

SES
SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE



GOVERNO DE
MATO GROSSO
ESTADO DE TRANSFORMAÇÃO



HEMOMAT

PLANO DIRETOR DE SANGUE DO ESTADO DE MATO GROSSO

2016-2019

CUIABÁ - MT

2016



BANCO DE SANGUE PÚBLICO DE MATO GROSSO

**PLANO DIRETOR ESTADUAL DE SANGUE,
HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS
2016 - 2019**

Cuiabá – 2016

Governo de Mato Grosso

Secretaria de Estado de Saúde

MT-HEMOCENTRO

Rua 13 DE Junho, 1055 - Centro

CEP 78020-000 Cuiabá-MT

Fone: (65) 3623-0044 FAX (65) 3321 0351

Home Page: <http://www.saude.mt.gov.br>

E-mail: hemo@ses.mt.gov.br

Arquivo para download: <http://www.saude.mt.gov.br/publicacoes>

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Sangue do Estado de Mato Grosso: 2016 – 2019.

Redação e Organização de Alzira Maria Madalena Almeida Saldanha,
Edirlene Giane Antunes Sá e Sandra Maria Torquato de Aquino-
Cuiabá: SES, 2015. 150p.

Vários Colaboradores.

1.Plano Diretor de Sangue de Mato Grosso

2.Hemoterapia; Hematologia; Hemocomponentes e Hemoderivados

3.Sistema Único de Saúde - Hemorrede Pública

INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS DO PLANO DIRETOR ESTADUAL DE SANGUE, 2016-2019

1 - Apresentado e aprovado na Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso de 04/11/2015, aguardando homologação e publicação da **Resolução 011/2015** em Diário Oficial.

2 - **Resolução CIB/MT Nº 125 de 19 de novembro de 2015** que *“Dispõe sobre a aprovação do Plano Diretor do Sangue do estado de Mato Grosso 2016-2019”*.

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

José Pedro Gonçalves Taques

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Eduardo Luiz Conceição Bermudez

DIRETORIA GERAL DO MT-HEMOCENTRO

Elianne Maria Ferreira Curvo

COORDENADORIA TÉCNICA

Suely Santos Araújo

GERÊNCIA DE DOAÇÃO

Patrícia Thomaz de Aquino Costa

GERÊNCIA DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Pennsylvania Marinho Borralho

GERÊNCIA DE PRODUÇÃO, ESTOQUE E DISTRIBUIÇÃO

Mariana Freire Wolf

GERÊNCIA AMBULATORIAL E TRANSFUSIONAL

Evelyn Kelly das Neves Abreu

GERÊNCIA DA HEMORREDE

Vilmar Alves Pereira

GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

Lucimar de Deus

Agradecimento

Nossos sinceros agradecimentos a todos que possibilitaram a concretização deste documento, fomentado por estímulos e sonhos em busca da Certificação da Assistência Hemoterápica em Mato Grosso.

Agradecimentos especiais ao apoio da gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, à Coordenação Geral Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, ao Instituto de Saúde Coletiva da Bahia, aos facilitadores do Planeja Sangue e a toda Hemorrede Pública do Estado de Mato Grosso.

“Quando se sonha sozinho é apenas um sonho.
Quando se sonha junto é o começo da realidade.”

Dom Quixote

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR

RELATORIA

Alzira Maria Madalena Almeida Saldanha

Edirlene Giane Antunes Sá

Sandra Maria Torquato de Aquino

CAPA

Anna Carolina Ferreira Curvo

REVISÃO

Alzira Maria Madalena Almeida Saldanha

Edirlene Giane Antunes Sá

Elianne Maria Ferreira Curvo

Sandra Maria Torquato de Aquino

Suely Santos Araújo

COLABORADORES

Adriane Spezia – UCT de Sorriso

Alzira Maria Madalena Almeida Saldanha – Hemocentro Coordenador

Anna Carolina Esser – UCT de Juína

Anna Letícia Sant’Anna Yannai – UCT de Sinop

Arnildo Lopes Mendes – Hemocentro Coordenador

Benedito Elias Avanço – Hemocentro Coordenador

Célia Cristina Félix Ramos – UCT de Água Boa

Claudete Buriola – UCT de Juína

Cláudia Aparecida de Castro – AT de Aripuanã

Claudirene de Paula Cunha – UCT de Barra do Garças

Cleoni Silvana Kruger – Hemocentro Coordenador

Dayanne Batista de Castro – UCT de Primavera do Leste
Dilce Catarina Gomes de Matos – Hemocentro Coordenador
Edirlene Giane Antunes de Sá – Hemocentro Coordenador
Elianne Maria Ferreira Curvo – Hemocentro Coordenador
Elisa Castilho Ribeiro – Vigilância Sanitária Municipal
Elisabete Bonfiglio Santanna – Hemocentro Coordenador
Erika Ferreira de Siqueira – Hemocentro Coordenador
Eslany Moraes de Carvalho – UCT de Rondonópolis
Etelvina Aparecida Trindade de Souza – AT de Guarantã do Norte
Evelyn Kelly das Neves Abreu – Hemocentro Coordenador
Fabiana Regina de Souza Molina – Central de Transplantes (SES)
Fábio Henrique Carraro – AT de Comodoro
Gislene Cristina Gaíva Correa de Campos – Hemocentro Coordenador
Hildenete Monteiro Fortes – Câmara Técnica Estadual do Sangue
Janaína Fabiana de Oliveira – UCT de Mirassol D'Oeste
Janaína Vieira de Melo – UCT de Cáceres
José Neto da Luz – Hemocentro Coordenador
Juliana Marinho Gramarin Costa – UCT de Tangará da Serra
Laura Thalita de Araújo Gaklik – UCT de Jaciara
Leila Decol – UCT de Barra do Bugres
Luana Carine Battirola – UCT de Alta Floresta
Magda Victor de Matos – Hemocentro Coordenador
Mara Andréia Pereira Fagundes da Silva – Gestão da Informação em Saúde/SES
Maria de Fátima Carvalho Macedo Quintado – Hemocentro Coordenador
Maria Laura de Oliveira Viana – Hemocentro Coordenador
Maria Lúcia Pinheiro Perri – Hemocentro Coordenador
Mariana Freire Wolf – Hemocentro Coordenador
Milton Gomes da Silva – Hemocentro Coordenador
Otto Ten Caten – Hemocentro Coordenador
Patrícia Lima Thomaz de Aquino – Hemocentro Coordenador
Patrícia Zanin – Hemocentro Coordenador
Pennsylvania Marinho Borralho – Hemocentro Coordenador
Raquel Dias Lima – Hemocentro Coordenador

Rita de Cássia Gomes Bezerra – Hemocentro Coordenador

Rosimeire de Cássia Ferreira Krause – Hemocentro Coordenador

Rúbia Vanesca Dal Maso – UCT de Sinop

Sandra Maria Torquato de Aquino – UCT do Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

Suely Santos Araújo – Hemocentro Coordenador

Susana Aparecida de Meirelles – Hemocentro Coordenador

Vanda Aparecida dos Santos – UCT de Juara

FACILITADORES DO PLANEJA SANGUE

Alexandre Geraldo – Hemocentro Regional de Blumenau

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha – Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Bárbara de Jesus Simões – Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados

Jussara Cargnin Ferreira - Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados

Katia Alcântara Leal Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza - Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Márcia Teixeira Gurgel do Amaral - Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados

Nílton Junior – Hemocentro Coordenador de Alagoas

LISTA DE SIGLAS

AEQ	Avaliação Externa de
AH	Assistência Hemoterápica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
ASCOM	Assessoria de Comunicação da Secretaria Estadual de Saúde
AT	Agência Transfusional
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERMAC	Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade
CGSH/MS	Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde
CH	Concentrados de Hemácias
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CLST	Comissão Local de Saúde do Trabalhador
CO	Capacidade Operacional
CP	Concentrado de Plaquetas
CRIO	Crioprecipitado
CRM	Conselho Regional de Medicina
CT	Comitê Transfusional
DGA	Direção Geral e Assessoramento
ERS	Escritório Regional de Saúde
FIPLAN	Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças
FUFMT	Fundação Universidade Federal de Mato Grosso
GCOM	Gabinete de Comunicação do Estado de Mato Grosso
HBV	Vírus da Hepatite B
HC	Hemocentro Coordenador
HCV	Vírus da Hepatite C
HEMOFLUXO	Fluxo de Hemocomponentes
HEMOPROD	Produção Hemoterápica

HEMOSAN	Centro de Hematologia e Hemoterapia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HN	HemonúcleoHUJM Hospital Universitário Júlio MullerI
DH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHEMCO	Instituto de Hematologia do Centro-Oeste
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPA	Índice Parasitário Anual
ISC/UFBA	Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
LACEC	Laboratório Central de Cuiabá
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
MS	Ministério da Saúde
NAT	Teste de Ácido Nucleico
OSS	Organização Social de Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PEQH	Plano Estadual de Qualificação da Hemorrede
PFC	Plasma Fresco Congelado
PGRSS	Plano de Gerenciamento em Resíduos em Serviços de Saúde
PNQH	Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PSMC	Pronto Socorro Municipal de Cuiabá
PSMVG	Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SES/MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SHH	Serviço de Hemoterapia e Hematologia
REDOME	Registro Nacional de Doação Medula Óssea
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SGSS	Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINASAN	Sistema Nacional do Sangue

SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TR	Termo de Referência
UCT	Unidade de Coleta e Transfusão
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VISA/SES	Vigilância Sanitária

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Pirâmide populacional do Estado de Mato Grosso, ano 2012.

Figura 2 Distribuição espacial dos municípios conforme Regiões de Saúde, Mato Grosso, 2012.

Figura 3 Distribuição geográfica das Unidades da Hemorrede Pública, Mato Grosso, 1995.

Figura 4 Distribuição geográfica das Unidades da Hemorrede Pública, Mato Grosso, 2015.

Figura 5 Estrutura organizacional da Hemorrede Pública, Mato Grosso, 2015.

Figura 6 Organograma do HEMOCENTRO Coordenador, Mato Grosso, 2015.

Figura 7 Distribuição geográfica das Unidades Hemoterápicas segundo Regiões de Saúde, Mato Grosso, 2015.

Figura 8 Localização das Unidade Hemoterápica Pública na Região Alto Tapajós/MT, 2015.

Figura 9 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Baixada Cuiabana/MT, 2015.

Figura 10 Distribuição de pacientes atendidos no HEMOCENTRO Coordenador segundo patologia, Mato Grosso, 2015.

Figura 11 Número de consultas realizados no HEMOCENTRO Coordenador, Mato Grosso, 2012-2015.

Figura 12 Número de transfusões realizadas no HEMOCENTRO Coordenador, Mato Grosso, 2012-2015.

Figura 13 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Baixo Araguaia/MT, 2015.

Figura 14 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Centro Norte/MT, 2015.

Figura 15 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Garças do Araguaia/MT, 2015.

Figura 16 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Médio Araguaia/MT, 2015.

Figura 17 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Médio Norte/MT, 2015.

Figura 18 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região na Região Noroeste/MT, 2015.

Figura 19 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Norte/MT, 2015.

Figura 20 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Norte Araguaia Karajá/MT, 2015.

Figura 21 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Oeste/MT, 2015.

Figura 22 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Sudoeste/MT, 2015.

Figura 23 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Sul/MT, 2015.

Figura 24 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Teles Pires/MT, 2015.

Figura 25 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Vale do Arinos/MT, 2015.

Figura 26 Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Vale do Peixoto/MT, 2015.

Figura 27 Projeção do Organograma da Hemorrede, segundo Plano Diretor, Mato Grosso, 2016-2019.

Figura 28 Projeção da distribuição geográfica do redesenho da Hemorrede Pública, segundo Plano Diretor, Mato Grosso, 2016-2019.

Figura 29 Representação gráfica da Hemorrede Pública segundo Níveis de Complexidade e Assistência Hemoterápica, Mato Grosso, 2016.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Cálculo de coleta de sangue para a cobertura populacional do Estado para cada 1.000 habitantes/ano.

Quadro 2 Percentual de descarte de CH por validade

Quadro 3 Principais agravos de notificações compulsórias dos municípios pertencentes aos Escritórios Regionais de Saúde, Mato Grosso, 2014.

Quadro 4 Internações hospitalares do SUS por causas externas segundo as Regionais de Saúde, Mato Grosso, 2014.

Quadro 5 Distribuição dos leitos segundo complexidade, por Regiões de Saúde, Mato Grosso, 2014.

Quadro 9 Orçamento do Hemocentro Coordenador aprovado e executado, Mato Grosso, 2009-2014.

Quadro 10 Área de abrangência Direta e Indireta, segundo Regiões e Escritórios Regionais de Saúde, Mato Grosso, 2015.

Quadro 11 Distâncias entre o Hemocentro Coordenador e as Unidades de Coleta e Transfusão do Estado de Mato Grosso, 2015.

Quadro 12 Distâncias entre as Unidades fornecedoras de sangue e hemocomponentes e as Agências Transfusionais da Hemorrede Pública, 2015.

Quadro 13 Percentual das principais não conformidades encontradas em relação às variáveis do ciclo do sangue nas avaliações sanitárias, Brasil, 2014.

Quadro 14 Caracterização da Região Alto Tapajós, Mato Grosso, 2014.

Quadro 15 Caracterização da Região da Baixada Cuiabana, Mato Grosso, 2014.

Quadro 16 Caracterização da Região Baixo Araguaia, Mato Grosso, 2014.

Quadro 17 Caracterização da Região Centro Norte, Mato Grosso, 2014.

Quadro 18 Caracterização da Região Garças do Araguaia, Mato Grosso, 2014.

Quadro 19 Caracterização da Região Médio Araguaia, Mato Grosso, 2014.

Quadro 20 Caracterização da Regional de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2014.

Quadro 21 Caracterização da Região Noroeste, Mato Grosso, 2014.

Quadro 22 Caracterização da Região Norte, Mato Grosso, 2014.

Quadro 23 Caracterização da Região Norte Araguaia Karajá, Mato Grosso, 2014.

Quadro 24 Caracterização da Região Oeste, Mato Grosso, 2014.

Quadro 25 Caracterização da Região Sudoeste, Mato Grosso, 2014.

Quadro 26 Caracterização da Região Sul, Mato Grosso, 2014.

Quadro 27 Caracterização da Região Teles Pires, Mato Grosso, 2014.

Quadro 28 Caracterização da Região Vale do Arinos, Mato Grosso, 2014.

Quadro 29 Caracterização da Região Vale do Peixoto, Mato Grosso, 2014.

Quadro 30 Projeção da distribuição das Unidades Hemoterápicas da Hemorrede Pública, segundo Plano Diretor, 2016-2019.

Quadro 31 Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Plano Diretor, Mato Grosso, 2016-2019.

Quadro 32 Planejamento de viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Diretor de sangue, Mato Grosso, 2016-2019.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição percentual da doação de sangue por motivação, tipo, gênero e idade de doadores da Hemorrede Pública, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 2 Percentual de inaptidão clínica dos serviços públicos, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 3 Percentual de inaptidão sorológica dos serviços públicos e privados, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 4 Produção hemoterápica da Região Alto Tapajós, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 5 Produção hemoterápica da Hemorrede Pública, Baixada Cuiabana, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 6 Produção hemoterápica do Banco de Sangue privado A, Baixada Cuiabana, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 7 Produção hemoterápica do Banco de Sangue privado B, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 8 Produção hemoterápica da Região Baixo Araguaia, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 9 Produção hemoterápica da Região Centro Norte, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 10 Produção hemoterápica da Região Garças do Araguaia, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 11 Produção hemoterápica da Região Médio Araguaia, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 12 Produção hemoterápica da Regional de Tangará da Serra no período 2012-2014.

Tabela 13 Produção hemoterápica da Região Noroeste, Mato Grosso, período 2012-2014.

Tabela 14 Produção hemoterápica da Região Norte, Mato Grosso, período 2012-2014.

Tabela 15 Produção hemoterápica da Região Norte Araguaia Karajá, Mato Grosso, 2012-2014.

Tabela 16 Produção hemoterápica da Região Oeste, Mato Grosso, período 2012-2014.

Tabela 17 Produção hemoterápica da Região Sudoeste, Mato Grosso, período 2012-2014.

Tabela 18 Produção hemoterápica da Região Sul, Mato Grosso, período 2012-2014.

Tabela 19 Produção hemoterápica da Região Teles Pires, Mato Grosso, período 2012-2014.

Tabela 20 Produção hemoterápica da Região Vale do Arinos, Mato Grosso, período 2012-2014.

