) Recurso de contrapartida da esfera estadual igual a R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) por habitante/ano;
- c) Recurso de contrapartida da esfera municipal igual a R\$ 0,66 (sessenta e seis centavos de real) por habitante/ano.

Art. 4º. Os recursos especificados no artigo anterior serão destinados à assistência farmacêutica básica e os repasses aos municípios cumprirão os seguintes critérios:

- I – parte dos recursos da esfera federal, R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano, será repassada diretamente aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios habilitados segundo a Norma Operacional Básica 01/96;
- II – os R\$ 0,12 (doze centavos de real) restantes da esfera federal serão repassados ao Fundo Estadual de Saúde para aquisição dos medicamentos destinados ao Programa de Saúde Mental e que posteriormente serão distribuídos aos municípios, nos termos do Artigo 7º e 8º e respectivos parágrafos da Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999;
- III – os recursos da esfera estadual, R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos) por habitante/ano, serão repassados, na forma de medicamentos, aos municípios habilitados segundo a Norma Operacional Básica 01/96, em conformidade com o ANEXO II desta Resolução;
- IV – os recursos da esfera municipal, R\$ 0,66 (sessenta e seis centavos de real) por habitante/ano, deverão estar expressos na programação anual de assistência farmacêutica básica do município para a aquisição dos medicamentos de contrapartida municipal, como consta da relação de medicamentos discriminados pelo ANEXO III desta Resolução.

Art. 5º. O repasse dos recursos federal e estadual aos municípios de que trata os artigos anteriores está condicionado ao cumprimento da programação de assistência farmacêutica básica anual e também o que preconiza a Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999.

Art. 6º. Os medicamentos *Hidralazina*, *Espironolactona*, *Amlodipina*, *Cloridrato de Metformina*, *Dinitrato de Isosorbida* e *Diltiazem* estarão disponíveis apenas nos serviços de referência para o atendimento de hipertensos e diabéticos cadastrados para a dispensação desses medicamentos, conforme normatização a ser estabelecida pelo Grupo de Trabalho das Doenças Crônico-Degenerativas.

Art. 7º. Em decorrência do que preconiza a Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, e em especial seu artigo 7º e respectivos parágrafos, fica a Secretaria de Estado da Saúde responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos relativos à Saúde Mental, bem como dos medicamentos discriminados no ANEXO II desta Resolução, ressalvado o que diz respeito ao Artigo 4º, em seu Inciso IV e Artigo 5º, desta Resolução.

Art. 8º. Fica aprovada a programação dos medicamentos para o Estado de Mato Grosso e para os municípios, conforme consta dos ANEXOS IV e V desta Resolução.

Art. 9º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução CIB 002/01, de 02 de março de 2001.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde/MT

Luis Soares
Presidente do COSEMS/MT

Anexo I

Resolução CIB nº 007/2001, de 25 de maio de 2001

RELAÇÃO BÁSICA DE MEDICAMENTOS DO ESTADO DE MATO GROSSO		
ANTIBIÓTICOS		
1.	Estearato de Eritromicina	125 mg suspensão oral Caixa c/ 50
2.	Penicilina Procaína	400.000 UI Caixa c/50
3.	Penicilina Benzatina	1.200.000 U.I. caixa c/ 50 frascos
4.	Amoxicilina	Suspensão Caixa c/ 50
5.	Ampicilina 500 mg	Comprimidos Caixa c/ 500
6.	Sulfametoxazol + Trimetopim	Suspensão Caixa c/ 50
7.	Sulfametoxazol + Trimetopim	Comprimidos Caixa c/ 500
8.	Neomicina + Bacitracina 0,5% + 250 UI pomada	10 g / caixa c/ 50 bisnagas
CARDIOVASCULARES		
9.	Metildopa	500 mg comprimidos Caixa c/500
10.	Captopril	25 mg comprimidos Caixa c/ 500
11.	Enalapril	20 mg Caixa c/ 500
12.	Hidroclorotiazida	50 mg comprimidos Caixa c/ 500
13.	Furosemida	40 mg Caixa c/ 500
14.	14. Propanolol	40 mg Caixa c/ 500
15.	15. Nifedipina	20 mg comprimidos Caixa c/ 500
16.	16. Digoxina	0,25 mg comprimidos Caixa c/ 500
HIPOGLICEMIANTE ORAL		
17.	Glibenclamida	5 mg comprimidos Caixa c/ 500
SAÚDE MENTAL		
18.	Diazepam	10 mg comprimidos Caixa c/ 200
19.	Fenobarbital	100 mg comprimidos Caixa c/ 200
20.	Amitriptilina	25 mg comprimidos Caixa c/ 200
21.	Haloperidol	5 mg comprimidos Caixa c/ 200
22.	Carbamazepina	200 mg comprimidos Caixa c/ 200
23.	Clorpromazina	100 mg comprimidos Caixa c/ 200
24.	Prometazina	25 mg comprimidos Caixa c/ 500

continua ...

RELAÇÃO BÁSICA DE MEDICAMENTOS DO ESTADO DE MATO GROSSO		
ANALGÉSICOS/ANTITÉRMICOS		
25.	Paracetamol	100 mg solução oral frascos Caixa c/ 50
26.	AAS	100 mg comprimidos Caixa c/ 500
27.	AAS	500 mg comprimidos Caixa c/ 500
28.	Dipirona Gotas	frascos Caixa c/ 50
ANTIPARASITÁRIOS		
29.	Mebendazol	20 mg/ml suspensão oral frascos Caixa c/ 50
30.	Mebendazol	100 mg comprimidos Caixa c/ 300
31.	Metronizadol	4% mg frascos Caixa c/ 50
BRONCODILATADORES		
32.	Salbutamol	0,04% xarope-frascos Caixa c/ 50
SAÚDE DA MULHER		
33.	Ácido Fólico	comprimidos Caixa c/ 500
34.	Desogestrel + Etilestradiol	150+30 mcg Caixa c/ 1 cartela
35.	Estriol	1 mg comprimidos Caixa c/ 20
36.	Estriol	conjunto c/ bisnaga+aplicador Caixa c/ 1
37.	Hioscina	10 mg comprimidos Caixa c/ 500
38.	Medroxiprogesterona	5 mg comprimidos Caixa c/ 500
39.	Metoclopramida	10 mg comprimidos caixa c/ 500
40.	Metronidazol	geléia vaginal Caixa c/ 50
41.	Metronidazol	250 mg comprimidos Caixa c/ 500
42.	Nistatina	25.000 U/g creme vaginal Caixa c/ 50
ANTIANÊMICOS		
43.	Sulfato Ferroso	25 mg solução oral frascos 30 ml Caixa c/ 50
SAL REIDRATANTE		
44.	Sais de Reidratação Oral	envelopes Caixa c/ 500
ANTIÁCIDOS		
45.	Hidróxido de Alumínio	62 mg/ ml frasco 150/ml caixa c/ 50 frascos
46.	Ranitidina	150 mg comprimidos caixa c/ 500

Anexo II

Controle dos Medicamentos da Farmácia Básica

Contrapartida Município

Escritório Regional: Recurso Federal R\$
Município: Recurso Municipal R\$
Mês de:

MEDICAMENTOS	ESTOQUE ANTERIOR	ENTRADA	ENTRADA PSF	SAÍDA	ESTOQUE FINAL
SAÚDE DA MULHER					
Desoget.I+Etilest.150+30 mcg cx. c/ 50 cartela					
Estriol comp. 1 mg cx c/ 20					
Estriol conjunto c/ bisnaga+aplicador cx. c/ 1					
Hioscina comp. 10 mg cx c/ 500					
Medroxiprogesterona comp. 5 mg cx. c/ 500					
Metoclopramida comp. 10 mg cx c/ 500					
Metronidazol geléia vaginal cx. c/ 50					
Metronidazol comp. 250 mg cx. c/ 500					
Nistatina creme vaginal 25.000 U/g cx. c 50					
ANTIANÊMICOS					
Ácido Fólico caixa com 500 comprimidos					
Sulfato Ferroso 25 mg/sol. oral. Fsc. 30 ml cx. c/50					
ANTIÁCIDOS					
Hidroxido de Alumínio 62 mg/ml Fr 150 ml Cx. c 50 frs.					
Ranitidina 150 mg comprimidos caixa com 500					
ANTIPARASITÁRIOS					
Mebendazol 100 mg comp. cx 300					
Metronidazol 4% frasco cx. /50 uni.					
ANALGÉSICOS / ANTITÉRMICOS					
Paracetamol 100 mg sol. Oral Cx/50 fr.					
Dipirona Sódica 500 mg/ml 10 ml sol. Oral ex. 50 frascos					
ANTIBIÓTICOS					
Neomicina+Bacitracina 0,5%+250UI, 10g cx. c/ 50 bis					
Estereato de Eritromicina					
Penicilina Procaina 400.000 UI Cx. 50 fr.					
Total do Recurso Gasto: R\$					
Responsável:					
Telefone para Contato:					