Tabela 21 Produção hemoterápica da Região Vale do Peixoto, Mato Grosso, período 2012-2014.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
1. INTRODUÇÃO.....	23
2. MISSÃO.....	24
3. VISÃO.....	24
4. OBJETIVOS.....	24
4.1 Objetivo Geral.....	24
4.2 Objetivos Específicos.....	24
5. METODOLOGIA.....	25
5.1. Parâmetros para Coleta de Sangue: população.....	26
5.2. Parâmetro de acompanhamento de desempenho (indicadores de eficiência).....	26
5.3. Parâmetros para Transfusão.....	27
5.4. Parâmetros para Desenho da Rede.....	27
5.5. Parâmetros de Produtividade.....	27
5.5.1 Parâmetros para Estruturação das Atividades de Coleta, Processamento, Triagem Sorológica e Imuno-Hematológica e de Biologia Molecular.....	27
5.5.2 Coleta.....	28
5.5.3 Processamento.....	28
5.5.4 Triagem laboratorial.....	28
5.5.5 Teste de Ácido Nucleico (NAT).....	28
5.6. Fonte de dados.....	29
6. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	29
6.1. Perfil Demográfico por Região de Saúde.....	29
6.2. Perfil Epidemiológico por Região de Saúde.....	32
6.3. Estrutura e Organização dos Serviços de Saúde no SUS Estadual.....	37
7. A HEMORREDE ESTADUAL.....	38
7.1. Histórico da Hemorrede Estadual.....	38

7.2.	Gestão da Hemorrede Estadual.....	42
7.3.	Características da Hemorrede Estadual	46
7.3.1.	Atividades desenvolvidas pelo Hemocentro Coordenador.....	52
7.3.2.	Atividades desenvolvidas pelas UCT's.....	55
7.3.3.	Atividades desenvolvidas pelas AT's.....	55
8.	ANÁLISE DA OFERTA DOS SERVIÇOS E AÇÕES PARA A ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E HEMATOLÓGICA DO ESTADO	56
8.1.	Produção Hemoterápica do Estado de Mato Grosso	58
8.2.	Caracterização das Regiões de Saúde de Mato Grosso segundo a Assistência Hemoterápica	61
8.2.1.	Região Alto Tapajós.....	62
8.2.2.	Região Baixada Cuiabana	65
8.2.2.1	Ambulatório do Hemocentro Coordenador.....	70
8.2.3.	Região Baixo Araguaia	74
8.2.4.	Região Centro Norte.....	77
8.2.5.	Região Garças Araguaia.....	80
8.2.6.	Região Médio Araguaia	83
8.2.7.	Região Médio Norte	86
8.2.8.	Região Noroeste	89
8.2.9.	Região Norte	92
8.2.11.	Região Oeste	97
8.2.12.	Região Sudoeste	101
8.2.13.	Região Sul	104
8.2.14.	Região Teles Pires.....	108
8.2.15.	Região Vale do Arinos	112
8.2.16.	Região Vale do Peixoto.....	115
9.	PLANO DE METAS DA HEMORREDE DE MATO GROSSO QUADRIÊNIO 2016- 2019.....	118
10.	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DIRETOR	138
	REFERÊNCIAS	144
	RELAÇÃO DOS TRABALHADORES DO HEMOCENTRO COORDENADOR EM 2015 ...	148

APRESENTAÇÃO

“Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento [...], negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”.

(MATUS, 1996)

O Decreto 3.990 de 30 de outubro de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, possui dentre suas finalidades, garantir a autossuficiência do país em hemocomponentes e hemoderivados. Um dos seus princípios e diretrizes é a universalização do atendimento à população. Partindo destas prerrogativas, este documento construído de forma coletiva, traz em seu conteúdo elementos imprescindíveis ao atendimento hemoterápico e hematológico, portanto, uma ferramenta indispensável à Gestão Estadual na condução dos processos de trabalho para o quadriênio 2016-2019.

O Plano Diretor da Hemorrede Estadual de Mato Grosso foi elaborado tendo como instrumento o Curso em Planejamento e Gestão de Sistema e Serviços de Saúde – PLANEJA SANGUE, realizado em Cuiabá, no período de julho a outubro de 2015, a partir da parceria firmada com a Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (CGSH/MS) e com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Sua elaboração foi um marco histórico para a Hemorrede por ser fruto do esforço de gestores, profissionais das áreas técnicas e administrativas dos serviços de hemoterapia e hematologia e de vigilância em saúde que atuam nas diferentes regionais, contemplando todas as peculiaridades e níveis de complexidade da Rede de Saúde estabelecida.

O presente traça ações para aperfeiçoar os serviços de Hemoterapia e Hematologia no Estado de Mato Grosso, no período de 2016-2019, tendo por base as Políticas Públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – que tem por finalidade promover a universalidade, a equidade e a integralidade do atendimento nos serviços de saúde. Além disso, fomenta a Política Pública Nacional do Sangue, cujo objetivo é promover o fortalecimento da Hemorrede Pública em todo país.



Referências e princípios básicos legais que norteiam a Política Pública do Sangue, Componentes e Hemoderivados:

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988;
- Lei Federal nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990;
- Lei Federal nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990;
- Lei Federal nº. 10.205 de 21 de março de 2001;
- Decreto nº. 3.990 de 30 de outubro de 2001;
- Decreto nº. 5.045 de 08 de abril de 2004;
- Decreto nº. 7.508 de 28 de junho de 2011;
- Portaria nº. 1.737/GM de 19 de agosto de 2004;
- Portaria nº. 1.469/GM de 10 de julho de 2006;
- Portaria nº. 2.712 de 12 de novembro de 2013;
- Portaria nº. 1.631/GM de 01 de outubro de 2015;
- RDC ANVISA nº. 151 de 21 de agosto de 2001;
- RDC ANVISA nº. 34 de 11 de junho de 2014 e,
- Resolução CIB/MT nº. 043 de 15 de agosto de 2007.

1. INTRODUÇÃO

Para Teixeira (2010, p. 17), “por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas”.

O Plano Diretor é um dos principais instrumentos de planejamento da Regionalização e expressa as características das Regiões de Saúde, objetivando atender as necessidades levantadas em busca da qualificação do processo de descentralização, racionalização de gastos e otimização de recursos, garantindo o acesso, a promoção da equidade e a integralidade da atenção. Sua regulamentação tem por base a Lei 10.205 de 31 de março de 2001, no Decreto 3990 de 30 de outubro de 2001 que traz em seu capítulo 3 artigos 5º e 6º a regulamentação das competências do Estado, Distrito Federal e municípios acerca da gestão, coordenação e elaboração do Plano Diretor de sangue, componentes e hemoderivados e o Decreto 5.045 de 8 de abril de 2004 que dá nova redação aos arts. 3º, 4º, 9º, 12 e 13 do Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001, que regulamenta os dispositivos da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001.

A configuração atual da Atenção Hemoterápica no Brasil caracteriza-se por Hemorredes Estaduais compostas por Hemocentro Coordenador (HC) e Unidades de diferentes níveis de complexidade, de acordo com a realidade de cada Estado.

A Hemorrede do Estado de Mato Grosso está composta atualmente por Hemocentro Coordenador, Unidades de Coleta e Transfusão (UCT's), Agências Transfusionais (AT's) e Bancos de Sangue Privados que atendem como serviços complementares à rede pública e como suplementares aos serviços exclusivamente privados.

O presente Plano Diretor visa nortear a Política de Sangue do Estado de Mato Grosso, com objetivos, diretrizes e metas baseadas na análise situacional, servindo de subsídios para as programações anuais orçamentárias e financeiras para o quadriênio 2016-2019, com propostas para reorganizar a assistência hemoterápica e hematológica no Estado de Mato Grosso.



2. MISSÃO

Proporcionar atendimento de excelência em Hemoterapia e Hematologia com responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser um centro de referência e excelência em Hemoterapia e Hematologia.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Reorganizar a assistência hemoterápica e hematológica no Estado de Mato Grosso.

4.2 Objetivos Específicos

- Coordenar a Hemorrede no Estado;
- Reorganizar a Hemorrede Pública de Mato Grosso;
- Qualificar os profissionais que atuam na Hemorrede Pública;
- Fomentar a atenção à Saúde do trabalhador da Hemorrede Pública;
- Adequar o número de funcionários e jornada de trabalho para atender a demanda;
- Reimplantar o serviço de Qualidade de vida no HC;
- Atender a demanda dos pacientes portadores de doenças hematológicas;
- Instituir Comitês Transfusionais (CT's) para ações em Hemovigilância na Hemorrede Pública;
- Orientar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Equipamentos (PGE) da Hemorrede Pública;
- Orientar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS) na Hemorrede Pública;

- Adequar a rede tecnológica para implantação do sistema informatizado Hemovida Ciclo do Sangue na Hemorrede Pública;
- Ampliar o número de doadores de sangue e de candidatos à doação de medula óssea na Hemorrede;
- Implementar a produção de hemocomponentes na Hemorrede Pública;
- Coordenar o estoque e distribuição de hemoderivados da Hemorrede Pública;
- Implementar o Núcleo da Qualidade no HC;
- Reformar a estrutura física do HC;
- Renovar a rede de frio da Hemorrede Pública e,
- Manter o HC em funcionamento e com abastecimento regular.

5. METODOLOGIA

Para a elaboração do Plano Diretor, foram utilizados os parâmetros definidos no Guia para estudos do Curso de Planejamento e Gestão de Sistema e Serviços de Saúde (Planeja Sangue).

O curso ocorreu em Cuiabá e contou com 3 etapas presenciais e 2 etapas de dispersão, distribuídos em 3 ciclos de formação fundamentando-se na metodologia da problematização (Souza et al, 2015), com a participação da Coordenação Geral do Sangue, dos docentes do ISC da UFBA e facilitadores da Hemorrede Nacional.

Foram matriculados 51 (cinquenta e um) alunos, oriundos de 14 (quatorze) das 16 (dezesseis) Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso, com perfis profissionais diversificados que atuam nas Unidades hemoterápicas da Hemorrede, VISA municipal, Central de Transplantes e membro da Câmara Técnica do Sangue.

O levantamento de dados foi realizado pelos participantes do curso durante os processos de trabalho de acordo com a região onde atuam e após o curso durante a elaboração do Plano.

A metodologia utilizada, para a realização da análise situacional da assistência hemoterápica e hematológica do Estado foi a estatística descritiva.



5.1. Parâmetros para Coleta de Sangue: população

O parâmetro utilizado para realizar a cobertura populacional no Estado é de 10 a 40 doações/1.000 habitantes/ano (Portaria 1631 de 01/10/2015). O método de cálculo está exposto no Quadro 1.

Quadro 1 – Cálculo de coleta de sangue para a cobertura populacional do Estado para cada 1.000 habitantes/ano.

Denominação	Conceituação	Método de Cálculo	Categorias	Interpretação
Taxa de doadores de sangue*	Número total de doadores, por mil habitantes**, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado	Número de doadores de sangue / População total residente X 1.000	Unidades Geográficas: Brasil, Estados e Distrito Federal	Indica quanto da população doa sangue, podendo direcionar ações para aumentar ou diminuir o número de coletas

Fonte: SOUZA ET AL, 2015.

*Considera-se cada doação/coleta um doador com coleta efetivamente realizada.

**O parâmetro *por mil habitantes* acompanha a tendência utilizada mundialmente de apresentação do indicador.

5.2. Parâmetro de acompanhamento de desempenho (indicadores de eficiência)

Para a avaliação de desempenho dos serviços de hemoterapia o Plano Diretor utilizou como indicador o percentual de descarte de concentrado de hemácias (CH) por validade, segundo o quadro abaixo.

Quadro 2 – Percentual de descarte de CH por validade

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS	INTERPRETAÇÃO
Percentual de descarte de Concentrado de Hemácias (CH) por validade.	Proporção de bolsas de CH descartadas por validade, em determinado espaço geográfico, no período considerado.	Número de bolsas de CH descartadas por validade/Total de bolsas de CH produzidas* X 100.	Unidades Geográficas: Brasil, Estados e Distrito Federal.	Indica o percentual de CH que foram descartados por validade.

Fonte: SOUZA et al, 2015

*Leia-se: bolsa produzida = total de bolsas coletadas subtraindo o total de bolsas positivas na triagem laboratorial (sorologia e NAT).

5.3.Parâmetros para Transfusão

Para efeito de cálculo da cobertura transfusional, o parâmetro utilizado foi baseado no total de leitos existentes (excluindo os crônicos e psiquiátricos) multiplicando por 7-10 transfusões de CH's/leito/ano (Szilassy & Leikola, apud Souza et al 2015).

Para efeito do cálculo do consumo de concentrado de hemácias, por leito no ano de 2014, foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

As bolsas de CH's enviadas às Assistências Hemoterápicas (AH's) foram consideradas bolsas transfundidas, uma vez que a Hemorrede atualmente não dispõe de mecanismos de controle da realização da transfusão e/ou descarte da bolsa.

5.4.Parâmetros para Desenho da Rede

A análise do desenho da Rede levou em consideração as estruturas hemoterápicas já existentes e sua produção além da extensão territorial, distribuição da população, nível de complexidade da Rede de Saúde, número de municípios, número de municípios com hospitais, número de leitos, distância e condições de trafegabilidade entre os serviços, por Região de Saúde.

5.5.Parâmetros de Produtividade

5.5.1 Parâmetros para Estruturação das Atividades de Coleta, Processamento, Triagem Sorológica e Imuno-Hematológica e de Biologia Molecular.

Com o objetivo de garantir uma produção mínima que justifique os recursos de investimento para a implantação do serviço foram adotados os parâmetros abaixo para avaliar a rede existente.



5.5.2 Coleta

Para a avaliação das Unidades produtoras da Rede Pública, foi utilizada a capacidade de coleta das UCT's da Região e a média de bolsas coletadas/serviço/mês. Outros critérios considerados: a localização geográfica em relação ao HC, a população do município/Região de Saúde, a complexidade dos serviços de assistência à saúde, as condições da malha viária e a logística de distribuição de hemocomponentes.

5.5.3 Processamento

As Unidades de processamento dos SHH devem processar no mínimo 120 a 150 bolsas de sangue/dia. Caso não seja possível, o SHH encaminhará as bolsas de sangue total para a Unidade de referência. Em Mato Grosso, os critérios utilizados foram: a distância entre a Unidade de coleta em relação ao HC, as condições da malha viária, a logística de distribuição de hemocomponentes e o custo do transporte.

5.5.4 Triagem laboratorial

Os laboratórios de sorologia e imunohematologia do doador devem testar no mínimo 300 (trezentas) a 400 (quatrocentas) amostras/dia. Serviços que não alcancem este número de coletas devem encaminhar amostras ao serviço de referência. Os exames de triagem sorológica e imunohematológica de doadores são centralizados no Hemocentro Coordenador.

5.5.5 Teste de Ácido Nucleico (NAT)

A implantação do NAT nos laboratórios deve atender o disposto na Portaria 193/2014. Em MT, o serviço de referência é o Hemocentro Coordenador de Mato Grosso do Sul – HEMOSUL.

5.6. Fonte de dados

A coleta dos dados utilizados para a exposição dos números existentes e a realização dos cálculos que fomentam o trabalho foram obtidas das seguintes fontes:

- Os sistemas de informação oficial do DATASUS (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, Sistema de Internação Hospitalar - SIH e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES);
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, dados de informações da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso - SES/MT;
- Relatórios de produção hemoterápica (HEMOPROD¹ e HEMOFLUXO²) da Hemorrede Pública dos anos 2012, 2013 e 2014;
- HEMOPROD serviços de hemoterapia privados dos anos 2012, 2013 e 2014;
- Registros da Coordenadoria de Controle e Avaliação da Atenção à Saúde da SES/MT de transfusões dos leitos SUS dos anos 2012, 2013 e 2014.

6. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

6.1. Perfil Demográfico por Região de Saúde

O Estado de Mato Grosso, situado na região Centro Oeste do Brasil, é a terceira maior Unidade da Federação, com extensão territorial de 903.378,292 Km², ocupando 10% do território nacional. Faz fronteira ao norte com o Pará e Amazonas, ao Sul com o Mato Grosso do Sul, ao leste com Goiás e Tocantins e a oeste com Rondônia e Bolívia.

¹ HEMOPROD – Relatório de Produção Hemoterápica em que as instituições executoras de atividades hemoterápicas públicas, privadas e entidades filantrópicas, são obrigadas a encaminhar mensalmente às VISA's estaduais e municipais – RDC 149 de 14/08/2001, ANVISA.

² HEMOFLUXO – Relatório mensal de produção criado pelo HC de Mato Grosso onde se registra o serviço/hospital, o município e o tipo de hemocomponente recebido e distribuído assim como o descarte por hemocomponente segundo o motivo.



Possui população de 3.265.486 de habitantes (estimativa IBGE 2015), densidade demográfica de 3,36 habitantes por km² e com taxa de crescimento demográfico de 1,9% ao ano (IBGE, 2010).

A maioria dos mato-grossenses reside em áreas urbanas (82%) e a população rural compreende 18%. O Estado possui 141 municípios, contendo em sua maioria, população menor que 20 mil habitantes. A capital do Estado, Cuiabá, é a cidade mais populosa com estimativa de 580.498 habitantes em 2015. Outros municípios se destacam pela grande concentração populacional: Várzea Grande (268.594), Rondonópolis (215.320), Sinop (129.916), Cáceres (90.518) e Tangará da Serra (94.289) - IBGE, 2010.

A população do Estado é formada por pessoas de diferentes composições étnicas. De acordo com dados do IBGE (2010), a distribuição é de 55,2% de pardos, 36,7% de brancos, 7% de negros e 1,1% de indígenas.

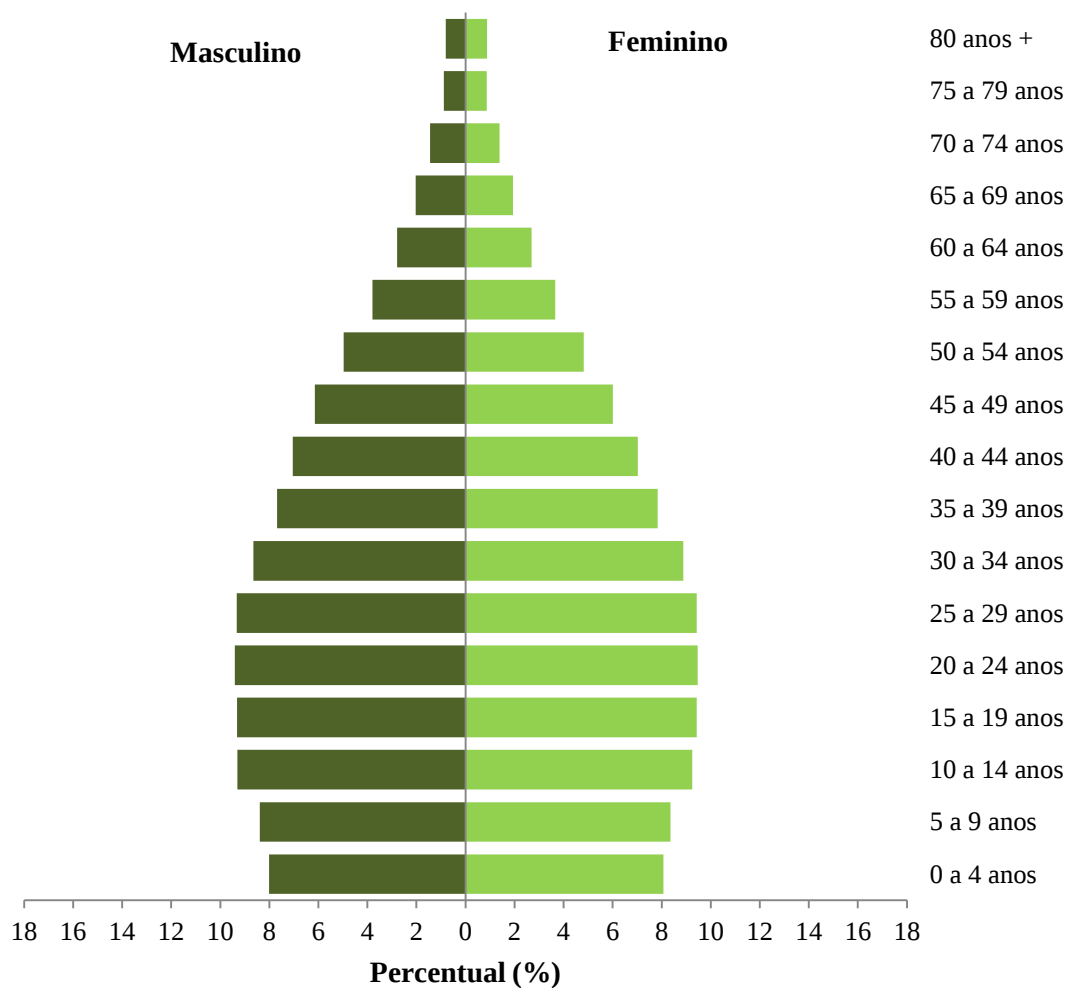
A região Centro-Oeste tem a terceira maior população indígena do Brasil. Segundo o IBGE (2010), a população indígena no Estado é de 51.696 habitantes, sendo que 42.525 (82,3%) residem em terras indígenas, localizadas principalmente no Parque Nacional do Xingu e, 9.171 em terras não indígenas.

Em Mato Grosso, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,796, ocupando a 11ª posição no *ranking* nacional (Brasil Escola, 2015). Possui a maior taxa de mortalidade infantil do Centro-Oeste (19,2 a cada mil crianças nascidas vivas) e uma das maiores taxas de assassinatos do país (25,2 a cada cem mil habitantes). Quanto ao nível de alfabetização 89,8% da população é alfabetizada e 48,7% possuem oito anos ou mais de estudo (FRANCISCO, 2015).

A Figura 1 mostra que em Mato Grosso ocorre o envelhecimento populacional, fenômeno global que se reflete em decorrência do aumento da expectativa de vida e queda das taxas de natalidade e fecundidade. O predomínio da população na faixa etária entre 10 a 34 anos e o aumento da expectativa de vida da população sugerem uma provável inversão da pirâmide populacional e consequente aumento das doenças crônicas, tornando esse grupo um possível receptor de hemocomponentes. O número de portadores de coagulopatias hereditárias e demais transtornos hemorrágicos no Estado de Mato Grosso foi de 216 no período 2009-2010 e de 265 no período 2011-2012 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014), dados que também revelam o aumento da demanda

de hemoterapia. Outros fatores que contribuem para o aumento do uso de hemocomponentes são a violência e outras causas externas.

Figura 1 – Pirâmide Populacional do Estado de Mato Grosso, 2012.



Fonte: IBGE 2012

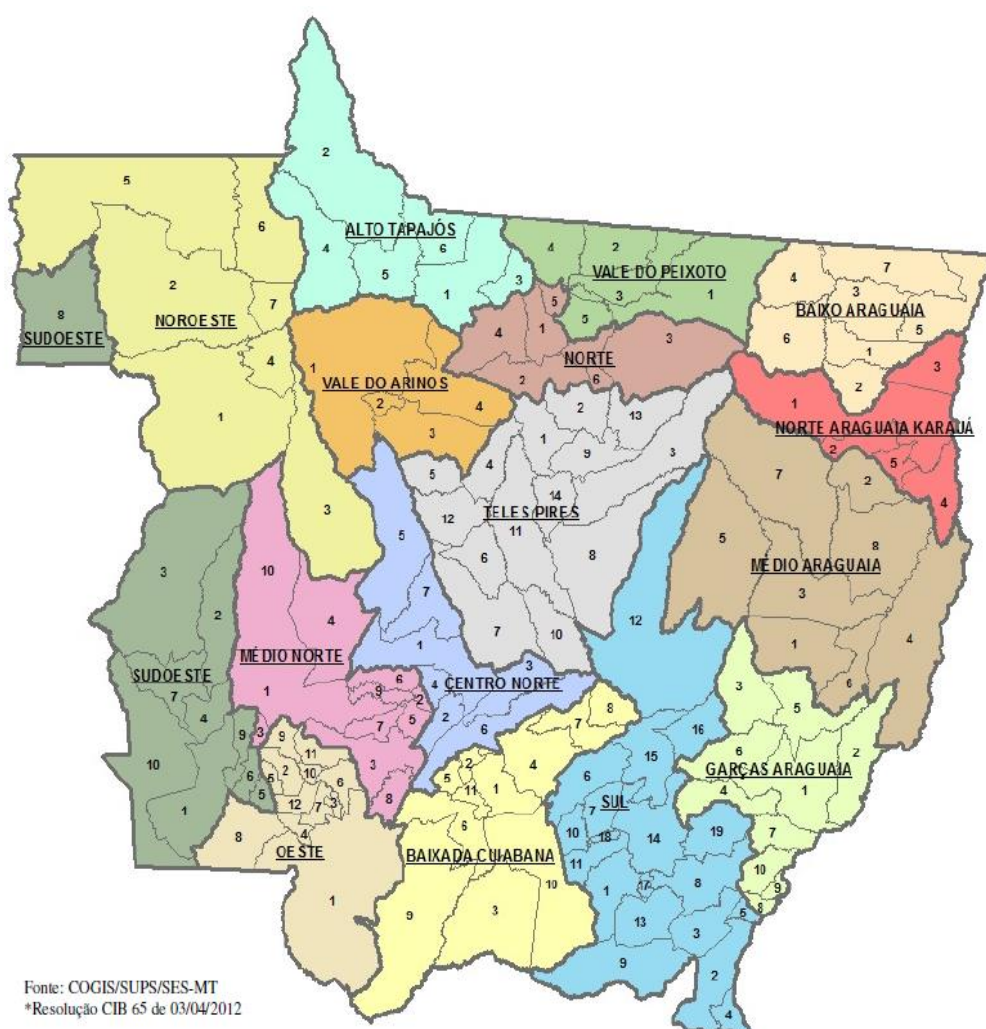
Os dados demográficos refletem diretamente na Política de Sangue e Hemoderivados chamando atenção para métodos de captação diferenciados de acordo com a faixa etária e grupos sanguíneos (ABO/Rh) específicos, preparando prováveis doadores para sanar as necessidades futuras.



6.2. Perfil Epidemiológico por Região de Saúde

Atualmente a configuração da saúde pública do Estado de Mato Grosso é formada por 16 (dezesseis) Regiões de Saúde e 16 (dezesseis) Escritórios Regionais, que acompanham e cooperam tecnicamente com a gestão municipal nas ações e serviços de saúde, conforme apresenta a Figura 2.

Figura 2 – Distribuição espacial dos municípios conforme Regiões de Saúde, Mato Grosso, 2012*.



Distribuição dos municípios de Mato Grosso de acordo com as Regiões de Saúde:

BAIXADA CUIABANA:

1. Cuiabá
2. Acorizal
3. Barão de Melgaço
4. Chapada dos Guimarães
5. Jangada
6. Nossa Senhora do Livramento
7. Nova Brasilândia
8. Planalto da Serra
9. Poconé
10. Santo Antônio do Leverger
11. Várzea Grande

OESTE:

1. Cáceres
2. Araputanga
3. Curvelândia
4. Glória D'Oeste
5. Indiavaí
6. Lambari D'Oeste
7. Mirassol D'Oeste
8. Porto Esperidião
9. Reserva do Cabaçal
10. Rio Branco
11. Salto do Céu
12. São José dos Quatro Marcos

CENTRO NORTE:

1. Diamantino
2. Alto Paraguai
3. Nobres
4. Nortelândia
5. Nova Maringá
6. Rosário Oeste
7. São José do Rio Claro

MÉDIO NORTE:

1. Tangará da Serra
2. Arenápolis
3. Barra do Bugres
4. Campo Novo do Parecis
5. Denise
6. Nova Marilândia
7. Nova Olímpia
8. Porto Estrela
9. Santo Afonso
10. Sapezal

SUDOESTE:

1. Pontes e Lacerda
2. Campos de Júlio
3. Comodoro
4. Conquista D'Oeste
5. Figueirópolis D'Oeste
6. Jauru
7. Nova Lacerda
8. Rondolândia

9. Vale de São Domingos
10. Vila Bela da Santíssima Trindade

SUL:

1. Rondonópolis
2. Alto Araguaia
3. Alto Garças
4. Alto Taquari
5. Araguainha
6. Campo Verde
7. Dom Aquino
8. Guiratinga
9. Itiquira
10. Jaciara
11. Juscimeira
12. Paranatinga
13. Pedra Preta
14. Poxoréo
15. Primavera do Leste
16. Santo Antônio do Leste
17. São José do Povo
18. São Pedro da Cipa
19. Tesouro

GARÇAS DO ARAGUAIA:

1. Barra do Garças
2. Araguaiana
3. Campinápolis
4. General Carneiro
5. Nova Xavantina
6. Novo São Joaquim
7. Pontal do Araguaia
8. Ponte Branca
9. Ribeirãozinho
10. Torixoréu

MÉDIO ARAGUAIA:

1. Água Boa
2. Bom Jesus do Araguaia
3. Canarana
4. Cocalinho
5. Gaúcha do Norte
6. Nova Nazaré
7. Querência
8. Ribeirão Cascalheira

NORTE ARAGUAIA KARAJA:

1. São Félix do Araguaia
2. Alto Boa Vista
3. Luciara
4. Novo Santo Antônio
5. Serra Nova Dourada

BAIXO ARAGUAIA:

1. Porto Alegre do Norte
2. Canabrava do Norte
3. Confresa

4. Santa Cruz do Xingu
5. Santa Terezinha
6. São José do Xingu
7. Vila Rica

TELES PIRES

1. Sinop
2. Cláudia
3. Feliz Natal
4. Ipiranga do Norte
5. Itanhangá
6. Lucas do Rio Verde
7. Nova Mutum
8. Nova Ubiratã
9. Santa Carmem
10. Santa Rita do Trivelato
11. Sorriso
12. Tapurah
13. União do Sul
14. Vera

NORTE:

1. Colíder
2. Itaúba
3. Marcelândia
4. Nova Canaã do Norte
5. Nova Guarita
6. Nova Santa Helena

VALE DO ARINOS:

1. Juara
2. Novo Horizonte do Norte
3. Porto dos Gaúchos
4. Tabaporã

ALTO TAPAJÓS:

1. Alta Floresta
2. Apiacás
3. Carlinda
4. Nova Bandeirantes
5. Nova Monte Verde
6. Paranaíta

VALE DO PEIXOTO:

1. Peixoto de Azevedo
2. Guarantã do Norte
3. Matupá
4. Novo Mundo
5. Terra Nova do Norte

NOROESTE:

1. Juína
2. Aripuanã
3. Brasnorte
4. Castanheira
5. Colniza
6. Cotriguaçu
7. Juruena



A Epidemiologia está fundamentada no raciocínio causal e preocupa-se com o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a proteção e promoção da saúde da comunidade. Além disso, se caracteriza como um importante instrumento para o desenvolvimento de políticas no setor da saúde (WALDMAN E ROSA, 1998).

Na intenção de compreender o processo de saúde-doença no âmbito da população mato-grossense, foram levantadas informações referentes ao perfil epidemiológico das principais doenças que afetam cada região do Estado, como mostra o quadro a seguir.

Quadro 3 – Principais agravos de notificações compulsórias dos municípios pertencentes aos Escritórios Regionais de Saúde, Mato Grosso, 2014.

Escritório Regional de Saúde	Malária IPA/ (1.000 hab.)		Dengue (nº de notificações)	Hanseníase detecção/ (100.000 hab.)		Tuberculose* Incidência/ (100.000 hab.)		LTA Incidência/ (100.000 hab.)	
	IPA	(n)	(n)	TD	(n)	I	(n)	I	(n)
Água Boa	0,1	(5)	218	203,8	(182)	25,8	(23)	157,9	(141)
Alta Floresta	1,2	(120)	890	234,5	(240)	35,2	(36)	72,3	(74)
Baixada Cuiabana	0,0	(7)	2.205	66,3	(571)	98,4	(935)	7,9	(75)
Barra do Garças	0,0	(2)	397	124	(151)	62,9	(76)	288,7	(349)
Cáceres	-	-	524	57,9	(110)	34,2	(65)	33,2	(63)
Colíder	0,1	(6)	357	170,5	(115)	16,3	(11)	127,5	(86)
Diamantino	0,0	(1)	124	44,7	(43)	23,9	(23)	100,9	(97)
Juara	-	-	87	168,4	(88)	23	(12)	70,8	(37)
Juína	5,7	(843)	605	144,1	(214)	18,9	(28)	142,7	(212)
Peixoto de Azevedo	0,1	(11)	191	233,3	(233)	43,1	(43)	65,1	(65)
Pontes e Lacerda	0,2	(17)	489	41,7	(47)	43,4	(49)	65,6	(74)
Porto Alegre do Norte	0,0	(2)	188	49,5	(41)	14,5	(12)	149,8	(124)
Rondonópolis	0,01	(5)	1143	67,9	(330)	22,2	(108)	40,1	(195)
São Félix do Araguaia	-	-	10	48,0	(11)	-	-	104,7	(24)
Sinop	0,0	(1)	4121	79,1	(299)	14,8	(56)	82,02	(310)
Tangará da Serra	0,0	(2)	333	75	(169)	19,5	(44)	54,1	(122)
TOTAL	7,41	(1022)	11.882	1.808,7	(2.844)	496,1	(1.521)	1563,32	(2.048)

Fonte: MATO GROSSO. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2013-2014.

() N° de Casos

(-) Não houve casos

*Todas as formas de tuberculose

Ao analisar o Quadro 3 constata-se que cada região apresenta peculiaridades em relação ao Perfil Epidemiológico, refletindo na demanda da produção de sangue e no uso dos hemocomponentes. De acordo com os dados a Regional de Saúde de Juína apresenta um alto Índice Parasitário Anual de Malária (IPA - 5,7). De acordo com o MS, o município de Colniza que pertence a esta Regional de Saúde em 2011 foi responsável por 58% do total de casos. Esses dados interferem negativamente na coleta de sangue, pois se trata de uma das causas de inaptidão clínica nos casos de doação (BRASIL, 2014), bem como o aumento da necessidade de transfusões sanguíneas. Em relação à Dengue, a incidência no Estado de Mato Grosso segue o padrão observado na região Centro-Oeste, assim como no Brasil. Constata-se a existência de um alto índice de notificações de casos, destacando as Regiões da Baixada Cuiabana (2.205 casos) e Sinop (4.121 casos), seguidas por Rondonópolis e Alta Floresta. Esses números refletem diretamente na probabilidade do uso de sangue e hemocomponentes (especialmente, concentrado de plaquetas), em consequência da morbidade da doença (dengue hemorrágica).