Anexo III

Controle dos Medicamentos da Farmácia Básica

Contrapartida do Estado

Escritório Regional:
 Município:
 Mês de:

MEDICAMENTOS	ESTOQUE ANTERIOR	ENTRADA	ENTRADA PSF	SAÍDA	ESTOQUE FINAL
SAÚDE DA MULHER					
Desoget.I+Etilest.150+30 mcg cx. c/ 50 cartela					
Estriol comp. 1 mg cx c/ 20					
Estriol conjunto c/ bisnaga+aplicador cx. c/ 1					
Hioscina comp. 10 mg cx c/ 500					
Medroxiprogesterona comp. 5 mg cx. c/ 500					
Metoclopramida comp. 10 mg cx c/ 500					
Metronidazol geléia vaginal cx. c/ 50					
Metronidazol comp. 250 mg cx. c/ 500					
Nistatina creme vaginal 25.000 U/g cx. c 50					
ANTIANÊMICOS					
Ácido Fólico caixa com 500 comprimidos					
Sulfato Ferroso 25 mg/sol. oral. Fsc. 30 ml cx. c/50					
ANTIÁCIDOS					
Hidroxido de Alumínio 62 mg/ml Fr 150 ml Cx. c 50 frs.					
Ranitidina 150 mg comprimidos caixa com 500					
ANTIPARASITÁRIOS					
Mebendazol 100 mg comp. cx 300					
Metronidazol 4% frasco cx. /50 uni.					
ANALGÉSICOS / ANTITÉRMICOS					
Paracetamol 100 mg sol. Oral Cx/50 fr.					
Dipirona Sódica 500 mg/ml 10 ml sol. Oral ex. 50 frascos					
ANTIBIÓTICOS					
Neomicina+Bacitracina 0,5%+250UI, 10g cx. c/ 50 bis					
Estereato de Eritromicina					
Penicilina Procaina 400.000 UI Cx. 50 fr.					
Total do Recurso Gasto: R\$					
Responsável:					
Telefone para Contato:					

3

Política de Recursos Humanos da SES

Informações úteis para o Gestor Municipal de Saúde

A estrutura de Recursos Humanos da SES

O Centro Estadual de Gestão, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos (CERH) está constituído pela Coordenadoria de Administração de Pessoal e pela Escola de Saúde Pública. Ele se encontra vinculado à estrutura organizacional da SES/MT através da Superintendência de Gestão.

A administração de Recursos Humanos e os servidores estaduais cedidos

A Coordenadoria de Administração de Recursos Humanos (CARH) é responsável pelo gerenciamento do quadro de pessoal da SES/MT, no que se refere aos processos de realização de concursos públicos, provisão de novos servidores, monitoramento do lotacionograma da SES/MT, administração da Folha de Pagamento, lotação e movimentação dos servidores, registros da vida funcional etc.

Em decorrência do processo de municipalização dos serviços de saúde, cerca de 50% dos servidores estaduais da saúde foram colocados à disposição das Secretarias Municipais de Saúde. Atualmente, esses servidores, cedidos aos municípios através de ato governamental, representam cerca de 1.100 servidores da SES. Embora o vínculo empregatício permaneça com a SES/MT, o gerenciamento destes servidores está sob a responsabilidade direta do gestor municipal da saúde. Isso significa que a marcação de férias, licenças, lotação nos diferentes serviços de saúde do município está na responsabilidade da SMS do município onde eles se encontram cedidos.

Dentre a legislação vigente que trata da vida funcional do servidor e orienta sobre seus direitos e deveres, tem-se o Estatuto dos Servidores Públicos Estaduais (Lei Complementar nº 04/92) e a Carreira dos Profissionais do SUS – Lei 7.360/00, recentemente aprovada. A criação, em 14 de dezembro de 2000, da Carreira dos Profissionais do SUS trouxe uma nova perspectiva de desenvolvimento e progressão para todos os servidores da SES e da FCRADC, além de ter implantado um novo sistema de remuneração que permitiu o pagamento de subsídios mais justos e dignos para os trabalhadores da saúde. A nova Carreira dos Profissionais do SUS está sendo referida por todas as Secretarias Estaduais de Saúde como um avanço, ela se encontra disponível na *home page* da SES, no endereço eletrônico: www.saude.mt.gov.br.

Os procedimentos a serem observados em relação aos servidores cedidos:

Por serem as demandas mais comuns em relação aos servidores estaduais cedidos aos municípios, estão destacados abaixo alguns dos procedimentos a serem observados pelos gestores municipais, no caso de:

Solicitação de transferência do servidor

A solicitação deverá ser dirigida, através de requerimento do servidor, à SES. O Secretário Municipal de Saúde manifesta-se no processo, favoravelmente ou não, em relação à solicitação do servidor. O servidor deverá permanecer na sua unidade de lotação até a deliberação final do processo, pelo Secretário Estadual de Saúde, que determinará a elaboração da Portaria respectiva de remoção do servidor ou o indeferimento do pleito. A comunicação ao servidor e SMS sobre o desfecho da solicitação será feita através da Coordenadoria de Administração de Recursos Humanos.

Solicitação de férias ou licenças

A solicitação deverá ser encaminhada, através de requerimento do servidor, à SES. O Secretário Municipal de Saúde deverá se manifestar favoravelmente à solicitação do servidor cedido, devendo ser acordado com ele a melhor data para o gozo de suas férias ou em que poderá se afastar para desfrutar de licença prêmio, sem prejuízo do funcionamento do serviço de saúde. A Coordenadoria de Administração de Recursos Humanos informará no processo se o servidor possui períodos aquisitivos para o gozo de férias ou licenças e adotará os procedimentos de registro e pagamentos decorrentes da sua concessão. Da mesma forma, esta Coordenadoria, através de suas gerências, é responsável por retornar a informação ao servidor sobre a deliberação ou não de seu pleito.

Controle de frequência do servidor cedido

O controle de frequência diária do servidor cedido deverá ser procedido por sua chefia imediata e encaminhado para a SES mensalmente pelo gestor municipal, até o quinto dia útil do mês subsequente. O servidor que ficar sem o registro de sua frequência poderá ser intimado a responder comunicado da SES por abandono de cargo, o que poderá culminar com a sua exoneração. As faltas encaminhadas pelo gestor municipal à SES serão descontadas na Folha de Pagamento do mês subsequente ao encaminhamento do controle da frequência do servidor. Conforme regulamentado, o servidor afastado de suas atividades por motivo de doença, por período superior a três dias, deverá se submeter à perícia médica e o seu atestado deverá ser encaminhado à SES, para as devidas providências.

Jornada de trabalho

Os servidores públicos estaduais da área de saúde têm jornada de 30 horas semanais, ou seja, 6 horas diárias. A Coordenadoria de Administração de Recursos Humanos informa a jornada de trabalho dos servidores cedidos aos municípios. A jornada de trabalho de 30 horas é remunerada pela SES e, caso a SMS e o servidor tenham interesse em jornadas especiais de trabalho, a correspondente remuneração deverá ser acordada entre ambos, não havendo qualquer complementação a ser assumida pela SES.

Quaisquer outros esclarecimentos sobre os servidores cedidos às Secretarias Municipais de Saúde deverão ser buscados através dos seguintes telefones e responsáveis abaixo indicados:

SETOR	RESPONSÁVEL	TELEFONE	END. ELETRÔNICO
Coordenadoria de Administração de Recursos Humanos	Virgínia Maria Nadaf	613-5347	espmt@terra.com.br
Gerência de Administração da Folha de Pagamento	Azenil Maria de Pinho	613-5343	espmt@terra.com.br
Gerência de Vida Funcional	Jacira de Jesus de Campos	613-5350	espmt@terra.com.br
Gerência de Recrutamento, Seleção, Avaliação e Valorização do Servidor	Nice Ramira de Deus Siqueira	613-2233	espmt@terra.com.br

O componente da qualificação dos Trabalhadores da Saúde na Política de Recursos Humanos da SES

A Escola de Saúde Pública do CERH - SES está constituída pela Escola Técnica de Saúde, pelo Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde e por um Núcleo Administrativo, sendo este último responsável pela organização da infra-estrutura necessária aos cursos que se desenvolvem na sede da Escola de Saúde Pública, em Cuiabá.