Outro agravamento significativo apontado nos indicadores é a Hanseníase, devido ao grande número de casos. Em relação ao restante do país, Mato Grosso lidera o *ranking* da doença, sendo que 72% dos municípios são considerados áreas hiperendêmicas (MS, 2011). As taxas colocam em evidência respectivamente as Regiões de Cuiabá (571), Rondonópolis (330) e Sinop (299). Estes dados refletem grande impacto na captação de doadores, porque a doença é considerada causa de inaptidão definitiva para a doação de sangue (BRASIL, 2014). No que se refere à Tuberculose, a Região da Baixada Cuiabana possui predomínio de casos (935) quando comparado às outras Regiões de Saúde. Apesar do Estado de Mato Grosso vir apresentando queda na taxa de incidência de Tuberculose nos últimos 10 anos, a mesma se mantém semelhante a do país (MS, 2011). Esta doença é causa de inaptidão temporária, podendo interferir na doação de sangue (BRASIL, 2014). No que refere à Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), o Estado de Mato Grosso registra o maior percentual do Brasil. A partir desses dados, nota-se que há um predomínio de casos nas Regiões de Barra do Garças (349 casos), Sinop (310 casos), Juína (212 casos). Segundo a legislação, a LTA é causa de inaptidão clínica temporária para doação de sangue, portanto, regiões com alto índice da doença compromete o número de candidatos aptos à doação (BRASIL, 2014).



Quadro 4 – Internações Hospitalares do SUS por Causas Externas segundo as Regionais de Saúde, Mato Grosso, 2014.

Regional de Saúde	Acidentes de transporte	Outras causas externas de lesões acidentais	Lesões autoprovocadas voluntariamente	Agressões	Eventos cuja intenção é indeterminada	Complicações de assistência médica e cirúrgica	Sequelae de causas externas	Fatores suplementares relacionados a outras causas	Causas externas não classificadas	Total
Água Boa	129	136	-	7	2	-	2	-	-	276
Alta Floresta	32	1092	1	10	2	2	1	-	1	1141
Barra do Garças	310	330	1	16	1	12	2	-	-	672
Cáceres	352	2069	6	12	20	11	8	4	60	2542
Colider	173	465	4	13	12	4	5	4	1	681
Cuiabá	2084	2572	34	540	1131	71	22	29	16	6499
Diamantino	169	344	1	40	21	12	3	3	-	593
Juara	20	351	-	5	3	-	2	-	1	382
Juína	114	1235	5	9	6	5	8	-	-	1382
Peixoto de Azevedo	261	268	2	37	12	6	-	1	1	588
Pontes e Lacerda	139	1072	3	12	15	7	4	1	17	1270
Porto A. do Norte	74	469	2	5	2	3	9	1	-	565
Rondonópolis	265	3682	17	45	3	34	9	71	12	4138
São F. do Araguaia	24	109	-	3	1	-	-	-	-	137
Sinop	874	2757	18	157	12	24	9	4	18	3873
Tangará da Serra	197	904	2	55	12	4	1	3	3	1181
Total	5217	17855	96	966	1255	195	85	121	130	25920

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2014.

(-) Não houve notificação de casos. De acordo com o Quadro 4, as principais causas de morbidade por causas externas no Estado de Mato Grosso são Acidentes de Transporte, Outras causas externas de lesões acidentais (eventos cuja intenção é indeterminada) e Agressões. Conhecer esses dados nos permite planejar as ações para um melhor atendimento dos casos, uma vez que as causas externas podem aumentar a demanda de uso de sangue, hemocomponentes e hemoderivados.

6.3.Estrutura e Organização dos Serviços de Saúde no SUS

Estadual

A distribuição de leitos segundo complexidade por Regiões de Saúde em nível Estadual, independentemente de terem realizado transfusões ou não, está retratado no Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição dos leitos segundo complexidade, por Regiões de Saúde, Mato Grosso, 2014.

Regiões	Sede (Regional de Saúde)	Nº de Municípios	Consórcio	Nº Leitos por Complexidade*					Total de Leitos
				Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5	
Médio Araguaia	Água Boa	8	01	101	104	0	0	0	205
Alto Tapajós	Alta Floresta	6	01	104	100	0	0	0	204
Baixada Cuiabana	Cuiabá	11	-	347	148	0	1218	882	2595
Garças Araguaia	Barra do Garças	10	01	126	0	132	0	0	258
Oeste Mato-grossense	Cáceres	12	01	208	0	0	235	0	443
Norte Mato-grossense	Colíder	6	01	49	32	90	0	0	171
Centro Norte	Diamantino	7	01	179	51	0	0	0	230
Vale do Arinos	Juara	4	01	9	88	63	0	0	160
Noroeste Mato-grossense	Juína	7	01	228	35	0	0	0	263
Vale do Peixoto	Peixoto de Azevedo	5	01	0	189	0	0	0	189
Sudoeste Matogrossense	Pontes e Lacerda	10	01	38	125	0	0	0	163
Baixo Araguaia	Porto Alegre do Norte	7	01	59	43	0	0	0	102
Sul Matogrossense	Rondonópolis	19	-	384	361	40	127	170	1082
Norte Araguaia Karajá	São Félix do Araguaia	5	01	0	40	0	0	0	40
Teles Pires	Sinop	14	01	151	180	0	409	0	740
Médio Norte	Tangará da Serra	10	01	32	267	108	0	0	407
TOTAL		141	14	2.015	1.763	433	1.989	1.052	7252

*Fontes: Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado); CNES (2015) e Informações Regionais de Saúde (2013-2014).

(-): Não possui Consórcio de Saúde.



Quanto à atenção hospitalar, de acordo com o Caderno de Informações em Saúde, no ano de 2014, o Estado de Mato Grosso contava com 161 Unidades hospitalares, sendo 61 públicos e 100 privados. Dentre eles, 08 Hospitais Regionais e 1 Federal (MATO GROSSO, 2013-2014).

De acordo com o Quadro 5, fica evidente que o maior número de leitos e o atendimento de Alta Complexidade (leitos Tipo 4 e 5) se concentram nas Regiões da Baixada Cuiabana, Oeste Mato-grossense (Cáceres), Sul (Rondonópolis) e Teles Pires (Sinop). Estas Regiões são as mais populosas do Estado e apresentam maior demanda de hemocomponentes.

As Regiões de Saúde possuem Consórcio Intermunicipal de Saúde, exceto a Baixada Cuiabana e Rondonópolis.

As diretrizes Estaduais de saúde estão pactuadas de forma que contemplam os Hospitais Regionais de Alta Floresta e Colíder sob Administração Direta, em substituição a atual gestão (OSS).

Os Serviços de Saúde sob gestão da SES/MT, se distribuem da seguinte forma: Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais; Centro Estadual de Referência em Média e Alta Complexidade; Centro Integrado de Assistência Psicossocial (Unidade I, Unidade II, Unidade III, Lar Doce Lar, CAPS AD, CAPSi e Pronto Atendimento); Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa; Hemocentro - Sangue e Hemoderivados; Lacen-MT; e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Mato Grosso, 2015).

7. A HEMORREDE ESTADUAL

7.1. Histórico da Hemorrede Estadual

Em Mato Grosso o início da atividade hemoterápica foi marcado pela iniciativa de bancos de sangue privados. O HC foi inaugurado em 15 de março de 1994, possui uma área de 3000 m² e aproximadamente 2.200 m² de área construída. Está localizado no Complexo da Prainha (Central de Transplante, CERMAC, Farmácia de Alto Custo, LACEN e Hemocentro Coordenador), em Cuiabá.

Em 1995, a rede hemoterápica pública era composta por Hemocentro Coordenador (HC), e três UCT's que se localizavam nos municípios de Cuiabá

(Hospital Universitário Júlio Muller – HUJM), Barra do Garças e em Diamantino (Relatório de Gestão, 1995-2002), conforme aponta a Figura 3.

No decorrer dos anos, o Estado em parceria com o Ministério da Saúde, viabilizou o processo de interiorização, possibilitando a expansão da Hemorrede com representatividade em todas as Regiões de Saúde.

O HC embora tenha sido inaugurado em 1994, foi oficialmente criado somente em 2004 por intermédio da Lei Complementar Nº 180 de 03/07/2004, como forma de legalizar as atividades da hemoterapia e hematologia no Estado. Tal fato se repetiu em relação às Unidades que compõem a Hemorrede Pública que foram criadas por Lei Municipal, salvo poucas exceções.

A partir de 2009, a Hemorrede sofreu um processo de precarização em sua estrutura física, tecnológica e de insumos comprometendo a qualidade do atendimento à população, segundo demonstrativo de execução orçamentária (Quadro 6), que culminou com a contratação de Organização Social em Saúde (OSS), para gerenciar o Hospital Regional de Rondonópolis em 2011 e sua respectiva UCT. As supervisões das Unidades Hemoterápicas, processo de trabalho fundamental para o monitoramento da Hemorrede, deixaram de ser realizadas, por falta de condições financeiras.

Quadro 6 – Orçamento do Hemocentro Coordenador aprovado e executado, Mato Grosso, 2009-2014.

ANO	ORÇAMENTO APROVADO	DESPESA LIQUIDADA	DESPESA PAGA
2009	23.677.588,00	15.904.485,58	15.904.485,58
2010	20.541.766,60	11.379.218,12	11.393.550,26
2011	17.246.695,16	9.875.260,58	9.781.966,04
2012	17.246.695,16	7.983.683,80	7.476.423,43
2013	17.940.750,68	1.573.671,68	1.396.192,86
2014	15.802.521,96	9.764.965,01*	9.656.456,94*

Fonte: FIPLAN, 2015.

*Restos a pagar em 2015.

Em 2012 as OSS's passaram a gerenciar os Hospitais Regionais de Cáceres, Colíder, Sorriso, Alta Floresta e suas respectivas UCT's. A OSS que assumiu a gestão



das Unidades de Colíder e Alta Floresta quarteirizou a administração das suas UCT's para um banco de sangue privado que passou a gerenciar e realizar os exames de triagem sorológica e imunohematológica dos doadores.

A precarização do HC chegou a inviabilizar o funcionamento dos laboratórios por falta de estrutura e recursos, ocasionando a interdição parcial dos mesmos pela VISA/ANVISA (Relatório de Inspeção Sanitária realizada no período de 12 a 16 de maio de 2014) que classificou o HC como de Alto Risco Sanitário, com 40% de conformidade.

Em reunião com representantes da VISA/ANVISA, CGSH, Conselho Estadual de Saúde e Secretário Estadual de Saúde ficou definido que os exames de triagem sorológica e imunohematológica do HC passariam a ser realizados pelo serviço privado até a regularização da situação pelo Estado. Estes exames passaram a ser realizados pelo HIENCO no período de 02 de abril de 2012 a 03 de dezembro de 2012 e no período de 04 de fevereiro de 2013 a 15 de maio de 2013. O HEMOSAN realizou estes exames no período de 23 de maio de 2014 a 30 de julho de 2014. Após esta data o HC voltou a realizar os exames de forma rotineira.

Os servidores do HC foram para as ruas denunciar e esclarecer à população o que estava ocorrendo por meio de passeatas, panfletagem e desfile de bloco carnavalesco “XÔ OSS”. Além disso, participaram de audiências públicas em diferentes municípios, oficializaram denúncias em Reunião Ordinária do CES e entregaram na Assembleia Legislativa uma Proposta de Projeto de Lei de Iniciativa Popular, com 42.000 assinaturas e representatividade de todos os 141 municípios do Estado.

Paralelamente, sucessivos processos oriundos do Ministério Público contra o Estado passaram a tramitar na justiça sem nenhuma ação efetiva por parte do gestor. Dentre eles, o processo número 37989-85.2010.811.0041 de 2011 que determina a reforma da estrutura física do HC. Em detrimento da inoperância do Estado na solução dos problemas apontados, o MP moveu uma Ação Civil Pública, em 2014, numeração única 27249-29.2014.811.0041, objetivando assegurar o adequado fornecimento do serviço de hemoterapia aos usuários do HC.

Em novembro de 2014, nova Inspeção Sanitária foi realizada com o percentual de 78% de conformidade, entretanto o abastecimento não havia sido regularizado e o ano finalizou sem que todos os fornecedores tivessem suas notas fiscais pagas.

O novo governo enfrentou inúmeras dificuldades, entre elas destacamos o resgate gradual da confiança dos fornecedores para com o Estado.

Em fevereiro de 2015, sob nova direção, o MT Hemocentro, através dos esforços de sua equipe técnica em conjunto com suporte técnico e gerencial do PNQH saiu da classificação de alto risco sanitário para médio baixo risco segundo a avaliação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Vigilância Estadual e Municipal (VISA). A partir desta data, o HC resgatou sua participação no Projeto de Apadrinhamento do PNQH da CGSH e teve como padrinho o HC de Minas Gerais.

As atividades técnicas e gerenciais desenvolvidas sob a orientação das profissionais do HEMOMINAS, as visitas técnicas e orientações das equipes da CGSH, de Gestão Ambiental e de Equipamentos, somados à esperança, à vontade, à capacidade técnica e à garra da equipe do HC foram determinantes para que a Inspeção Sanitária realizada em julho de 2015, apontasse um percentual de 89% de conformidade e muitas mudanças positivas em andamento, como por exemplo, a implantação da pesquisa de satisfação dos clientes externos do HC e a elaboração e aprovação pela VISA MUNICIPAL do projeto arquitetônico da reforma e reestruturação do HC.

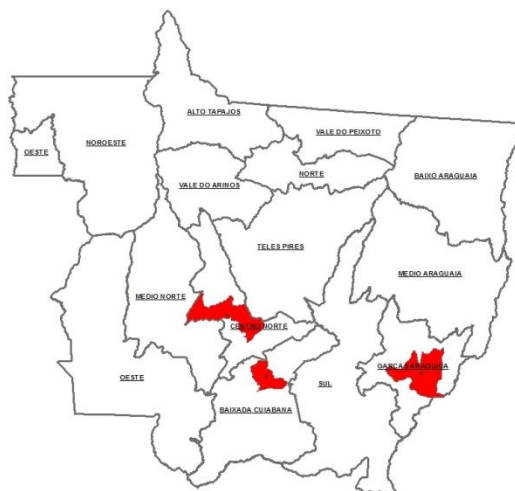
Tal capacidade de reconstrução em tão pouco tempo, com o mesmo corpo técnico, e praticamente sem injeção financeira, foi reconhecida pela CGSH que convidou o HC para apresentar sua experiência exitosa no estande da CGSH, no Congresso Brasileiro de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular, que ocorreu em São Paulo, no período de 19 a 22 de novembro de 2015.

Atualmente, a Hemorrede é composta por 01 Hemocentro Coordenador (HC) – Cuiabá, 17 Unidades de Coleta e Transfusão (UCT's), 29 Agências Transfusionais (AT's), 76 Assistências Hemoterápicas (AH's) e conta ainda com dois Bancos de Sangue Privados.

Os mapas representados abaixo retratam o crescimento da interiorização da Hemorrede Pública no Estado de MT, estabelecendo comparação entre os anos de 1995 e 2015.

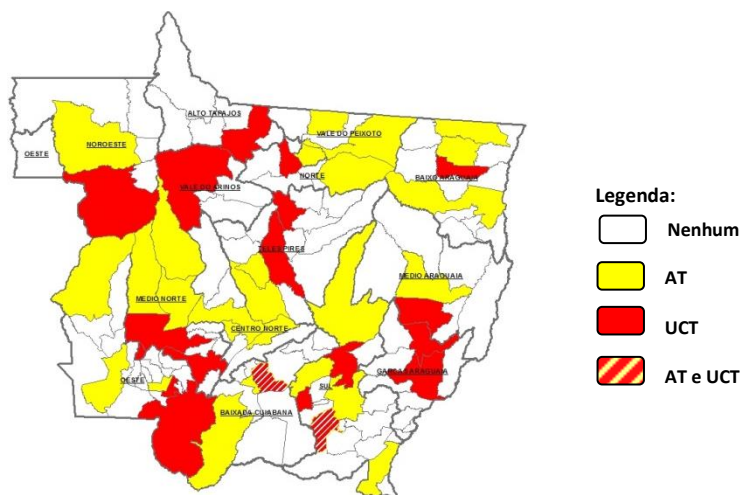


Figura 3 - Distribuição geográfica das Unidades da Hemorrede Pública, Mato Grosso, 1995.



Fonte: Relatório de gestão, 1995-2002. HEMOMAT

Figura 4 - Distribuição geográfica das Unidades da Hemorrede Pública, Mato Grosso, 2015.



Fonte: Relatório de gestão, 1995-2002. HEMOMAT (adaptado)

7.2. Gestão da Hemorrede Estadual

A SES/MT constitui-se em um órgão auxiliar de primeiro nível hierárquico da Administração Pública Estadual, de natureza instrumental, conduzido por Regimento Interno, obedecendo aos princípios, normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como missão garantir o direito à saúde, enquanto direito fundamental do ser humano e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de

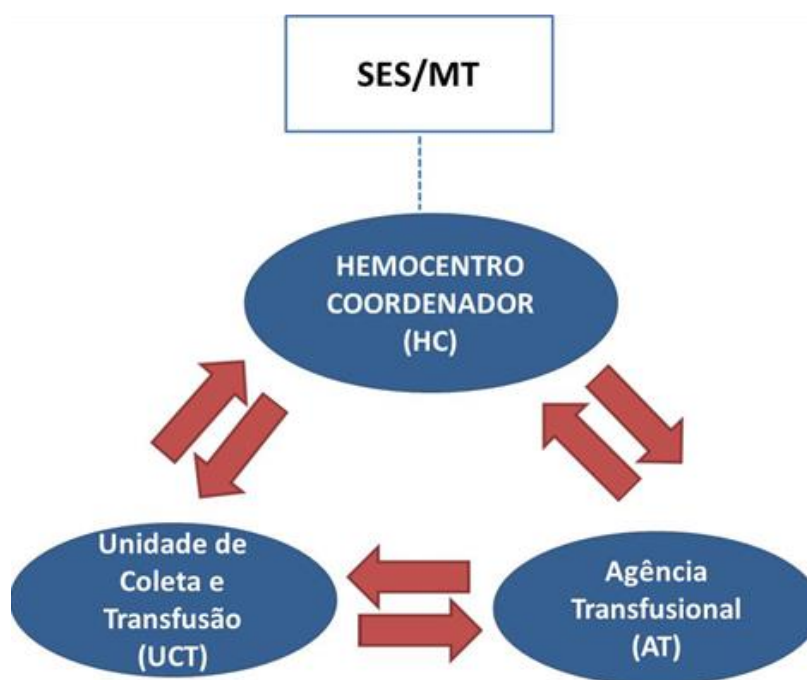
ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do Estado de MT (DO, 2010).

A Hemorrede Pública (Figura 4) é fruto da parceria entre Estado e municípios oficializado por meio da Resolução CIB 043 de 07/08/07, publicada em Diário Oficial do Estado de Mato Grosso em 15/12/08, página 25, que:

“Dispõe sobre a celebração de Termo de Compromisso entre a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso– SES/MT e Municípios, bem como entre todas e quaisquer Unidades Hemoterápicas pertencentes à Hemorrede Pública para a implantação, implementação e/ou manutenção das Agências Transfusionais – AT’s – e Unidades de Coleta e Transfusão – UCT’s, no âmbito do Estado de Mato Grosso”.

O Hemocentro Coordenador é uma Instituição pública, hierarquicamente ligada ao Gabinete do Secretário Adjunto de Serviços de Saúde – SES/MT e coordena a Política Estadual de Sangue. Realiza atividades de hemoterapia e hematologia, com o objetivo de fornecer sangue, seus componentes e hemoderivados, além do atendimento ambulatorial das patologias hematológicas. A Figura 5 apresenta a atual estrutura organizacional do HC.

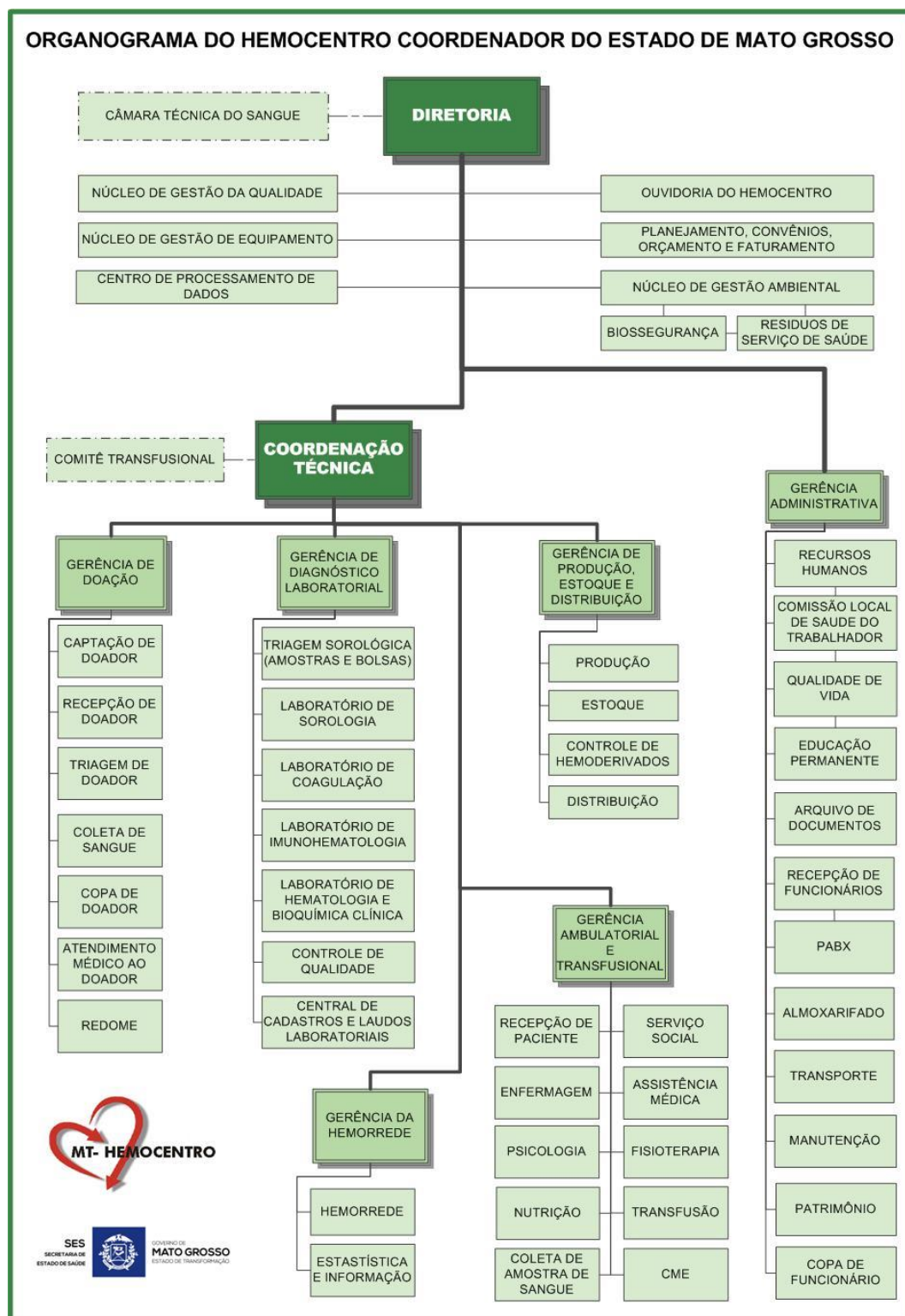
Figura 5 - Estrutura organizacional da Hemorrede Pública, Mato Grosso, 2015.



Fonte: Elaborada pelos autores

Uma nova proposta de Organograma foi discutida e a partir de fevereiro de 2015 sua estrutura foi firmada conforme demonstra a Figura 6.

Figura 6 – Organograma do Hemocentro Coordenador, Mato Grosso, 2015.



Fonte: SES/MT – 2015.

Em 2015, a Instituição iniciou um processo de reestruturação das atividades de trabalho em diferentes setores de atuação. Como parte importante deste processo destacam-se a regulamentação do serviço junto ao CRM, Prefeitura Municipal de Cuiabá e Corpo de Bombeiros. Implementou e formalizou por intermédio de Portarias Internas a Comissão Local de Biossegurança, o Núcleo de Gestão Ambiental, que abrange as Comissões de Biossegurança e Resíduos de Serviços de Saúde. o Núcleo de Gestão de Qualidade, o Núcleo de Gestão de Equipamentos e o Comitê Transfusional. Estas atividades demandam recursos financeiros que não estão previstos no Plano de Trabalho Anual – PTA 2015 e consequentemente, continuam em fase de adequação. Foi firmada ainda parceria com as Unidades do Complexo da Prainha para a realização da manutenção da área externa comum e participação na Comissão de Gestão Ambiental com representantes de todas as Unidades que compõem o Complexo e utilizam o Abrigo de Resíduos externo.

Ainda em 2015, foi feita a adesão ao Plano Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH) cuja oficina de capacitação acontecerá em março de 2016. Além disso, o governador assinou um acordo de resultados com todos os secretários de Estado pactuando as ações prioritárias a serem desenvolvidas. O HC elegeu como meta para 2015 a elaboração do Plano Diretor Estadual de Sangue 2016-2019 e, do projeto arquitetônico de reforma assim como sua aprovação pela VISA MUNICIPAL. Estas metas foram atingidas. Em 2016, a proposta foi a execução do Plano Diretor Estadual do Sangue 2016-2019 e a reforma predial do HC.

Para garantir a maior equidade administrativa e distribuição de recursos humanos foram firmadas várias parcerias de diferentes naturezas, a fim de contribuir com o gerenciamento em serviços de hemoterapia e hematologia da Hemorrede.

As UCT's e AT's estão sob a gestão das Secretarias Municipais de Saúde, exceto Alta Floresta, Cáceres, Colíder, Rondonópolis e Sorriso que são administradas por OSS's. A manutenção dos serviços fica sob a responsabilidade da SMS e das OSS's. As Unidades Hemoterápicas formalizam Contratos, Termo de Compromisso ou de Cooperação com as Unidades de Saúde para onde enviam e/ou recebem hemocomponentes, estabelecendo as responsabilidades das partes envolvidas.

A Unidade de Coleta e Transfusão do HPSMC possui gestão compartilhada entre Estado e município. A SES/MT fornece os profissionais e os insumos envolvidos no



processo de coleta e a SMS de Cuiabá fornece a equipe técnica e os insumos relacionados à transfusão.

7.3. Características da Hemorrede Estadual

A distribuição geográfica das Unidades Hemoterápicas da Hemorrede Pública foi organizada tendo por base as dezesseis Regiões de Saúde estabelecidas no Estado de MT onde se encontram os Escritórios Regionais, conforme mostra a Figura 7.

Figura 7 – Distribuição geográfica das Unidades Hemoterápicas segundo Regiões de Saúde, Mato Grosso, 2015.



Fonte: COGIS/SUPS/SES-MT (adaptado).

A localização das Unidades de Coleta e Transfusão e Agências Transfusionais foram determinadas segundo a população existente, o número e o Nível de Complexidade dos leitos existentes.

As Regiões Centro Norte, Norte Araguaia Karajá e Sudoeste não possuem Unidade de Coleta e Transfusão enquanto que as Regiões Baixada Cuiabana, Médio Norte, Oeste, Sul e Teles Pires possuem duas ou três Unidades de Coletas e Transfusão.

O Quadro 10 apresenta a divisão do Estado segundo Regiões, Escritórios Regionais de Saúde e Áreas de Abrangência Direta e Indireta. Para organização da Hemorrede, os municípios onde estão localizadas as Unidades Hemoterápicas (HC, UCT's e AT's), são considerados Áreas de Abrangência Direta e os demais municípios que recebem hemocomponentes destas Unidades são considerados como Áreas de Abrangência Indireta.

Quadro 10 – Área de Abrangência Direta e Indireta, segundo Regiões e Escritórios Regionais de Saúde, Mato Grosso - 2015.

Nº	Região de Saúde	Escritório Regional	Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) Município(s)	Agência Transfusional (AT) Município(s)	Área de Abrangência Indireta Municípios
1	ALTO TAPAJÓS	Alta Floresta	1.Alta Floresta	Não possui AT	1.Apiacás 2.Carlinda 3.Nova Bandeirantes 4.Nova Monte Verde 5.Paranaíta
2	BAIXADA CUIABANA	Baixada Cuiabana	Cuiabá: 2.Hemocentro Coordenador (HC) ¹ 3.PSMC	Cuiabá: 1.Hospital Universitário Júlio Muller 2.Poconé 3.Várzea Grande	1.Acorizal 2.Barão de Melgaço 3.Chapada Guimarães 4.Jangada 5.Nossa Sra. do Livramento 6.Nova Brasilândia 7.Planalto da Serra 8.Santo Antonio Leverger
3	BAIXO ARAGUAIA	Porto Alegre do Norte	4.Porto Alegre do Norte	4.Confresa 5.Vila Rica	1.Cana Brava do Norte 2.Santa Cruz do Xingú 3.Santa Terezinha 4.São José do Xingú
4	CENTRO NORTE	Diamantino	Não possui UCT	6.Diamantino 7.Nobres 8.Nortelândia	1.Alto Paraguai 2.Nova Maringá 3.Rosário Oeste 4.São José do Rio Claro
5	GARÇAS DO ARAGUAIA	Barra do Garças	5.Barra do Garças	9.Nova Xavantina	1.Araguaiana 2.Campinápolis 3.General Carneiro 4.Novo São Joaquim 5.Pontal do Araguaia 6.Ponte Branca 7.Ribeirãozinho 8.Torixoréu
6	MÉDIO ARAGUAIA	Água Boa	6.Água Boa	10.Canarana	1. Bom Jesus do Araguaia 2.Cocalinho 3.Gaúcha do Norte 3.Nova Nazaré 4.Querencia 5.Ribeirão Cascalheira



7	MÉDIO NORTE	Tangará da Serra	7.Barra do Bugres 8.Tangará da Serra	11.Campo Novo dos Parecis 12.Sapezal	2.Denise 3.Nova Marilândia 4.Nova Olímpia 5.Porto Estrela 6.Santo Afonso
8	NOROESTE	Juína	8.Juína	13.Aripuanã 14.Brasnorte ²	1.Castanheira 2.Colniza 3.Cotriguaçu 4.Juruena
9	NORTE	Colíder	9.Colíder	15.Marcelândia ³	1.Itaúba 2.Nova Canaã do Norte 3.Nova Guarita 4.Nova Santa Helena
10	NORTE ARAGUAIA KARAJÁ	São Félix do Araguaia	Não possui UCT	16.São Félix do Araguaia	1.Alto da Boa Vista 2.Luciara 3.Novo Santo Antonio 4.Serra Nova Dourada
11	OESTE	Cáceres	10.Cáceres 11.Mirassol D'Oeste	17.São José dos Quatro Marcos	1.Araputanga 2.Curvelândia 3.Glória D'Oeste 4.Indiavaí 5.Lambari D'Oeste 6.Porto Esperidião 7.Reserva do Cabaçal 8.Rio Branco 9.Salto do Céu
12	SUDOESTE	Pontes e Lacerda	Não possui UCT	18.Comodoro 19.Pontes e Lacerda	1.Campos de Júlio 2.Conquista D'Oeste 3.Figueirópolis D'Oeste 4.Jaurú 5.Nova Lacerda 6.Rondolândia 7.Vale do São Domingos 8.Vila Bela S. Trindade
13	SUL	Rondonópolis	12.Jaciara 13.Primavera do Leste 14.Rondonópolis	20.Alto Araguaia 21.Campo Verde 22.Paranatinga 23.Poxoréu 24.Rondonópolis (Hosp. Regional)	1.Alto Garças 2.Alto Taquari 3.Araguainha 4.Dom Aquino 5.Guiratinga 6.Itiquira 7.Juscimeira 8.Pedra Preta 9. Sto Antonio do Leste 10.São José do Povo 11.São Pedro da Cipa 12.Tesouro
14	TELES PIRES	Sinop	15.Sinop 16.Sorriso	25.Lucas do Rio Verde 26.Nova Mutum	1. Claudia 2. Feliz Natal 3.Ipiranga do Norte 4.Itanhangá 5.Nova Ubiratã 6.Santa Carmem 7.Santa Rita do Trivelato 8.Tapurah 9.União do Sul 10.Vera
15	VALE DO ARINOS	Juara	17.Juara	Não possui AT	1.Novo Horizonte do Norte 2.Porto dos Gaúchos 3.Tabaporã
16	VALE DO PEIXOTO	Peixoto de Azevedo	Não possui UCT	27.Guarantã do Norte ⁴	1.Matupá
				28.Peixoto de Azevedo ⁵ 29.Terra Nova do Norte ⁶	2.Novo Mundo

1 - O HC fornece hemocomponentes de rotina para as Regionais de Cuiabá, Diamantino, Cáceres e serve de retaguarda para toda a Hemorrede.

2 - A AT de Brasnorte é abastecida pela UCT de Tangará da Serra - MT.

3 - A AT de Brasnorte é abastecida pela UCT de Tangará da Serra - MT.

4,5 e 6 - AT's abastecidas pela UCT de Colíder - MT.

Mato Grosso possui 903.378,292 Km², sendo que a região metropolitana não está geograficamente centralizada e as distâncias entre o Hemocentro Coordenador e as UCT's são muito variáveis – Quadro11.