A Escola de Saúde Pública é a instância responsável pelos processos relacionados à formação e desenvolvimento dos profissionais do SUS, quer estes profissionais estejam vinculados ao Sistema Estadual de Saúde, quer tenham vínculo com os municípios, ou pertençam ao quadro de pessoal do nível federal, na área da saúde. A Escola de Saúde Pública prioriza a qualificação dos profissionais que fazem o SUS acontecer no Estado de Mato Grosso, independente da instituição, com a qual estes profissionais mantêm seus vínculos de trabalho.

A formação técnica do pessoal de nível médio para a área da saúde

A Escola de Saúde pública, através da Escola Técnica de Saúde – ETS/MT vem desenvolvendo, de forma descentralizada, a formação de pessoal de nível médio nas áreas da enfermagem, odontologia, patologia clínica, registros de saúde, vigilância sanitária e saúde ambiental. Esta formação se dá no nível de auxiliar ou técnico e confere identidade profissional ao aluno que a conclui, sendo estes profissionais reconhecidos em todo o território nacional, porque são cumpridos todos os requisitos exigidos pelo sistema educacional.

A Escola de saúde Pública, através da Escola Técnica de Saúde, recebe as demandas para os cursos profissionalizantes das Secretarias Municipais de Saúde de forma contínua, não havendo prazos para que as mesmas sejam encaminhadas. A SMS que estiver interessada em oferecer um curso de formação técnica descentralizado, deverá se manifestar, justificando a necessidade do curso solicitado. A ETS/MT examinará as condições necessárias para o desenvolvimento do curso, em parceria com o município (disponibilidade de instrutores, campo de estágio, número de alunos para serem qualificados, dentre outros). A SMS deverá dispor dos instrutores necessários para a realização do curso (normalmente na proporção de um instrutor da área específica da formação para cada 15 alunos, no decorrer do bloco teórico, e de 1 instrutor para cada 8 alunos, no acompanhamento das práticas ou estágios curriculares).

A ETS/MT se responsabiliza pela montagem do processo de aprovação do curso junto ao sistema educacional, supervisão periódica do curso, preparação dos instrutores e certificação dos alunos ao término do curso.

No caso de se efetivar a captação de recursos financeiros externos, a SES garante ainda o pagamento de gratificação pela função docente aos instrutores e coordenadores locais do curso, a exemplo do Programa Qualificar e PROF AE.

A ETS/MT, juntamente com a Fundação de Amparo ao Ensino Superior Público Estadual - FAESPE, estará executando o Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem do Ministério da Saúde – PROF AE, no Estado de Mato Grosso. Neste sentido, já se encontram organizadas as 20 turmas sob a responsabilidade da ETS/MT, e o novo cadastramento de pessoas que já atuam na área da saúde e que aspiram à formação na área de enfermagem está se desenvolvendo, em todos

os municípios. Este cadastramento terá também o propósito de identificar quais são as demandas dos trabalhadores para a formação de pessoal de nível médio para as outras áreas da formação, além da enfermagem.

Para quaisquer esclarecimentos ou informações sobre os cursos que a ETS/MT oferece, a SMS interessada deverá fazer os contatos abaixo especificados:

SETOR	RESPONSÁVEL	TELEFONE	END. ELETRÔNICO
Escola de Saúde Pública		613-2201	espmt@terra.com.br
Núcleo de Formação Técnica em Saúde (Escola Técnica de Saúde)	Maria Nascimento Coutinho	613-2223	espmt@terra.com.br
Gerência de Registros Escolares	Lourice Alves Rodrigues Tsutsui	613-2200	espmt@terra.com.br

A qualificação dos profissionais da atenção primária e equipes de saúde da família

Finalmente, apresentam-se as ações priorizadas pelo Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde. Esta instância do CERH abriga o Pólo de Capacitação Permanente em Saúde da Família e se articula com outras instituições (UFMT/UNEMAT/COSEMS) para o oferecimento de cursos que objetivam a capacitação das Equipes da Saúde da Família (ESF). Atualmente, este programa de formação oferece cursos de um núcleo comum (Curso introdutório, Curso Básico em Saúde da Família, Curso de Medicina Baseada em Evidências, Introdução à Epidemiologia e EPI INFO), sendo estes cursos oferecidos para todos os municípios, de forma descentralizada.

Além dos cursos mencionados, o Pólo de Capacitação em Saúde da Família desenvolve cursos em áreas específicas para qualificar as equipes que atuam na atenção primária para o enfrentamento dos principais problemas de saúde identificados no nosso Estado. A exemplo disso, foi desenvolvido pela SES/MT um conjunto de capacitações articuladas para o controle das grandes endemias, incluindo aqui conteúdos sobre a prevenção, diagnóstico, tratamento da hanseníase, tuberculose, leishmanioses, malária, dengue, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, além de outras endemias de importância no Estado. Cada um dos cursos desenvolvidos têm a sua clientela definida previamente, objetivando a sua instrumentalização para uma prática mais qualificada. Da mesma forma, estão sendo desenvolvidos, pela Escola de Saúde Pública, cursos voltados para a preparação de profissionais de saúde para o enfrentamento das doenças crônico-degenerativas priorizadas para o Estado, como a diabetes, a hipertensão arterial e o câncer. Em relação à saúde da criança, o principal curso oferecido para as equipes de atenção primária é o AIDPI - Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância.

Em cada uma das regionais de saúde do Estado, a identificação de monitores e a sua preparação são objetivadas pelo Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde. O propósito é o de conferir uma maior autonomia para que cada uma das microrregiões do estado possa desenvolver os cursos do núcleo comum e das áreas específicas, para todas as equipes da saúde da família e da atenção primária, contando com seus próprios monitores, com o apoio dos Escritórios Regionais e, quando necessário, com a Escola de Saúde Pública.

Estas capacitações poderão ser solicitadas através do contato com o Escritório Regional de Saúde ou com o Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde, que se articulará com a instância regional para o agendamento do curso para o município interessado ou oferecerá vagas para seus profissionais nos cursos que se desenvolverão na região.

A Escola de Saúde Pública também está se organizando para acompanhar e dar resposta às demandas geradas no decorrer da elaboração dos Planos Microrregionais de Saúde, buscando identificar os problemas priorizados que poderão ser minimizados ou resolvidos através da formação de recursos humanos ou da qualificação dos profissionais de saúde.

Outros telefones de contato com o Centro Estadual de Gestão, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e Escola de Saúde Pública Dr. Agrícola Paes de Barros, são:

SETOR	RESPONSÁVEL	TELEFONE	END. ELETRÔNICO
Diretoria do Centro de Gestão, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos	Elisete Duarte	613-2201	espmt@terra.com.br
Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde	Eliane Ignotti	613-2212	espmt@terra.com.br
Pólo de Capacitação em Saúde da Família	Eliane Ignotti	613-2221	espmt@terra.com.br

4

Anexo

Decretos e Portarias que regulam o financiamento das Ações de Saúde com Recursos Próprios Estaduais

Neste Anexo, estão relacionados outros Decretos e Portarias que regulamentam o novo Modelo de Financiamento de Saúde em Mato Grosso, através da Transferência Fundo a Fundo.

Decreto nº 2.436 – Institui o Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

Decreto nº 2.863 – Dispõe sobre a habilitação dos municípios para serem contemplados com recursos para investimentos de saúde.

Portaria nº 42/GAB/SES-MT/2001 – Promove o Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - PACIS, por intermédio dos municípios consorciados, no âmbito do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso.

Portaria nº 43/GAB/SES-MT/2001 – Promove o Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, com seu mecanismo de financiamento efetivado dentro do Sistema de Transferência Fundo a Fundo.

Portaria nº 59/GAB/SES-MT/2001 – Dispõe sobre o Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde II, que destina recursos financeiros aos municípios que garantirem as ações e serviços nas áreas de Reabilitação, Hemoterapia e Centro de Atenção Psicossocial

Decreto nº 2.436, de 28 de março de 2001

Institui o Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 66, inciso III, da Constituição Estadual, e

- considerando o Plano Plurianual – PPA, aprovado pela Lei nº 7.225, de 22 de dezembro de 1999, para o período de 2000 a 2003;
- considerando o Decreto nº 2.312, de 12 de fevereiro de 2001, que institui o Sistema de Transferência Voluntário de Recursos do Fundo Estadual para os Fundos Municipais;
- considerando a Portaria nº 479, do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Urgência e Emergência;

DECRETA:

Art. 1º. Fica instituído o Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, com o objetivo de:

- I – implantar unidades de assistência médica intensiva intermediária;
- II – apoiar hospitais públicos municipais e hospitais filantrópicos que são referência em Urgência e Emergência classificados em nível I, II e III, conforme Portaria MS 479;
- III – apoiar unidades de Pronto Atendimento Ambulatorial que prestam Assistência de Urgência e Emergência;
- IV – capacitar recursos humanos que atuam na área de Urgência e Emergência em todos os níveis de atenção à saúde (rede básica e especialidade);
- V – promover a aquisição de equipamentos para as unidades de atendimento em urgência e emergência;

VI – promover a modernização gerencial das unidades.