Quadro 11 - Distâncias entre o Hemocentro Coordenador e as Unidades de Coleta e Transfusão do Estado de Mato Grosso, 2015.

	UCT (Município)	Distância em Km
Hemocentro Coordenador (Cuiabá-MT)	Água Boa	730,67
	Alta Floresta	822,23
	Barra do Bugres	165,10
	Barra do Garças	508,17
	Cáceres	218,19
	Colíder	652,03
	Jaciara	145,03
	Juara	664,63
	Juína	740,03
	Mirassol D'Oeste	293,39
	Porto Alegre do Norte	1121,48
	Primavera do Leste	237,09
	Rondonópolis	217,17
	Sinop	494,43
	Sorriso	412,18
	Tangará da Serra	243,75

Fonte: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015.

Em detrimento da extensão territorial, dos diferentes níveis de complexidade, do número de coletas das UCT's e da otimização de recursos financeiros, a triagem laboratorial (sorologia e imunohematologia) de todas as amostras de sangue, coletadas pela Hemorrede Pública, é centralizada no HC. As amostras de sangue recebidas específicas para a realização do NAT são organizadas e enviadas pelo HC de Cuiabá para o HC de MS - HEMOSUL.

Outro aspecto importante a ser considerado é a malha rodoviária do Estado que em alguns lugares apresenta condições precárias de trafegabilidade, o que influencia



negativamente no transporte de amostras de sangue, hemocomponentes e hemoderivados entre as Unidades.

O Quadro abaixo apresenta as distâncias entre as Unidades coletoras (HC e UCT's), em relação às AT's por elas abastecidas.

Quadro 12 - Distâncias entre as Unidades fornecedoras de sangue e hemocomponentes e as Agências Transfusionais da Hemorrede Pública, 2015.

Unidade Fornecedor	AT (Município)	Distância (Km)
Água Boa	Canarana	91,3
Alta Floresta	-	-
Barra do Bugres	-	-
Barra do Garças	Nova Xavantina	152,0
Cáceres	São José dos Quatro Marcos	92,9
Mirassol D'Oeste	São José dos Quatro Marcos	13,9
Colíder	Guarantã do Norte*	146,0
	Peixoto de Azevedo*	109,0
	Terra Nova do Norte*	79,1
Cuiabá (Hemocentro Coordenador)	Cuiabá (HUJM e HPSMC)	-
	Várzea Grande (HPSMVG)	-
	Poconé	103,0
	Diamantino*	183,0
	Nobres*	122,0
	Nortelândia*	229,0
	Comodoro*	638,0
	Pontes e Lacerda*	442,0
Jaciara	-	-
Juara	-	-
Juína	Aripuanã	219,0
	Brasnorte*	158,0
Porto Alegre do Norte	Confresa	27,7
	Vila Rica	133,0
	São Félix do Araguaia*	250,0
Primavera do Leste	Paranatinga	143,0
	Poxoréu	48,2
	Campo Verde	103
Rondonópolis	Alto Araguaia	207,0
	Campo Verde	138,0
Sinop	Lucas do Rio Verde	148,0
	Nova Mutum	242,0
	Marcelândia*	281,9
Sorriso	Lucas do Rio Verde	65,3
	Nova Mutum	160,0
Tangará da Serra	Sapezal	228,0
	Campo Novo dos Parecis	150,0
	Brasnorte*	335,0

Fonte: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015.

(*) Municípios abastecidos por diferentes serviços hemoterápicos de sua referência ou de outra Região de Saúde do Estado.

(-) Municípios que não possuem AT's como área de abrangência Indireta.

O quadro de profissionais do HC é formado em sua maioria por servidores concursados (Regime Estatutário), servidores contratados (Regime de Direção Geral e Assessoramento - DGA) e serviços terceirizados de limpeza e segurança. Esse universo é composto por analistas de sistemas (lotados na SES, prestando serviço no Complexo da Prainha, onde se encontra o HC), assistentes administrativos, assistentes sociais, auxiliares (serviço geral, laboratório, enfermagem), biólogos, biomédicos, bioquímicos, contadores, economistas, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, motoristas, nutricionistas, odontólogos, oficiais de manutenção, psicólogos, telefonistas e técnicos (administrativos, contabilidade, enfermagem, higiene dental, laboratório e patologia clínica).

Quanto ao quadro de profissionais das demais Unidades da Hemorrede (UCT's e AT's), os perfis mais presentes são bioquímicos, enfermeiros, médicos, técnicos em enfermagem e técnicos de laboratório/patologia clínica. Os profissionais concursados constituem uma minoria. A grande maioria é contratada, proporcionando alta rotatividade dos profissionais e constantes rupturas nos processos de trabalho, com impactos negativos na qualidade do serviço e no Programa de Educação Permanente que o HC realiza.

O HC é uma Unidade descentralizada da SES/MT e não possui autonomia administrativo/financeira. Todas as atividades de referentes à aquisição de insumos, manutenção predial, equipamentos e contratação de serviços de terceiros ficam a cargo do nível central que realizam os processos de aquisição por meio pregão eletrônico, compra direta entre outros. Os recursos financeiros federais provenientes do Ministério da Saúde (MS) são disponibilizados para investimentos em infraestrutura, incluindo obras e aquisição de equipamentos necessários ao ciclo do sangue, sendo estes recursos também administrados pelo Estado.

A estrutura física da Hemorrede necessita de manutenção e/ou adequação às normas técnicas estabelecidas. O parque tecnológico está obsoleto e necessita de manutenção e reposição dos equipamentos para adequar suas atividades às necessidades da demanda. Do total de 17 UCT's (incluindo o HC), apenas 6 delas possuem centrífuga refrigerada em funcionamento. As demais ainda realizam o fracionamento utilizando a técnica de hemossedimentação, o que está em desacordo com a legislação. A Rede de frio também é antiga, necessitando de investimentos para sua adequação. Para tanto, um



dos mecanismos é a execução do convênio celebrado entre os governos Estadual e Federal que poderá minimizar o problema.

Em relação à informatização, apenas o HC utiliza o programa HEMOVIDA Ciclo do Sangue o que dificulta a gestão da Hemorrede como um todo, principalmente o gerenciamento do estoque.

7.3.1. Atividades desenvolvidas pelo Hemocentro Coordenador

- Qualificação e capacitação de profissionais técnicos na área de hematologia e hemoterapia;
- Captação, triagem clínica e hematológica de doadores;
- Coleta interna e externa;
- Triagem sorológica e imunohematológica da Hemorrede pública;
- Processamento automatizado de sangue total: produção de Crioprecitado (CRIO), Plasma Fresco Congelado (PFC), Concentrado de Plaquetas (CP) e Concentrado de Hemácias (CH);
- Estoque e distribuição de hemocomponentes;
- Controle de qualidade dos reagentes e hemocomponentes;
- Hemocultura dos CH's produzidos pelas UCT's;
- Controle de qualidade interno e externo;
- Imunohematologia de receptores;
- Imunohematologia avançada de receptores;
- Banco de doadores fenotipados;
- Coleta por aférese de concentrado de plaquetas e de hemácias dupla;
- Plasmaférese terapêutica;
- Atendimento médico ambulatorial aos portadores de hemoglobinopatias, coagulopatias hereditárias e outras doenças hematológicas, exceto neoplasias;
- Apoio diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com hemoglobinopatias, coagulopatias hereditárias e outras doenças hematológicas;
- Serviços ambulatoriais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, ortopedia, psicologia e serviço social;

- Atendimento aos doadores com sorologia reagente e/ou achados laboratoriais em hematologia e encaminhamento para o serviço de referência;
- Estoque e distribuição de medicamentos de alto custo, utilizados pelos pacientes hematológicos;
- Solicitação de insumos para manutenção do HC à SES/MT;
- Distribuição de insumos (Revercel, Controcel e Triacel), para as Unidades da Hemorrede;
- Cadastro de candidatos à doação de Medula Óssea;
- Atuação do Comitê transfusional;
- Implementação da Câmara Técnica Estadual do Sangue;
- Atividades do ciclo do sangue utilizando o sistema informatizado HEMOVIDA;
- Supervisão *in loco* das UCT's e AT's;
- Pesquisa de satisfação do cliente externo e,
- Recebimento e consolidação do HEMOPROD e do HEMOFLUXO das UCT's e AT's.

Conforme legislação vigente, a qualificação dos profissionais da Hemorrede Pública de Mato Grosso é realizada por meio do Programa de Educação Permanente do HC, tendo como objetivo promover atualização e ensino de técnicas para a melhoria da qualidade dos processos de trabalho, além de organizar e registrar todas as capacitações e treinamentos em serviço realizados pela Instituição.

As atualizações ocorrem de duas maneiras: programadas e de acordo com a demanda das Unidades que compõem a Hemorrede. O conteúdo das capacitações fica sob a responsabilidade da área técnica do HC, com aprovação da Direção Geral e Técnica e execução pelo setor de Educação Permanente.

Em 2012, devido ao processo de sucateamento pelo qual passou a Hemorrede Pública, foi realizado apenas um treinamento dirigido aos profissionais de nível superior (perfil enfermeiro), que contou com 14 participantes.

Em 2013, foram realizadas duas capacitações teóricas do “Ciclo do Sangue” com 136 (cento e trinta e seis) participantes. Na modalidade Educação à Distância - (projeto RHemo), foram registradas 57 (cinquenta e sete) participações, por meio de videoconferência, totalizando 193 (cento e noventa e três) capacitações.

Em 2014, foi realizada uma capacitação, com a participação de 32 (trinta e dois) profissionais da enfermagem, sobre o tema Transfusão para atender o plano de



contingência para a Copa do Mundo 2014. Neste mesmo ano, também foram registradas 52 (cinquenta e duas) participações de servidores do HC nas videoconferências do projeto RHEMO.

No ano de 2015, com a mudança do governo aliado à nova gestão e com a participação efetiva da CGSH, houve um incremento no processo de qualificação profissional aumentando consideravelmente o número de treinamentos que abordaram diferentes temas. No curso teórico “Ciclo do Sangue”, foram capacitados 192 (cento e noventa e dois) profissionais que atuam na Hemorrede Pública, sendo 54 (cinquenta e quatro) das UCT's e AT's e 138 (cento e trinta e oito) do HC. Na modalidade à distância, participaram 42 (quarenta e dois) servidores do HC. Foram registradas 492 (quatrocentos e noventa e duas) participações nos treinamentos em serviço do HC, incluindo diversas modalidades e áreas onde um mesmo profissional participou de um ou mais treinamentos. Outro ponto de destaque foi a aproximação do HC com a Rede de Atenção Básica que possibilitou o treinamento de 80 (oitenta) profissionais do município de Cuiabá, para acompanhar os pacientes portadores de Doença Falciforme atendidos pelo HC.

O Setor de Captação de doadores é vinculado à Gerência de Doação e realiza campanhas de divulgação, palestras, visitas a empresas e distribuição de material educativo. A Assessoria de Imprensa é centralizada na SES/MT, por intermédio da Assessoria de Comunicação (ASCOM) e as atividades de divulgação midiática são executadas pela mesma em parceria com o HC.

O ambulatório de hematologia do HC é o centro de referência para o atendimento médico especializado em Coagulopatias (Hemofilia) e Hemoglobinopatias (Doença Falciforme e Talassemia) de todo o Estado, além de atender outras patologias relacionadas ao sangue, como mielodisplasias e aplasia de medula. Realiza transfusões sanguíneas, infusões de fatores de coagulação e outros medicamentos nos pacientes portadores de doenças hematológicas. Conta com 5 (cinco) médicos hematologistas, sendo 3 (três) concursados e 2 (dois) com contratos temporários para atender a demanda estadual.

O HC é responsável pelo Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) realizando orientações aos voluntários e coleta de material para exame dos candidatos. Até dezembro de 2015 foram realizados 42.000 (quarenta e dois mil) cadastros de possíveis doadores no Estado de Mato Grosso.

O HEMOVIDA é um sistema de gerenciamento em serviços de hemoterapia que tem como objetivo informatizar todo o ciclo do sangue desde a doação até a sua distribuição, controlando cada etapa do processo (DATASUS, 2015). Este Sistema é utilizado apenas no HC e conta com aproximadamente 46.000 (quarenta e seis mil) doadores cadastrados.

7.3.2. Atividades desenvolvidas pelas UCT's

- Captação, triagem clínica e hematológica de doadores;
- Coleta interna e externa;
- Processamento de sangue total;
- Estoque e distribuição de hemocomponentes para transfusão;
- Controle de qualidade dos reagentes e hemocomponentes;
- Controle de qualidade interno e externo;
- Imunohematologia de receptores;
- Encaminhamento de amostras de sangue de doadores para exames sorológicos, imunohematológico e NAT para o HC;
- Atendimento a doadores com sorologia reagente e encaminhamento para o serviço de referência;
- Solicitação de insumos para manutenção da UCT à SMS;
- Envio de bolsas de CH's ao HC para realização de controle de qualidade (hemocultura);
- Abastecimento das AT's com hemocomponentes.

7.3.3. Atividades desenvolvidas pelas AT's

- Estoque e distribuição de hemocomponentes para transfusão;
- Controle de qualidade dos reagentes e hemocomponentes;
- Controle de qualidade interno e externo de imunohematologia ;
- Imunohematologia de receptores;
- Solicitação de insumos para manutenção da AT à SMS;



8. ANÁLISE DA OFERTA DOS SERVIÇOS E AÇÕES PARA A ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E HEMATOLÓGICA DO ESTADO

Conforme relatado anteriormente, o processo de precarização pelo qual passou o HC a partir de 2009 refletiu, como esperado, de forma negativa nas Unidades hemoterápicas que compõem a Hemorrede Pública. Esse período foi marcado pelo sucateamento das Unidades, total irregularidade na manutenção predial, de insumos, de equipamentos, no pagamento dos fornecedores e no treinamento dos profissionais que atuam na Rede. Ademais, as supervisões *in loco* não foram realizadas. Tal situação, em um período tão extenso, justifica o diagnóstico situacional desfavorável da Hemorrede Pública o que propiciou o crescimento dos bancos de sangue privados no Estado.

De acordo com o Relatório de Risco Sanitário da ANVISA/VISA em 2014, do total de 42 (quarenta e duas) Unidades Hemoterápicas públicas e privadas de MT, 47,6% foram classificadas como de alto risco.

No período entre 2014 e 2015, foram interditadas pela Vigilância Sanitária 10 (dez) Unidades hemoterápicas no Estado.

Segundo levantamento da ANVISA no ano de 2014, as não conformidades mais frequentes detectadas nas inspeções sanitárias, em relação às variáveis do ciclo do sangue que apareceram com maior percentual e que corroboram com a realidade no Estado de MT, estão expostos no Quadro 13.

Quadro 13 – Percentual das principais não conformidades encontradas em relação às variáveis do ciclo do sangue nas avaliações sanitárias, Brasil, 2014.

Ciclo do sangue	Itens de Controle	% de não conformidade
Recursos humanos	Programa de Capacitação de Recursos Humanos com acompanhamento e avaliação.	32%
	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional elaborado de acordo com o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.	25%
Estrutura física	Projeto arquitetônico aprovado pelo órgão competente.	42%
	Edificação correspondente à planta arquitetônica aprovada pelo órgão competente.	29%
Equipamentos e	Realiza/registra qualificação dos equipamentos.	33%

dispositivos	Realiza/registra calibração/aferição periódica de equipamentos que medem ou dependem de parâmetros físicos.	28%
	Contrato e cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos.	24%
Biossegurança	Treinamento periódico da equipe envolvida em procedimentos técnicos em biossegurança.	28%
Gerenciamento de resíduos	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde aprovado pelos órgãos competentes.	21%
Hemovigilância	Notifica eventos adversos no Notivisa.	32%
Gestão de qualidade	Auditoria interna.	47%
	Validação de processos considerados críticos para a garantia da qualidade dos produtos e serviços, antes de sua introdução e sempre que alterados.	36%
	Procedimentos estabelecidos e registrados em casos de produtos não conformes.	29%
Infraestrutura da AT	Área física conforme legislação vigente.	18%
Procedimentos gerais da AT	Registros das atividades do Comitê Transfusional.	28%
Testes pré-transfusionais	Realiza/registra Controle de Qualidade Interno (CQI).	23%
	Adota/registra medidas corretivas quando identificadas não conformidades nos resultados da AEQ.	23%
Ato transfusional	Protocolos de controle das indicações de uso e do descarte de hemocomponentes.	20%
Procedimentos especiais em transfusão	Protocolo para liberação de hemácias em situações de urgência/emergência.	9%
Distribuição	Registros da validação dos processos de acondicionamento e transporte de hemocomponentes.	20%

Fonte: ANVISA, 2015 (adaptado).

A Hemorrede Pública participa parcialmente dos programas de avaliação externa da qualidade em sorologia e imunohematologia, entretanto, não consolida e não utiliza estes dados para nortear a qualificação dos profissionais que atuam na Rede.

O controle de qualidade dos hemocomponentes produzidos foi implementado em 2015 no HC com a orientação do Projeto de Apadrinhamento do PNQH. No mesmo ano, foi realizado um treinamento no HC envolvendo um profissional de cada Unidade Hemoterápica para a implantação desta atividade na Rede.



A análise dos dados levantados, segundo os parâmetros estabelecidos na metodologia, evidencia a necessidade de reorganização da Rede de Assistência Hemoterápica e Hematológica. Algumas destas necessidades consideradas prioritárias são abordadas neste Plano Diretor e estão descritas no item que trata da caracterização das Regiões de Saúde segundo a assistência hemoterápica.

8.1. Produção Hemoterápica do Estado de Mato Grosso

A cobertura hemoterápica no Estado é realizada tanto por serviços públicos quanto privados.

A Hemorrede Pública até a presente data não cobre 100% dos leitos SUS, entretanto, na capital, atende as Unidades de maior complexidade - Prontos Socorros Municipais de Cuiabá e Várzea Grande e o Hospital Universitário Júlio Muller. Realiza a cobertura dos leitos públicos, privados e conveniados, na maioria das Regiões de Saúde exceto em três das dezesseis existentes no Estado. Os serviços privados atuam principalmente na região Metropolitana e apresentam pequena atuação nas Regiões de Saúde Oeste e Sul.

O HC recebe e consolida os Relatórios de Produção Hemoterápica (HEMOPROD/HEMOFLUXO) de toda a Hemorrede Pública, portanto, todos os dados de produção dos serviços públicos apresentados neste Plano Diretor são oriundos dos mesmos.

Os serviços privados enviam os HEMOPROD's para a VISA/SES, portanto, o HC não dispõe de tais dados. Os números destes serviços aqui apresentados foram fornecidos pela Vigilância Sanitária Estadual e pela Coordenadoria de Controle e Avaliação da Atenção à Saúde SES/MT. Vale ressaltar que o preenchimento dos dados relativos à triagem sorológica e imunohematológica de toda a Hemorrede Pública é realizada pela Gerência de Diagnóstico Laboratorial do HC em função da centralização dos exames.

Os dados do HEMOPROD dos serviços privados apresentaram inconsistências impossibilitando a consolidação e análise dos mesmos. Em função disso, foram consideradas as informações do HEMOPROD 2014 relativos a: candidatos à doação, bolsas coletadas, bolsas testadas, amostras positivas na triagem sorológica e CH's descartados por validade. Em relação às transfusões realizadas pelos serviços privados

nos leitos SUS, os registros considerados são oriundos da Coordenadoria de Controle e Avaliação da Atenção à Saúde SES/MT.

No ano de 2014, os serviços públicos e privados de Mato Grosso apresentaram um total de 79.106 (setenta e nove mil, cento e seis) candidatos à doação de sangue, coletaram 66.208 (sessenta e seis mil, duzentos e oito) bolsas de sangue total e descartaram 6.688 (seis mil, seiscentos e oitenta e oito) bolsas de CH's por validade. Deste total, a Hemorrede Pública contribuiu com 51.407 (cinquenta e um mil, quatrocentos e sete) candidatos, 39.852 (trinta e nove mil, oitocentas e cinquenta e duas) coletas, e 6.307 descartes. O HC respondeu por 29,5% e as UCT's, 70,5% do total de coletas da Hemorrede Pública.

O perfil de doadores da Hemorrede Pública de Mato Grosso, encontrado no período 2012-2014 não apresentou variações significativas, como mostra a Tabela 1. Em 2014, no que se refere à motivação da doação, houve 94,4% de doações espontâneas, valor superior ao percentual registrado para a Região Centro-Oeste segundo o Caderno de Informação: Sangue e Hemoderivados do MS, que no mesmo ano foi de 79,42%, (Brasil, 2015). Pode-se ressaltar que a Hemorrede Pública apresentou um percentual significativamente baixo de doações de reposição (5,6%) no ano de 2014, que corrobora com as recomendações do MS.

Na Hemorrede Pública, em 2014 as doações de 1ª vez representaram 28,1% e as de repetição 63,1%. Esses percentuais demonstram que o cadastro de doadores fidelizados é satisfatório e ao mesmo tempo, ocorre renovação contínua no cadastro geral de doadores, dados semelhantes aos divulgados pelo MS para o mesmo ano na Região Centro-Oeste que foram respectivamente de 32,8% e 67,1% (Brasil, 2015).

No que se refere às doações no ano de 2014 na Hemorrede Pública, observa-se equilíbrio de percentuais quanto ao gênero: 58% das doações foram realizadas por homens e 42% por mulheres. No mesmo ano região Centro-Oeste, apresentou percentuais de 63,1% e 36,9% respectivamente (Brasil, 2015).

Ao analisar os dados de doação em relação à idade, nota-se que houve discreto aumento no número de doadores com faixa etária entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezessete) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias. Nos anos de 2012, 2013 e 2014 houve respectivamente 37 (trinta e sete), 53 (cinquenta e três) e 90 (noventa) doadores nesta faixa etária. Observou-se que não houve discrepância significativa entre doadores da faixa etária de 18-29 (dezoito a vinte e nove) anos (44,1%) e acima de 29 (vinte e nove)



anos (55,9%), fato positivo em função da tendência de inversão da pirâmide populacional em detrimento do aumento da expectativa de vida no Estado de Mato Grosso, semelhante ao que ocorre no restante do país. Em contrapartida, a população jovem está mais susceptível à inaptidão clínica, colaborando com o aumento do percentual deste indicador. Para as mesmas faixas etárias, os percentuais de doação em relação à idade na região Centro-Oeste foram de 38% e 62% respectivamente, (Brasil, 2015).

No ano de 2014, foram realizadas na Hemorrede do Estado 65.914 coletas de sangue, sendo 39.558 pela Hemorrede Pública e 26.356 pelos serviços privados. Considerando que segundo o IBGE a população neste ano era de 3.224.357 habitantes, a taxa de doadores de sangue ficou em 20,44 doações/1.000 habitantes/ano, estando dentro do parâmetro preconizado que atualmente é entre 10 - 40 doações/1.000 habitantes/ano.

Não foi possível analisar o perfil de doadores dos serviços privados do Estado, no mesmo período, em detrimento dos dados dos Hemoprod's disponibilizados pela VISA/SES apresentarem inconsistências.

Tabela 1 – Distribuição percentual da doação de sangue por motivação, tipo, gênero e idade de doadores da Hemorrede Pública, Mato Grosso, 2012 - 2014.

ANO	Motivação da doação		Tipo de doador		% Quanto ao Gênero		% Quanto à Idade	
	% de Doações Espontâneas	% de Doações de Reposição	% Doadores 1ª Vez	% Doadores de Repetição	Masculino	Feminino	18-29 Anos	Acima 29 Anos
2012	92,3	7,2	30,8	59,0	57,9	42,1	47,3	52,7
2013	93,7	6,3	28,9	60,6	57,8	42,2	45,8	54,2
2014	94,4	5,6	28,1	63,1	58,0	42,0	44,1	55,9

Fonte: Hemoprod, 2012, 2013 e 2014.

A inaptidão clínica dos doadores no Estado nos anos de 2012, 2013 e 2014 foram respectivamente 13,5%, 13,9% e 14,5%, e a sorológica 6,8%, 4,4% e 3,6%. A Hemorrede Pública respondeu por 19,8%.

As Tabelas 2 e 3 mostram que o percentual de inaptidão clínica da Hemorrede Pública aumenta com o decorrer do período considerado enquanto que a inaptidão sorológica diminui fato esperado uma vez que esses parâmetros são interdependentes.

Tabela 2 – Percentual de inaptidão clínica dos serviços públicos e privados, Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	% de Inaptidão clínica dos doadores dos serviços privados (A+B)	% de Inaptidão clínica dos doadores da Hemorrede Pública	% de Inaptidão clínica dos doadores do Estado
2012	2,9	19,8	13,6
2013	2,8	19,2	13,9
2014	4,0	20,2	14,5

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

Tabela 3 – Percentual de inaptidão sorológica dos serviços públicos e privados, Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	% de Inaptidão sorológica dos doadores dos serviços privados (A+B)	% de Inaptidão sorológica dos doadores da Hemorrede Pública	% de Inaptidão clínica dos doadores do Estado
2012	5,2	8,1	6,8
2013	1,5	6,8	4,4
2014	1,6	5,3	3,6

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

A Hemorrede Pública responde por 71% da cobertura hemoterápica dos leitos públicos, privados e conveniados no Estado, enquanto que a privada responde 29%.

O total de transfusões de CH's realizadas pela Hemorrede Pública em 2014 somou 27.488 (vinte e sete mil, quatrocentos e oitenta e oito) e o do serviço privado 11.959 (onze mil, novecentos e cinquenta e nove). Os dados referentes ao número de transfusões de CH's dos serviços públicos contemplam os leitos SUS, privados e conveniados enquanto que os dados dos serviços privados referem-se apenas aos leitos SUS.

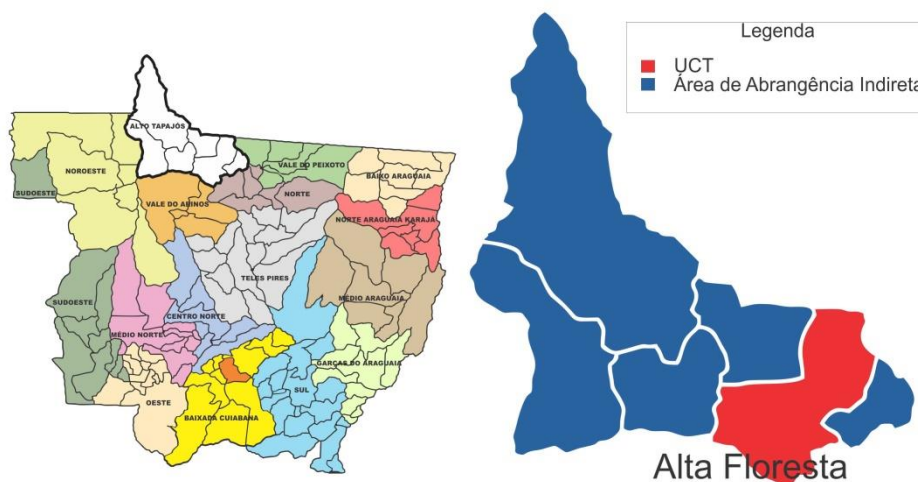
8.2.Caracterização das Regiões de Saúde de Mato Grosso segundo a Assistência Hemoterápica

A seguir, serão apresentadas as características no que se refere à Assistência Hemoterápica no Estado.



8.2.1. Região Alto Tapajós

Figura 8 – Localização da Unidade Hemoterápica Pública na Região Alto Tapajós/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

Esta Região de Saúde possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os municípios e conta com uma UCT em Alta Floresta, sede da Região de Saúde, que iniciou suas atividades em 1996 fruto da parceria entre Estado e município, com investimentos oriundos de convênios Federais.

Em 2012, o Hospital Municipal Albert Einstein, localizado em Alta Floresta, foi estadualizado passando a ser um Hospital Regional sob a gestão de uma OSS e a partir de julho deste mesmo ano o gerenciamento da UCT foi quarterizado para um banco de sangue privado.

A UCT de Alta Floresta está localizada a 822,23 km da capital com alguns trechos de estrada em condições ruins de trafegabilidade. Atende 40 horas semanais, possui 2 cadeiras de coleta de sangue, utiliza 13% da sua capacidade operacional de coleta e não realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de hemossedimentação e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (plasma comum e CH).

Embora não possua AT nesta Região, a UCT de Alta Floresta fornece hemocomponentes para as AH's dos municípios de Carlinda (com estradas em condições precárias), Paranaíta, Nova Monte Verde, Nova Bandeirantes e Apiacás,

sendo os três últimos com trechos de estrada sem asfalto, ocasionando muita dificuldade no atendimento nos períodos chuvosos.

A Regional possui 204 (duzentos e quatro) leitos que corresponde a 2,81% do total de leitos do Estado. A rede hospitalar é composta por 8 (oito) Unidades de naturezas administrativas tanto pública quanto privada (Mato Grosso 2013-2014). O nível de complexidade da rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 104 (cento e quatro) leitos (51%) e o Tipo 2, com 100 (cem) leitos (49%) – Quadro 14.

Quadro 14 – Caracterização da Região Alto Tapajós, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
822,23	102.328	Alta Floresta	-	07	Apiacás			
					Carlinda			
					Nova	1	06	104
					Bandeirantes	2	03	100
					Nova Monte			
					Verde Paranaíba			

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região.

Para efeito de cálculo do consumo de concentrado de hemácias, por leito no ano de 2014, foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período e as Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

A UCT envia mensalmente os Relatórios de Produção ao HC, entretanto, os itens referentes a bolsas testadas e amostras reagentes não são preenchidos.

No ano de 2014, o total de transfusões de CH's, ambulatorial e hospitalar, foi de 1.103 (mil cento e três), o que corresponde a 5,4 transfusões/leito/ano, resultado esperado pelo nível de complexidade hospitalar que a Região apresenta. Levando em consideração que o parâmetro mínimo adotado é de 7 (sete) transfusões/leito/ano, fica claro que o cálculo de número de CH's necessários para o abastecimento da Região dever ser ajustado às necessidade reais.



Não foi possível realizar análise completa da produção da Regional em função da ausência de dados de produção da UCT. O dado passível de apreciação se refere à inaptidão clínica que demonstra oscilação no percentual nos anos de 2012, 2013 e 2014 (17%, 7,9% e 12,5% respectivamente), sem justificativa para uma variação tão expressiva no ano de 2013.

Tabela 4 - Produção hemoterápica da Região Alto Tapajós*,
Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	1911	1569	717**	58**	1140	263
2013	1588	1448	***	***	1026	201
2014	1766	1478	***	***	1103	152

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

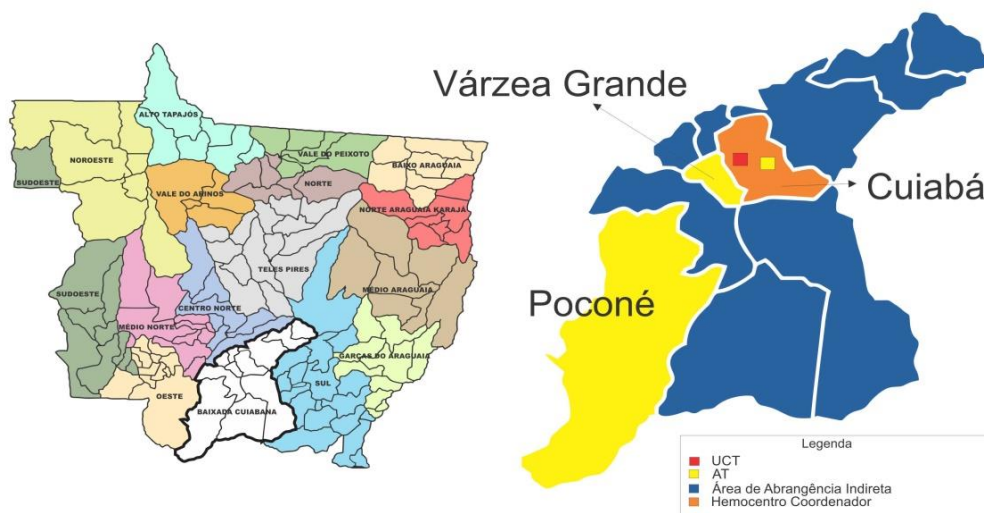
(*) UCT pública, gerenciada por OSS.

(**) Os dados se referem ao período de janeiro a julho/2012. A partir desta data a sorologia foi quarteirizada pela OSS para um banco de sangue privado.

(***) Dados não disponíveis.

8.2.2. Região Baixada Cuiabana

Figura 9 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Baixada Cuiabana/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

Esta Região de Saúde não possui Consórcio Intermunicipal, tem como sede a capital do Estado de MT, Cuiabá, onde se localizam o Hemocentro Coordenador, a UCT do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC) e a AT do Hospital Universitário Júlio Muller. Conta com uma AT no município de Poconé e uma no Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande que fazem parte da Hemorrede Pública.

Esta Região dispõe ainda de 2 (dois) bancos de sangue privados (A e B) que realizam a cobertura transfusional de parte dos leitos SUS e de todos os leitos conveniados e privados. Possui também uma AT em Várzea Grande, administrada por um dos bancos de sangue privado, localizada no Hospital Metropolitano Lousite Ferreira da Silva (hospital referenciado – que recebe apenas pacientes regulados), de natureza pública, classificado como Tipo 2, com 60 (sessenta) leitos SUS.