Art. 2º. A normatização do referido Programa, assim como a definição dos critérios, valores e parâmetros, serão fixados por Portaria do Secretário de Estado de Saúde.

Art. 3º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º. Revogam-se as disposições em contrário.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 28 de março de 2001, 179º da Independência e 112º da República.

Dante Martins de Oliveira
Governador do Estado

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Decreto nº 2.863, de 18 de fevereiro de 2000

Dispõe sobre a habilitação dos Municípios para serem contemplados com recursos para investimentos e equipamentos de Saúde e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso das atribuições que lhe confere o Artigo 66, inciso III, da Constituição Estadual,

DECRETA:

Art. 1º. Será habilitado a receber um veículo automotor do Governo do Estado de Mato Grosso, através da Secretaria de Estado de Saúde, cada um dos municípios que aderirem ao Programa Estadual de Saúde Familiar e Comunitária e Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais, nos termos do Decreto nº 2.312, de 12 de fevereiro de 2001 e das Portarias nº 026 e 044/GAB/SES, até o dia 30 de agosto de 2001.

Parágrafo Único. Dos municípios de que trata o Artigo 1º, ficam excluídos aqueles que receberem veículos automotores através de Programas de Saúde Pública instituídos pelo Governo Federal nos últimos 12 meses.

Art. 2º. Serão habilitados a receber recursos financeiros para construção e equipagem de Postos de Saúde Rurais do Governo do Estado de Mato Grosso, através da Secretaria de Estado de Saúde, os municípios que aderirem ao Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais e que possuem assentamentos rurais com mais de 200 (duzentas) famílias, até o dia 30 de agosto de 2001.

Art. 3º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º. Revogam-se as disposições em contrário.

Palácio Paiaguás, em Cuiabá, 31 de julho de 2001, 180º da Independência e 113º da República.

Dante Martins de Oliveira
Governador do Estado

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

Anexo I
Relação dos Assentamentos Rurais e Municípios Habilitados a Serem
Contemplados com a Construção e Equipagem de Postos de Saúde Rurais –
Padrão SUS

MUNICÍPIO	ASSENTAMENTO	Nº DE FAMÍLIAS
Castanheira	Vale Seringal	587
Juruena	Juruena	400
Juruena	Vale do Amanhecer	250
Colniza	Natal	205
Querência	Pingos D'Água	692
Água Boa	Jaraguá	400
Querência	Brasil Novo	358
Nova Xavantina	Safra	350
Querência	São Manuel	227
Querência	Coutinho União	200
Água Boa	Santa Maria	200
Confresa	Santo Antônio Fontoura	500
Alto Boa Vista	Mãe Maria	500
São Félix do Araguaia	Dom Pedro	482
Santa Terezinha	Reunidas	300
Vila Rica	São José da Vila Rica	258
Confresa	Independente I	252
Porto Alegre do Norte	Margarida União	230
Canabrava do Norte	Liberdade	220
Confresa	Sto. Antônio Fontoura III	216
Tangará da Serra	Antônio Conselheiro	900
Comodoro	Cabixi	450
Pontes e Lacerda	Rio Alegre	392
Pontes e Lacerda	Triunfo	300
Conquista D'Oeste	Sararé	249
Cáceres	Laranjeiras	243
Nova Maringá	Chacororé	200
Nova Mutum	Pontal Marapé	600
Tapurah	Mercedes Wesley	547
Feliz Natal	ENA	450
Nova Uiratã	Boa Esperança	388
Vera	Califórnia	250
Sorriso	Santa Rosa II	200
Juscimeira	Beleza	231
Rondonópolis	Carimã	205
Nova Bandeirantes	Japurana	870
Paranaíta	São Pedro	700
Peixoto de Azevedo	São José União	1000
Colíder	Veraneio	450
Matupá	Padovani	450
Terra Nova do Norte	H.I.J.	388
Matupá	Horizonte II	257
Chapada dos Guimarães	Jangada/Roncador	350

Portaria nº 042/GAB/SES-MT/2001

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

- considerando o Orçamento da Secretaria de Estado de Saúde aprovado para o ano de 2001, através da Lei nº 7.380, de 27/12/2000;
- considerando o Decreto Estadual nº 2.312/2001, de 12/02/2001, que institui o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos do Fundo Estadual para os Fundos Municipais;
- considerando a Resolução nº 23/2000, do Conselho Estadual de Saúde, que aprovou o Plano Estadual de Saúde para os anos 2000 a 2003,

RESOLVE:

Art. 1º. Promover o Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS, por intermédio de incentivo aos municípios consorciados, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em Mato Grosso.

Art. 2º. O Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS deverá ser norteado pelos seguintes princípios e diretrizes:

- I – Buscar a equidade na distribuição de recursos financeiros para a assistência ambulatorial, hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média complexidade;
- II – Incentivar, com recursos financeiros, os municípios participantes de Consórcios Intermunicipais de Saúde e que estejam adimplentes com os mesmos, com o objetivo de consolidar as atuais e ampliar as atividades desenvolvidas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- III – Fortalecer o processo de cooperação entre a Secretaria de Estado de Saúde e os municípios organizados em Consórcios de Saúde, reestabelecendo-se compromissos e co-responsabilidades das partes em relação ao papel das Unidades Hospitalares de Referência Ambulatorial, Hospitalar e dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico especializados;
- IV – Elevar a resolutividade das Unidades de Referência Hospitalar e Ambulatorial, com o estabelecimento de diretrizes para ampliação de especialidades e de indicadores de desempenho relacionados à melhoria da gestão e da assistência;

- V – Contribuir para a atração de profissionais da área da saúde e outras correlatas, profissionais estes com perfis de formação que atendam à melhoria da resolutividade da assistência e melhoria da gestão das Unidades de Referência Hospitalar e Ambulatorial;
- VI – Fomentar o desenvolvimento da necessária coordenação entre a Atenção Básica e a Assistência Especializada, facilitando o uso de mecanismos de garantia da referência e contra-referência e o estabelecimento de guias, consensos e protocolos clínicos comuns aos dois níveis de assistência;
- VII – Facilitar o monitoramento de Unidades Hospitalares em regiões estratégicas para o Sistema de Referência e Contra-referência Estadual, com a implantação de programas de melhoria de desempenho, tais como acreditação hospitalar e melhoria de qualidade da assistência hospitalar;
- VIII – Contribuir com o desenvolvimento do Sistema Estadual de Referência e Contra-referência, especialmente na implementação das Centrais Regionais de Regulação e Vagas.

Art. 3º. Os recursos financeiros destinados ao incentivo dos municípios consorciados constam do orçamento da Secretaria de Estado de Saúde e serão transferidos na forma estabelecida pelo Decreto nº 2.312/2001, em conformidade com os Anexos I e II desta Portaria e de acordo com o que segue:

- I – Nos Consórcios Intermunicipais de Saúde em que a Unidade de Referência Hospitalar ou Ambulatorial não pertence à Rede da Secretaria de Estado de Saúde (Anexo I), o repasse do incentivo aos municípios consorciados obedecerá aos seguintes critérios, cumulativamente:
 - a) Adimplência das cotas financeiras do município em relação ao Consórcio, acordadas em Termo de Convênio vigente entre a SES-MT e o Consórcio, comprovada através de demonstrativo fornecido pela Secretaria Executiva do Consórcio relativo ao mês anterior do repasse do incentivo;
 - b) Programa de Saúde da Família já implantado no município, comprovado através de informações fornecidas pela Coordenadoria Técnica da SES-MT relativas ao mês anterior ao do repasse do incentivo;
 - c) Cumprimento do Plano de Trabalho pactuado pelos Conselhos Diretor e Técnico do Consórcio em relação aos encaminhamentos de pacientes referenciados e a garantia de atendimento, comprovado através de dados fornecidos pela Direção da Unidade Hospitalar relativos ao mês anterior ao do repasse do incentivo.
- II – Nos Consórcios Intermunicipais de Saúde onde a Unidade de Referência Hospitalar e Ambulatorial pertence à Rede da Secretaria de Estado de Saúde (Anexo II), o repasse do incentivo aos municípios consorciados obedecerá aos seguintes critérios, cumulativamente:

- a) Adimplência do município em relação às cotas financeiras para o Consórcio, acordadas em Termo de Convênio vigente entre a SES-MT e o Consórcio, comprovada através de demonstrativo fornecido pela Secretaria Executiva do Consórcio relativo ao mês anterior ao do repasse do incentivo;
- b) Programa de Saúde da Família cobrindo pelo menos 50% (cinquenta por cento) da população municipal, comprovado através de informações fornecidas pela Coordenadoria Técnica da SES-MT relativas ao mês anterior ao do repasse do incentivo;
- c) Utilização da Unidade de Referência Hospitalar e Ambulatorial preponderantemente para procedimentos constantes do Plano de Trabalho pactuado pelos Conselhos Diretor e Técnico do Consórcio em relação aos encaminhamentos de pacientes referenciados e a garantia de atendimento, comprovada através de dados fornecidos pela Direção da Unidade Hospitalar de Referência relativos ao mês anterior ao do repasse do incentivo.

Art. 4º. Os recursos financeiros destinados ao custeio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS observarão, principalmente:

- I – O caráter redistributivo do apoio financeiro, com vistas a minimizar as desigualdades regionais de renda e receita dos municípios sobretudo no setor saúde, visando beneficiar regiões onde não haja hospitais próprios da rede estadual;
- II – As metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e no Plano Plurianual (PPA), quanto à implantação gradual, por exercício financeiro, da Assistência Especializada Ambulatorial e Hospitalar e dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).

Art. 5º. Os valores a serem repassados aos municípios consorciados a título de incentivo financeiro, nos termos do Art. 3º desta Portaria, corresponderão a 50% (cinquenta por cento) da cota de participação financeira de cada Município no Consórcio.

Parágrafo Único. A base de cálculo para definição do valor do incentivo corresponde à parcela estipulada nos termos de Convênio firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o Consórcio Intermunicipal de Saúde vigente na data de publicação desta Portaria.

Art. 6º. Os efeitos financeiros decorrentes desta Portaria deverão ser especificados e publicados por Município e Consórcio, atualizados mensalmente até o dia 20 de cada mês através de informações fornecidas pela Secretaria Executiva de cada Consórcio e os repasses serão realizados através de Autorização de Crédito Bancário.

Art. 7º. A participação dos municípios no Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS fica condicionada à assinatura de Termo de Compromisso ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PACIS, devendo conter:

- I – Compromisso de vincular-se ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a partir da adesão;
- II – O compromisso de cumprimento das metas pactuadas para melhoria dos indicadores de saúde da Atenção Básica;
- III – Garantir a alocação de parte dos recursos decorrentes desta Portaria para a implementação de ações pactuadas pelo Consórcio;
- IV – Compromisso com a organização da respectiva Central Regional de Regulação de Cirurgias, Internações, Consultas e Exames Especializados;
- V – Garantia de alocação de parte dos recursos decorrentes desta Portaria para criação de 50% dos Leitos de Retaguarda definidos para a população dos municípios participantes do respectivo Consórcio Intermunicipal de Saúde;
- VI – Garantir o acesso à informação, a qualquer tempo, à SES-MT;
- VII – Compromisso de atingir cobertura do Programa de Saúde da Família superior a 50% (cinquenta por cento) da população do município, até dezembro de 2001;
- VIII – Adesão da Unidade Hospitalar de Referência aos Programas Hospital Amigo da Criança e Parto Humanizado, para Hospitais financiados por esta Portaria;
- IX – Providenciar a abertura de subconta bancária do Fundo Municipal de Saúde junto ao Banco do Brasil e intitulada como segue:

Prefeitura Municipal – Fundo Municipal de Saúde – PACIS ou PM–FMS–PACIS nº ____;

Art.11. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de março de 2001, revogando-se as disposições em contrário.

Registrada,

Publicada,

CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 28 de março de 2001.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

ANEXO I

Valores de Incentivo ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento aos Consórcios Intermunicipais de Saúde Referentes à Competência – MT, MAR/2001

MUNICÍPIOS	POP 2001	Nº ESF	COBERTURA PSF	COTA MUNICÍPIO (R\$)	VALOR INCENTIVO (R\$)	VALOR INCENTIVO 10 MESES	VALOR INCENTIVO/MÊS (R\$)
Araputanga	13.653	1	29,30	2.691,00	1.345,50	13.455,00	1.345,50
Cáceres	81.269	7	34,45	17.100,00	8.550,00	85.500,00	8.550,00
Campos de Júlio	2.906	0	0,00	318,80	0,00	0,00	0,00
Comodoro	14.990	2	53,37	0,00	0,00	0,00	0,00
Figueirópolis D´Oeste	4.275	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Glória D´Oeste	3.364	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Indiavaí	2.055	1	194,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Jauru	12.777	2	62,61	4.900,52	2.450,00	24.502,60	2.450,26
Lambari D´Oeste	4.683	0	0,00	1.103,80	0,00	0,00	0,00
Mirassol D´Oeste	22.884	0	0,00	4.764,20	0,00	0,00	0,00
Nova Lacerda	4.058	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Porto Esperidião	10.039	0	0,00	3.541,40	0,00	0,00	0,00
Reserva do Cabaçal	2.421	1	165,22	533,80	266,90	2.669,00	266,90
Rio Branco	5.072	1	78,86	1.138,20	569,10	5.691,00	569,10
Salto do Céu	5.513	1	72,56	2.163,60	1.081,80	10.818,00	1.081,80
São José dos Quatro Marcos	19.622	3	61,16	4.329,80	2.164,90	21.649,00	2.164,90
Vila Bela da SS. Trindade	12.880	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CIS OESTE	222.461	19	34,16	42.585,12	16.428,46	164.284,60	16.428,46
Água Boa	16.711	3	71,81	11.000,00	5.500,00	55.000,00	5.500,00
Alto da Boa Vista	3.668	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Canarana	15.407	1	25,96	4.100,00	2.050,00	20.500,00	2.050,00
Cocalinho	5.509	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gaúcha do Norte	4.606	1	86,84	1.000,00	500,00	5.000,00	500,00
Nova Nazaré	1.982	0	0,00	2.000,00	0,00	0,00	0,00
Nova Xavantina	17.828	2	44,87	0,00	0,00	0,00	0,00
Querência	7.274	1	54,99	1.300,00	650,00	6.500,00	650,00
Ribeirão Cascalheira	8.859	0	0,00	1.700,00	0,00	0,00	0,00
CIS MÉDIO NORTE	164.309	19,48	19,48	8.779,73	2.066,71	20.667,14	2.066,71
Confresa	17.811	1	22,46	24.500,00	12.250,00	122.500,00	12.250,00
Luciara	2.493	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Porto Alegre do Norte	8.519	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vila Rica	15.537	2	51,49	0,00	0,00	0,00	0,00

continua...

ANEXO I

Valores de Incentivo ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento aos Consórcios Intermunicipais de Saúde Referentes à Competência – MT, MAR/2001

MUNICÍPIOS	POP 2001	Nº ESF	COBERTURA PSF	(R\$) COTA MUNICÍPIO	(R\$) VALOR INCENTIVO	VALOR INCENTIVO 10 MESES	(R\$) VALOR INCENTIVO/MÊS
CIS MÉDIO ARAGUAIA	61.465	5	32,54	21.100,00	8.700,00	87.000,00	8.700,00
Arenópolis	11.581	1	34,54	0,00	0,00	0,00	0,00
Barra do Bugres	27.444	1	14,58	0,00	0,00	0,00	0,00
Brasnorte	9.769	0	0,00	2.229,70	0,00	0,00	0,00
Campo Novo do Parecis	17.529	2	45,64	4.133,43	2.066,71	20.667,14	2.066,71
Denise	7.450	0	0,00	2.416,60	0,00	0,00	0,00
Nova Marilândia	2.354	1	169,92	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Olímpia	14.172	3	84,67	0,00	0,00	0,00	0,00
Porto Estrela	4.679	1	85,49	0,00	0,00	0,00	0,00
Santo Afonso	3.101	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sapezal	7.889	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tangará da Serra	58.341	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CIS BAIXO ARAGUAIA	44.360	3	27,05	24.500,00	12.250,00	122.500,00	12.250,00
Alto Taquari	4.460	1	89,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Campo Verde	17.152	3	69,96	0,00	0,00	0,00	0,00
Dom Aquino	8.427	1	47,47	0,00	0,00	0,00	0,00
Jaciara	23.804	3	50,41	0,00	0,00	0,00	0,00
Juscimeira	12.060	3	99,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Brasilândia	5.786	2	138,26	0,00	0,00	0,00	0,00
Paranatinga	15.310	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pedra Preta	13.652	3	87,90	0,00	0,00	0,00	0,00
Poxoréo	20.008	1	19,99	0,00	0,00	0,00	0,00
Primavera do Leste	39.807	1	10,05	0,00	0,00	0,00	0,00
Rondonópolis	150.049	9	23,99	0,00	0,00	0,00	0,00
São José do Povo	3.055	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
São Pedro da Cipa	3.492	1	114,55	0,00	0,00	0,00	0,00
CIS SUL LESTE	317.062	28	35,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Araguaiana	3.428	1	116,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Barra do Garças	52.136	4	30,69	25.000,00	12.500,00	125.000,00	12.500,00
General Carneiro	4.347	1	92,02	0,00	0,00	0,00	0,00
Pontal do Araguaia	3.739	1	106,98	0,00	0,00	0,00	0,00
Ribeirãozinho	1.980	1	202,02	0,00	0,00	0,00	0,00
Torixoréu	4.889	1	81,82	0,00	0,00	0,00	0,00

continua...

ANEXO I

Valores de Incentivo ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento aos Consórcios Intermunicipais de Saúde Referentes à Competência – MT, MAR/2001

MUNICÍPIOS	POP 2001	Nº ESF	COBERTURA PSF	(R\$) COTA MUNICÍPIO	(R\$) VALOR INCENTIVO	VALOR INCENTIVO 10 MESES	(R\$) VALOR INCENTIVO/MÊS
CIS GARÇAS-ARAGUAIA	62.202	7	45,01	25.000,00	12.500,00	125.000,00	12.500,00
Alta Floresta	46.956	2	17,04	20.000,00	10.000,00	100.000,00	10.000,00
Apiacás	6.659	1	60,07	2.799,38	1.399,69	13.996,90	1.399,69
Carlinda	12.306	1	32,50	6.418,50	3.209,25	32.092,50	3.209,25
Nova Bandeirantes	6.867	1	58,25	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Monte Verde	6.820	1	58,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Paranaíba	10.240	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CIS ALTO-TAPAJÓS	79.608	6	30,15	29.217,88	14.608,94	146.089,40	14.608,94
Cláudia	10.247	2	78,07	4.536,00	2.268,00	22.680,00	2.268,00
Feliz Natal	6.765	1	59,13	0,00	0,00	0,00	0,00
Lucas do Rio Verde	19.322	3	62,11	4.895,00	2.447,50	24.475,00	2.447,50
Nova Mutum	13.608	2	58,79	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Ubatã	5.631	1	71,04	2.243,00	1.121,50	11.215,00	1.121,50
Santa Carmem	3.607	1	110,90	2.500,00	1.250,00	12.500,00	1.250,00
Santa Rita do Trivelato	1.209	0	0,00	980,00	0,00	0,00	0,00
Sinop	74.761	0	0,00	19.566,40	0,00	0,00	0,00
Sorriso	35.397	3	33,90	28.268,80	0,00	0,00	0,00
Tapurah	11.501	0	0,00	3.018,40	0,00	0,00	0,00
União do Sul	4.192	1	95,42	1.383,20	691,60	6.916,00	691,60
Vera	9.064	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CIS TELES PIRES	175.993	12	27,27	67.390,80	7.778,60	77.786,00	7.778,60
Colider	28.035	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Itaúba	5.766	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Marcelândia	14.267	3	84,11	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Canaã do Norte	11.506	1	34,76	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Guarita	5.631	2	142,07	0,00	0,00	0,00	0,00
Nova Santa Helena	3.219	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CIS NORTE	65.205	6	36,81	0,00	0,00	0,00	0,00
MATO GROSSO	1.192.665	94	31,53	218.573,53	74.332,71	743.327,14	74.332,71

Portaria nº 043/GAB/SES-MT/2001

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e:

- considerando a Resolução nº 23/2000 do Conselho Estadual de Saúde, que aprovou o Plano Estadual de Saúde para os anos 2000 a 2003;
- considerando a Resolução da CIB 012/2000, de 02 de maio de 2000, que dispõe sobre a aprovação dos instrumentos para a consolidação da PPI do Estado de Mato Grosso;
- considerando a Portaria nº 479 do Ministério da Saúde, que institui o Programa Nacional de Urgência e Emergência e o Decreto de Urgência/Emergência,

RESOLVE:

Art. 1º. O Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência tem como objetivo melhoria da resolutividade da rede assistencial e terá o seu mecanismo de financiamento efetivado dentro do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO, nos termos do Decreto nº 2.312/2001, de 12 de fevereiro de 2001, bem como do Decreto de Urgência/Emergência nº 2.436, de 28 de março de 2001.

Art. 2º. Os recursos financeiros destinados aos municípios para a aplicação no Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, na forma de incentivo, deverão observar os princípios, parâmetros e diretrizes fixados nesta Portaria, notadamente:

- I – Consideram-se credenciados os municípios para integrar o Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, que têm unidades hospitalares de natureza filantrópica e municipal classificadas em nível II e III, de acordo com a Portaria nº 479, do Ministério da Saúde – MS;
- II – Os recursos do Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência deverão ser utilizados exclusivamente para custeio das ações e dos insumos necessários ao atendimento de urgência e emergência e para a modernização gerencial dos estabelecimentos.

Art. 3º Os Recursos destinados ao financiamento do Programa Estadual de Apoio à Organização do Sistema de Urgência e Emergência estão abaixo especificados e fixados com base na complexidade e capacidade resolutiva da Unidade, assim classificadas nos termos de Portaria nº 479, do Ministério da Saúde – MS:

- I – Para as Unidades Classificadas no nível III serão destinados 15% do faturamento ambulatorial e hospitalar efetivamente pagos pelo SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE no ano 2000, de acordo com o anexo I desta Portaria;

- II – Para as Unidades classificadas no nível II serão destinados 12% do faturamento ambulatorial e hospitalar, efetivamente pagos pelo SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE no ano 2000, de acordo com a planilha em anexo.

Art. 4º. Os Municípios que aderirem ao Sistema de Transferência de Recursos Financeiros Fundo a Fundo de que trata o Decreto nº 2.312/2001 poderão participar do Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, mediante a assinatura de Termo de Compromisso ao programa, comprometendo-se a:

- I – apresentar um plano de modernização gerencial para a Unidade de Urgência e Emergência no prazo de 90 dias, a contar de seu ingresso no programa;
- II – integrar a Central de Regulação Estadual;
- III – organizar, no prazo de até 60 dias, a contar da assinatura do Termo de Compromisso, a recepção e o fluxo de pacientes que acessam a Unidade de Urgência e Emergência, incluindo nesta organização o gerenciamento de leitos;
- IV – implantar sistema permanente de avaliação da Unidade de Urgência e Emergência, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados da assinatura do Termo de Compromisso;
- V – garantir os insumos necessários ao funcionamento das unidades móveis de atendimento pré-hospitalar do SISTEMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIA.

Parágrafo Único. Caberá ao município, para fins de efetivação da transferência dos recursos, providenciar a abertura de subconta corrente, intitulada “Prefeitura Municipal – Fundo Municipal/Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência ou PM – FMS/PAOSEURE”, a qual deverá estar vinculada à conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, na Agência do Banco do Brasil S.A.

Art. 5º. Os municípios que aderirem ao Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência obrigam-se à Prestação de Contas correspondente à aplicação dos recursos recebidos, nos termos do Parágrafo Único do Art. 70 da Constituição Federal e demais dispositivos legais que disciplinam a matéria.

§ 1º. Caberá à SES/MT, a qualquer momento, promover a fiscalização do desempenho das atividades executadas pelo município, relacionadas ao cumprimento dos objetivos do Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, bem como a correta aplicação dos recursos transferidos.

§ 2º. Na hipótese de descumprimento das disposições contidas nesta Portaria, bem como na inadimplência total ou parcial do correspondente Termo de Compromisso, a transferência dos recursos deverá ser automática e compulsoriamente suspensa, só voltando à regularidade após o saneamento dos procedimentos, ou na rescisão do compromisso, conforme as especificidades de cada caso.

Art. 6º. Os recursos financeiros para custeio do Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência correrão à conta da dotação orçamentária da Unidade Fundo Estadual de Saúde.

Parágrafo Único. Caberá à Subsecretaria de Estado de Saúde, através de Instrução Normativa, disciplinar a implantação na SES/MT de procedimentos e rotinas necessárias ao cumprimento desta Portaria.

Art. 7º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de março de 2001, revogando-se as disposições em contrário.

Cuiabá-MT, 29 de março de 2001.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

ANEXO

Autorização de Crédito do Programa de Apoio à Organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência

MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO PORTARIA MS Nº 479	UNIDADE HOSPITALAR	CGC	VALOR ANUAL DO INCENTIVO R\$	VALOR MENSAL DO INCENTIVO R\$
Cuiabá	Tipo III	HPSMC	15.084.338/0001-46	1.058.083,00	105.808,00
Várzea Grande	Tipo I	HPSMVG	03.507.548/0001-10	379.984,00	37.998,40
Rondonópolis	Tipo II	Santa Casa	03.099.157/0001-04	267.376,02	26.737,60

Portaria nº 059/GAB/SES-MT/2001

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e:

- considerando as diretrizes consignadas na Resolução nº 23/00, do Conselho Estadual de Saúde, que aprovou o Plano Estadual de Saúde para o período 2000 a 2003;
- considerando a Programação Pactuada Integrada – PPI 2000, aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, através da Resolução nº 12, de 02/05/2000, que aponta para a necessidade de implementar mecanismos de financiamento aos municípios para atendimento de consultas especializadas e Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico para resolutividade da Atenção Básica;
- considerando a disponibilidade de recursos orçamentários consignados no Orçamento desta Secretaria para o Exercício de 2001;
- considerando a instituição do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA DE RECURSOS FINANCEIROS FUNDO A FUNDO, através do Decreto nº 2.312/2001, de 12/02/2001,

RESOLVE:

Art. 1º. O PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE II terá o seu mecanismo de financiamento efetivado dentro do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO, nos termos do Decreto nº 2.312/2001, de 12/02/2001, observando-se ainda os princípios e objetivos fixados nesta Portaria, notadamente:

- I – Viabilizar, de forma efetiva, a universalização e regionalização da assistência ambulatorial de média complexidade;
- II – Melhorar a resolutividade da Atenção à Saúde;
- III – Ampliar os mecanismos de negociação e pactuação intergestores, através da Comissão Intergestores Bipartite/Regionais;
- IV – Fortalecimento das ações dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Art. 2º. Na redistribuição dos recursos financeiros aos municípios, destinados ao financiamento de ações do PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE II, observar-se-ão os seguintes parâmetros:

- I – Os recursos financeiros serão destinados aos municípios que garantirem as ações e serviços nas áreas de Reabilitação, Hemoterapia e Centros de Atenção Psicossocial;
- II – Os recursos financeiros de incentivo destinados aos municípios com Unidades Descentralizadas de Reabilitação serão calculadas de acordo com o nível de hierarquia de cada unidade classificada, conforme consta do ANEXO I:
 - Nível I – R\$ 1.500,00;
 - Nível II – R\$ 2.500,00;
 - Nível III – R\$ 4.000,00.
- III – Os recursos financeiros de incentivo destinados aos municípios com Unidades de Hemoterapia serão calculadas de acordo com o tipo de Unidade constante do ANEXO II.
 - Agência Transfusional – R\$ 1.50000;
 - Unidade de Coleta e Transfusão – R\$ 2.500,00.
- IV – Os recursos financeiros destinados aos municípios com Centro de Atenção Psicossocial serão de R\$ 7.000,00 mensais para cada unidade, conforme ANEXO III, exceto para as unidades já cadastradas no Ministério da Saúde, que farão jus ao incentivo de R\$ 2.000,00 mensal.

Parágrafo Único. A aplicação dos recursos financeiros do Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde II será destinada exclusivamente para o custeio, em caráter complementar, das ações e serviços supracitados.

Art. 3º. Os municípios que, mediante Termo de Adesão, integram o SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA VOLUNTÁRIA FUNDO A FUNDO e que estiverem interessados em vincularem-se ao PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE deverão firmar com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT Termo de Compromisso, mediante o qual obrigarem-se, dentre outros:

- I – À implementação e manutenção da regularidade de fornecimento de dados ao SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL – SIA/SUS;
- II – À apresentação do Cadastro Ambulatorial;
- III – A integrar-se à Central de Regulação Regional e Estadual;
- IV – Em garantir que os recursos financeiros repassados à conta do PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE sejam aplicados exclusivamente em ações

pertinentes ao mesmo Programa, sob pena de responsabilidade administrativa por desvio de finalidade, independentemente de outras cominações legais;

V – Em garantir o pleno acesso da SES/MT às informações e ao acompanhamento das ações e serviços inerentes ao PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE no município, para fins de avaliação de resultado e de seu correspondente impacto;

VI – Manter informado o setor responsável da SES/MT, através do Escritório Regional, sobre qualquer intercorrência que possa comprometer a continuidade do Programa no Município;

VII – Cumprir as exigências, os requisitos e critérios constantes desta Portaria.

Parágrafo Único. Para fins de efetivação da transferência dos recursos, caberá à SES/MT providenciar a abertura de conta corrente, intitulada “Prefeitura Municipal – Fundo Municipal de Saúde/Programa de Incentivo à Microrregionalização da Saúde ou PM-FMS/PIMS, vinculada à conta bancária do Fundo Municipal de Saúde, junto à Agência do Banco do Brasil S/A.

Art. 4º. As transferências mensais dos recursos financeiros do PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE pela SES/MT aos municípios serão precedidas de competente publicação das AUTORIZAÇÕES DE CRÉDITOS, expedidas pelo Secretário de Estado de Saúde, contendo informações sobre os municípios beneficiados e os valores correspondentes aos incentivos financeiros repassados.

Art. 5º. Os municípios que aderirem ao PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE obrigam-se à Prestação de Contas correspondente à aplicação dos recursos recebidos, nos termos do Parágrafo Único do Art. 70 da Constituição Federal e demais dispositivos legais que disciplinam a matéria.

§ 1º. Caberá à SES/MT, a qualquer momento, promover a fiscalização do desempenho das atividades executadas pelos municípios relacionadas ao cumprimento dos objetivos do PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE, bem como à correta aplicação dos recursos transferidos.

§ 2º. Na hipótese de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria, bem como assim na inadimplência total ou parcial do correspondente Termo de Compromisso e de Pactuação, a transferência dos recursos financeiros deverá ser automática e compulsoriamente suspensa, só voltando à regularidade após terem sido sanadas todas as pendências.

§ 3º. Caso haja comprovação de denúncia de cobrança irregular dos serviços realizados pelo Município, através deste Programa, será suspenso automaticamente o incentivo.

Art. 6º. Os recursos financeiros para custeio do PROGRAMA DE INCENTIVO À MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE correrão à conta da dotação orçamentária da Unidade Fundo Estadual de Saúde.

Parágrafo Único. Caberá à Subsecretaria de Estado de Saúde, através de Ordem de Serviço, disponibilizar a implantação, na SES/MT, do fluxo dos processos de trabalho e demais procedimentos necessários ao cumprimento desta Portaria.

Art. 7º. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Registrada,

Publicada,

CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 31 de maio de 2001.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

ANEXO I

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	NÍVEL HIERÁRQUICO	VALOR 2001 (R\$)	VALOR MENSAL (R\$)
1- CENTRO NORTE	80.839			
Diamantino		I	10.500,00	1.500,00
Rosário Oeste		I	10.500,00	1.500,00
São José do Rio Claro		II	17.500,00	2.500,00
2 - VALE DO ARINOS	46.897			
Juara		I	10.500,00	1.500,00
3 - TELES PIRES	209.615			
Cláudia		I	10.500,00	1.500,00
Lucas do Rio Verde		I	10.500,00	1.500,00
Nova Mutum		II	17.500,00	2.500,00
Sinop		II	17.500,00	2.500,00
Sorriso		I	10.500,00	1.500,00
Tapurah		I	10.500,00	1.500,00
Marcelândia		II	17.500,00	2.500,00
4 - ALTO TAPAJÓS	86.828			
Alta Floresta		II	17.500,00	2.500,00
5 - VALE DO PEIXOTO	117.819			
Matupá		II	17.500,00	2.500,00
Peixoto de Azevedo		I	10.500,00	1.500,00
Terra Nova do Norte		I	10.500,00	1.500,00
6 - SUL MATO-GROSSE	331.302			
Alto Araguaia		II	17.500,00	2.500,00
Alto Taquari		II	17.500,00	2.500,00
Campo Verde		II	17.500,00	2.500,00
Dom Aquino		I	10.500,00	1.500,00
Guiratinga		I	10.500,00	1.500,00
Itiquira		I	10.500,00	1.500,00
Jaciara		II	17.500,00	2.500,00
Juscimeira		I	10.500,00	1.500,00
Pedra Preta		I	10.500,00	1.500,00
Poxoréo		II	17.500,00	2.500,00
7 - OESTE MATO-GROSSE	262.608			
Araputanga		I	10.500,00	1.500,00
Cáceres		II	17.500,00	2.500,00
Indiavaí		I	10.500,00	1.500,00
Jauru		I	10.500,00	1.500,00

continua...

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	NÍVEL HIERÁRQUICO	VALOR 2001 (R\$)	VALOR MENSAL (R\$)
7 - OESTE MATO-GROSSENSE	262.608			
Mirassol D´Oeste		I	10.500,00	1.500,00
Pontes e Lacerda		II	17.500,00	2.500,00
Rio Branco		I	10.500,00	1.500,00
Vila Bela da Santíssima Trindade		I	10.500,00	1.500,00
8 - NOROESTE MATO-GROSSENSE	74.819			
Juína		II	17.500,00	2.500,00
9 - BAIXADA CUIABANA	797.899			
Chapada dos Guimarães		I	10.500,00	1.500,00
Cuiabá (2 Unidades)		II	17.500,00	2.500,00
Jangada		I	10.500,00	1.500,00
Nossa Senhora do Livramento		I	10.500,00	1.500,00
Nova Brasilândia		I	10.500,00	1.500,00
Paranatinga		I	10.500,00	1.500,00
Poconé		II	17.500,00	2.500,00
Santo Antônio do Leverger		I	10.500,00	1.500,00
10 - MÉDIO NORTE	166.608			
Arenópolis		I	10.500,00	1.500,00
Barra do Bugres		II	17.500,00	2.500,00
Campo Novo do Parecis		II	17.500,00	2.500,00
Tangará da Serra		I	10.500,00	1.500,00
11 - BAIXO ARAGUAIA	96.307			
Confresa		I	10.500,00	1.500,00
São Félix do Araguaia		I	10.500,00	1.500,00
12 - GARÇAS ARAGUAIA	110.786			
Barra do Garças		III	28.000,00	4.000,00
13 - MÉDIO ARAGUAIA	56.088			
Água Boa		II	17.500,00	2.500,00
Canarana		I	10.500,00	1.500,00
Gaúcha do Norte		I	10.500,00	1.500,00
TOTAL			696.500,00	99.500,00

Anexo II

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	NÍVEL HIERÁRQUICO	VALOR 2001 R\$	VALOR MENSAL R\$
1 - VALE DO ARINOS	46.897			
Juara		UCT	17.500,00	2.500,00
2 - TELES PIRES	209.615			
Sorriso		UCT	17.500,00	2.500,00
Sinop		UCT	17.500,00	2.500,00
3 - ALTO TAPAJÓS	86.828			
Alta Floresta		UCT	17.500,00	2.500,00
4 - VALE DO PEIXOTO	117.819			
Colider		UCT	17.500,00	2.500,00
Peixoto de Azevedo		AT	10.500,00	1.500,00
5 - SUL MATO-GROSSENSE	331.302			
Jaciara		UCT	17.500,00	2.500,00
6 - OESTE MATO-GROSSENSE	262.608			
Mirassol D´Oeste		UCT	17.500,00	2.500,00
7 - NOROESTE MATO-GROSSENSE	74.819			
Juína		UCT	17.500,00	2.500,00
Juruena		AT	10.500,00	1.500,00
8 - BAIXADA CUIABANA	797.899			
Várzea Grande		UCT	17.500,00	2.500,00
Poconé		AT	10.500,00	1.500,00
9 - MÉDIO NORTE	166.608			
Barra do Bugres		UCT	17.500,00	2.500,00
Tangará da Serra		UCT	17.500,00	2.500,00
10 - BAIXO ARAGUAIA	96.307			
Porto Alegre do Norte		UCT	17.500,00	2.500,00
11 - GARÇAS ARAGUAIA	110.786			
Barra do Garças		UCT	17.500,00	2.500,00
12 - MÉDIO ARAGUAIA	56.088			
Água Boa		UCT	17.500,00	2.500,00
TOTAL			276.500,00	39.500,00

Anexo III

MICRORREGIÃO	POPULAÇÃO	NÍVEL HIERÁRQUICO	VALOR 2001 R\$	VALOR MENSAL R\$
1 - VALE DO ARINOS	46.897			
Juara		1	14.000,00	2.000,00
2 - SUL MATO-GROSSENSE	331.302			
Rondonópolis		1	14.000,00	2.000,00
TOTAL			28.000,00	4.000,00

PORTARIA nº 093/GAB/SES-MT/2001

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Designar os profissionais responsáveis pelas áreas de Saúde Coletiva e Atenção Integral à Saúde nos Escritórios Regionais de Saúde, conforme segue:

ESCRITÓRIO REGIONAL	RESPONSÁVEL PELA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE COLETIVA	RESPONSÁVEL PELA ÁREA TÉCNICA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE	E-MAIL	FONE
Água Boa		Claci Bortolanza		
Alta Floresta	Carlos B. Frias	Evânia Roman		521-1670
Barra do Garças	Dalva Oppelt Camponogara	Alice Dorothy Medeiros	poloreg@networld.com.br	401-1860/1991
Cáceres	Nilza Hayashi	Clévio Otávio B. Ferraz	drscac@terra.com.br	223-1825/3176/1239
Cuiabá	Gilce Maynard Buogo Gattas	Norma Doracy Monteiro Amorim	gilcegattas@hotmail.com prscbamt@terra.com.b	324-1081/1082
Diamantino	Mônica Lima Gomes	Gustavo Pertile Rodrigues	polod@bigmail.com.br	336-1992/1332
Juara				556-2113
Juína	Leda Maria Souza Villaça	Ana Paula Marques Schulz	regjuina@inter-fox.com.br	566-2383
Peixoto de Azevedo				575-1508
Porto Alegre do Norte	Kátia Sirley Belchior Marinho	Carla Cecília Seixas Lopes		569-1222
Rondonópolis	Marildes de Fátima Silva	Francília Rodrigues	poloroo@terra.com.br	422-4554/2659
Sinop	Graciete Negreiros e Costa	Helena Yukiko Miyashita	drss@terra.com.br	531-2418/5289
Tangará da Serra	Amaury Paulo Cervo	Claudete Lourdes Sovaris	regtang@terra.com.br	326-1027

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 06 de julho de 2001.

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE DE MATO GROSSO

ÁGUA BOA

Tania Segura
Av. Tropical, 200
78635-000 - Água Boa - MT
Telefone: 468 1918

ALTA FLORESTA

Miriam Galdino Ferreira de Melo
Rua B-2, 241 - Fundos
78580-000 - Alta Floresta - MT
Telefones: 521 1670/3878

BARRA DO GARÇAS

Rubens Willian Figueiredo Cunha
Rua Couto Magalhães, 869 - Centro
78600-786 - Barra do Garças - MT
Telefone: 401 1860 Fax: 401 1991
poloreg@continet.psi.br

CÁCERES

Aroldo Luiz Marques
Av. 7 de Setembro, 978 - Cidade Alta
78200-782 - Cáceres - MT
Telefones: 223 1825/3176 Fax: 223 1239
drscac@terra.com.br

CUIABÁ

Rita Christina Martins Borges
Rua Baltazar Navarros, 113 - Bandeirantes
78010-130 - Cuiabá - MT
Telefones: 324 6664/1081 Fax: 324 1082
prscbamt@terra.com.br

DIAMANTINO

Juarez Falcão de Barros
Rua 1 - Buriti
78400-784 - Diamantino - MT
Telefone: 336 1992 Fax: 336 1322
polod@bigmail.com.br

JUARA

Denis Cristian Cardoso
Rua Niterói, 500 - Centro
78575-000 - Juara - MT
Telefone: 556 2717 Fax: 556 2717

JUÍNA

Jucélia Clara N. Souza
Rua Hilton Campos, 45 - Módulo I
78320-783 - Juína - MT
Telefone: 556 2383 Fax: 566 2383
regjuina@inter-fox.com.br

PEIXOTO DE AZEVEDO

Guilherme de Souza Nogueira
Trav. Bartolomeu Dias, s/n
78530-000 - Peixoto de Azevedo - MT
Telefone: 575 1191
Fax: 575 1029 (prefeitura)

PORTO ALEGRE DO NORTE

Ângela Maria Lopes Sander
Av. Betomarco, 790 - Centro
78655-786 - Porto Alegre do Norte - MT
Telefone: 569 1222 Fax: 569 1136

RONDONÓPOLIS

Dejanira Amaral Logrado
Rua Sotero Silva, 587 - Vila Aurora
78700-000 - Rondonópolis - MT
Telefone: 422 4554 Fax: 422 2659
poloroo@terra.com.br

SINOP

Cecília T. Manzano Nogami
Rua Rio de Janeiro, 1654 - Área Industrial
78550-785 - Sinop - MT
Telefone: 531 2418 Fax: 531 5289
drss@terra.com.br

TANGARÁ DA SERRA

Nereide Lucia Martinelli
Av. Tancredo Neves - Fundo do INSS
78300-783 - Tangará da Serra - MT
Telefones: 326 1027/7514 Fax: 326 4937
regtang@terra.com.br