O HC possui 6 (seis) cadeiras de coleta de sangue, atende 40 horas semanais, utiliza 34,1% de sua capacidade operacional de coleta, realiza coletas externas em Cuiabá e Várzea Grande e fornece hemocomponentes para a área de abrangência da Região da Baixada Cuiabana, da Região Centro Norte (que não possui UCT) e é retaguarda para todas as Unidades da Hemorrede. Produz os seguintes



hemocomponentes: PFC, CRIO, CH, hemácia dupla por aférese, CP randômica e plaqueta por aférese. Importante relatar que atualmente o HC produz a maioria dos concentrados de plaquetas distribuídos para a Hemorrede Pública. A UCT de Sinop contribui com pequena produção de CP, em função de problemas relacionados à curta validade deste tipo de hemocomponente e à logística de envio de amostras.

A UCT do HPSMC possui 2 (duas) cadeiras de coleta, atende 72 (setenta e duas) horas semanais e utiliza 7,53% de sua capacidade operacional. As bolsas coletadas são fracionadas no HC e este abastece o HPSMC. Uma peculiaridade desta UCT é o fato de realizar a cobertura hemoterápica do Hospital Municipal São Benedito, inaugurado em Cuiabá no ano de 2015, até que sua AT intra-hospitalar seja implantada. No período entre junho de 2012 a junho de 2013, esta UCT foi administrada por um banco de sangue privado retornando para Hemorrede Pública em julho de 2013. Com esta situação, todo o cadastro de doadores foi perdido e isto se reflete até a data atual posto que 60,25% dos candidatos à doação são de primeira vez.

Essa Região conta ainda com 2 (dois) Bancos de Sangue privados que neste Plano Diretor serão denominados A e B. Os dados analisados relativos a estes serviços foram fornecidos pela VISA/SES e pela Coordenadoria de Controle e Avaliação da Atenção à Saúde SES/MT. Os dados do HEMOPROD apresentaram inconsistências quando se comparou o quantitativo de candidatos à doação, bolsas coletadas e descartadas com o número de bolsas de CH's transfundidas. Por esse motivo, a análise das transfusões de CH's teve por base os números oriundos do Controle e Avaliação/SES/MT, que recebe as APAC's de todas as transfusões realizadas em leitos SUS para faturamento na tabela SIA/SIH. Os demais dados (candidatos à doação, bolsas coletadas, transfundidas e descartadas) foram retirados do HEMOPROD/2014.

A Região possui 2.595 (dois mil quinhentos e noventa e cinco) leitos que corresponde a 35,8% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 34 (trinta e quatro) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 347 (trezentos e quarenta e sete) leitos (13,4%), os do Tipo 2, com 148 (cento e quarenta e oito) leitos (5,7%), os do Tipo 4, com 1.218 (mil duzentos e dezoito) leitos (46,9%) e os do Tipo 5 com 882 (oitocentos e oitenta e dois) leitos (34%). Como ocorre no restante do país, o maior nível de complexidade hospitalar se concentra na região metropolitana Quadro 15.

A capital do Estado dispõe de 4 (quatro) Unidades Ambulatoriais totalizando 137 (cento e trinta e sete) leitos que apresentaram registros de transfusão, sendo por este motivo classificadas como nível de complexidade Tipo 1 para efeito de cálculo bolsa/leito/ano.

Em relação à cobertura transfusional, do total de leitos públicos, privados e conveniados desta Região de Saúde (2.595 leitos), os bancos de sangue privados respondem por 68% (1.768 leitos) e a Hemorrede Pública por 32% (827 leitos).

No que se refere às transfusões ambulatoriais e hospitalares de CH's em 2014, o total do Estado foi de 39.218 (trinta e nove mil, duzentas e dezoito), sendo 18.884 (dezoito mil, oitocentas e oitenta e quatro) na Baixada Cuiabana, correspondendo a 48,1% do total, com média de transfusões/leito/ano. As transfusões de CH's realizadas pelos bancos de sangue privados somaram 10.567 (dez mil, quinhentas e sessenta e sete), equivalendo a 56% do total de transfusões desta Região, enquanto que a rede pública realizou 8.317 (oito mil trezentas e dezessete), correspondendo a 44% do total de transfusões.

A análise dos dados de produção dos anos 2012, 2013 e 2014 do serviço público demonstra uma diferença substancial entre o número de bolsas coletadas e testadas neste período. A perda anual foi de respectivamente 568 (quinhentas e sessenta e oito), 498 (quatrocentas e noventa e oito) e 251 (duzentas e cinquenta e uma) bolsas, o que equivale a 47,3/mês, 41,5/mês e 20,9/mês que embora apresente diminuição gradativa da perda, merece especial atenção em relação ao treinamento e padronização nos procedimentos de coleta. No mesmo período, o percentual de inaptidão clínica mostrou pequena variação, (25,8%, 24,8% e 25,8%, respectivamente) fato que também ocorreu na inaptidão sorológica (4,3%, 5,9% e 4,3%), demonstrando coerência quando se compara a inaptidão clínica com a sorológica. Observa-se ainda alto percentual de descarte de CH's por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia que se manteve em 17% no período de 2012-2014, sugerindo necessidade de aperfeiçoamento nos processos de trabalho.

A análise dos dados de produção dos anos 2012, 2013 e 2014 do Banco de Sangue privado A demonstra que o número de bolsas testadas é maior que o de bolsas coletadas, portanto, o dado não foi avaliado em razão desta incongruência. Nota-se aumento na inaptidão clínica (8,4%, 7,6% e 10,5%, respectivamente) e decréscimo significativo em relação à inaptidão sorológica (7,2%, 3,6% e 3,2%). Observa-se ainda



que o descarte de CH's por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia apresentou variação importante no ano de 2013 em relação aos anos de 2012 e 2014 (valores de 1,4%, 0,8% e 2,3% em 2012, 2013 e 2014 respectivamente).

A análise dos dados de produção dos anos 2012, 2013 e 2014 do Banco de Sangue privado B demonstra uma diferença inexplicável nos dois últimos anos entre o número de bolsas coletadas e testadas neste período. A perda anual de CH's foi de respectivamente 152 (cento e cinquenta e duas), 6.425 (seis mil, quatrocentos e vinte e cinco) e 14.182 (quatorze mil, cento e oitenta e duas) bolsas, o que equivale a 12,6; 535,4 e 1.181,8 bolsas/mês. Em 2012, 2013 e 2014 os dados revelaram os seguintes percentuais: inaptidão clínica 0,2%, 0% e 0%; inaptidão sorológica 4,2%, 0,6% e 0,9% e descarte de CH's por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia 0,5%, 0% e 0,1% respectivamente.

Os dados apresentados nas Tabelas 5 e 6 são inconsistentes, não permitem análise e sugerem que o preenchimento do HEMOPROD não está de acordo com os parâmetros estabelecidos pela RDC 149/ANVISA, 2001. É importante frisar que após o preenchimento, os dados devam ser qualificados para que a informação seja fidedigna e possibilite seu uso para estudo, análise e planejamento das ações em Hemoterapia.

Quadro 15 – Caracterização da Região da Baixada Cuiabana, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab)	Municípios de abrangência direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT	AT			Nível	Quant.	Nº de leitos
-	950.003	Cuiabá (Hemocentr o Coordenado r e Pronto Socorro Municipal)	Cuiabá (HUJM e HPSM) Várzea Grande (HPSM) Poconé	01	Acorizal Barão de Melgaço Chapada Guimarães Jangada N Sra. do Livramento Nova Brasilândia Planalto da Serra Santo Antônio do Leverger	1 2 4 5	13 05 08 05	347 148 1218 882

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

Tabela 5 - Produção hemoterápica da Hemorrede Pública, Baixada Cuiabana, Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	16721	12573	12005	770	6898	626
2013	17499	12800	12302	723	6819	715
2014	18907	13463	13212	571	8317	946

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

Tabela 6 - Produção hemoterápica do Banco de Sangue privado A, Baixada Cuiabana, Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)*	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	9358	8297	8962	648	3855**	114
2013	8731	7753	8352	275	4226	63
2014	10635	9292	9686	263	4178	219

Fontes: HEMOPROD e *Coordenadoria de Controle e Avaliação da Atenção à Saúde - SES/MT 2012 (série histórica: 2012 2013 e 2014).

**Não foram apresentados dados dos meses de outubro e dezembro/2012.

Tabela 7 - Produção hemoterápica do Banco de Sangue privado B, Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)*	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	19000	19000	18848	796	5765**	102
2013	14740	14740	8315	74	11020	0
2014	17064	17064	2882	188	7963	123

Fontes: HEMOPROD e *Coordenadoria de Controle e Avaliação da Atenção à Saúde - SES/MT (série histórica: 2012 2013 e 2014).

**Não foram apresentados dados dos meses de outubro e dezembro/2012



8.2.2.1 Ambulatório do Hemocentro Coordenador

O HC é referência em doenças hematológicas no Estado. O ambulatório do HC possui recepção, sala de fisioterapia, sala para coleta de amostras de sangue para exames, consultórios e um setor de transfusão ambulatorial com 9 (nove) leitos para procedimentos de transfusão/infusão de medicamentos e sangria terapêutica. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, enfermeiras, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogas, técnicos administrativos e técnicos em enfermagem. A equipe médica é composta por 15 (quinze) profissionais sendo 5 (cinco) hematologistas - três concursados (um deles, assumindo a Coordenação Técnica do HC) e dois contratados. Os médicos de outras especialidades atendem tanto no ambulatório quanto no Setor de Doação do HC.

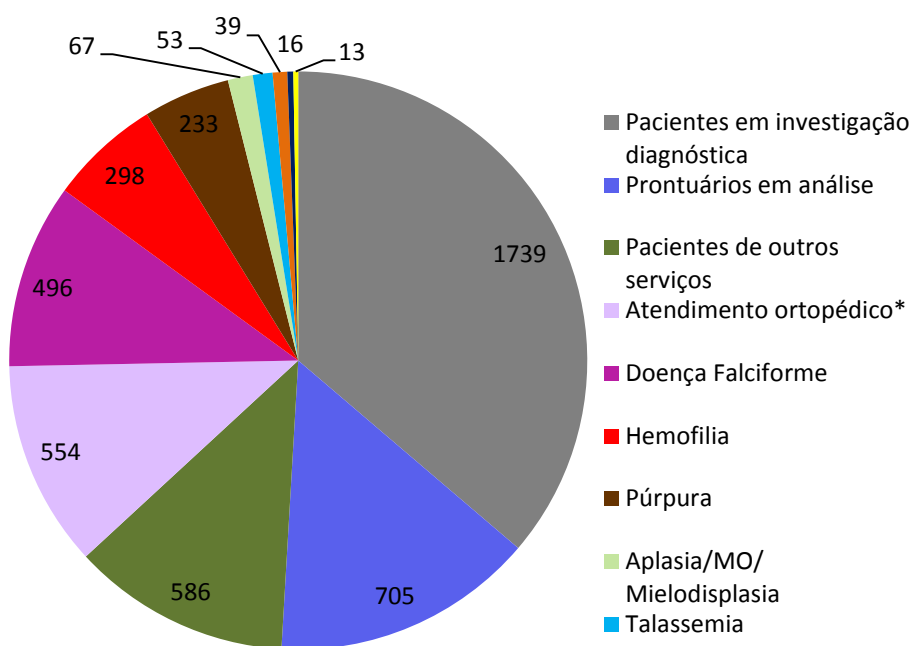
O HC recebe pacientes oriundos dos municípios do Estado de MT, por intermédio da Central de Regulação Estadual, para avaliação e/ou acompanhamento Hematológico e/ou Hemoterápico. Seu ambulatório tem como missão prestar assistência especializada e de qualidade aos usuários SUS com necessidades hematológicas/hemoterápicas visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde, realizando as seguintes atividades:

- Consulta médica especializada, exames de diagnóstico e seguimento para doenças hematológicas;
- Acompanhamento terapêutico aos portadores de Anemia Falciforme, Anemia Aplástica, Talassemia, Poliglobulia, Hemocromatose, Doença de Gaucher e Púrpuras;
- Acompanhamento terapêutico a portadores de distúrbios da coagulação (Hemofilia, Doença de Von Willebrand, Trombastenias e coagulopatias raras);
- Assistência multiprofissional aos portadores de Hemoglobinopatias, Coagulopatias Hereditárias e Doença de Gaucher;
- Atendimento ambulatorial de infusão de medicamentos e transfusão de componentes do sangue em portadores de doenças hematológicas e Doença de Gaucher;
- Atendimento ortopédico aos pacientes e doadores do HC e,

- Treinamento dos pacientes e familiares sobre: infusão domiciliar de fator de coagulação, auto-infusão, administração de quelante de ferro subcutâneo e descarte de resíduos biológicos/perfurocortantes.

Segundo levantamento realizado em 2015, o arquivo do HC conta com 4.799 (quatro mil, setecentos e noventa e nove) prontuários. Deste total, 1.739 (mil, setecentos e trinta e nove) estão em investigação diagnóstica, 705 (setecentos e cinco) em processo de análise e 586 (quinhentos e oitenta e seis) são pacientes oriundos de outros serviços atendidos no ambulatório para realização de transfusões e sangrias terapêuticas conforme aponta Figura 10.

Figura 10 - Distribuição de pacientes atendidos no Hemocentro Coordenador segundo patologia, Mato Grosso, 2015.



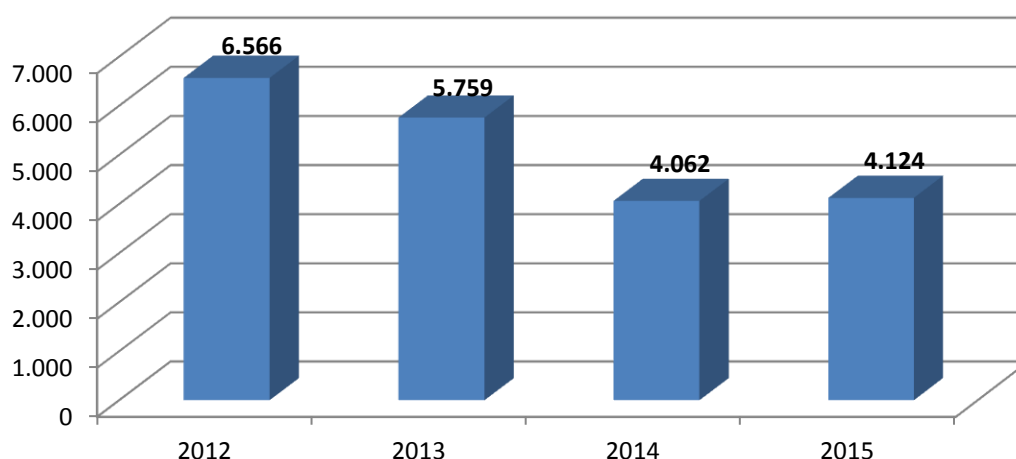
Fonte: Hemocentro Coordenador de MT (ambulatório), 2015.

Em relação ao no número de consultas nota-se que houve descréscimo acentuado no atendimento ambulatorial, explicado pelo sucateamento pelo qual passou o HC a partir de 2012. Concomitante à redução do número de pacientes atendidos para consultas médicas, houve redução dos procedimentos transfusionais no ambulatório. Em junho de 2015 houve a contratação de 2 (dois) médicos hematologistas, possibilitando



aumento do número de consultas ambulatoriais, como demonstra a Figura 11, duplicando o atendimento no segundo semestre.

Figura 11 – Número de consultas realizadas no Hemocentro Coordenador, Mato Grosso, 2012 – 2015.



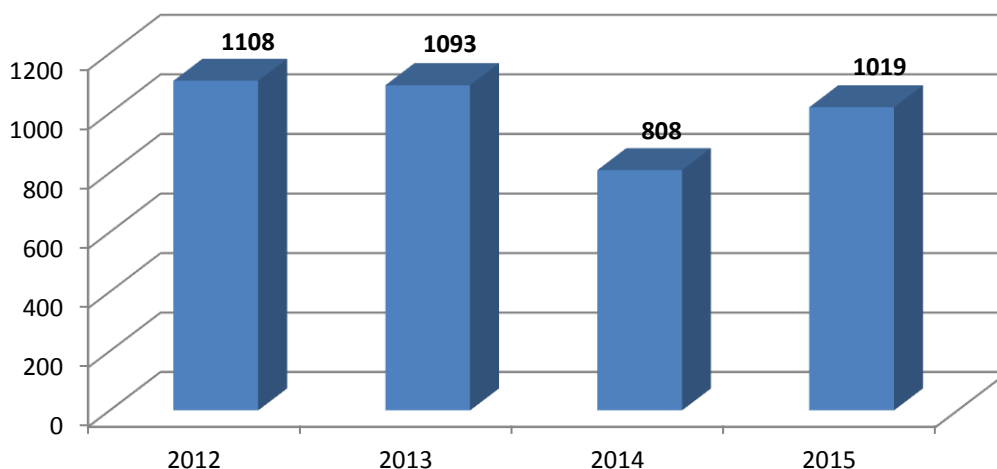
Fonte: Hemocentro Coordenador de MT (ambulatório), 2015.

O ambulatório do HC não é informatizado e para minimizar esta situação, a partir de julho de 2015 os pacientes passaram a ser registrados em arquivo Excel com seus principais dados cadastrais.

Nos primeiros meses do ano de 2016 foi realizada uma força tarefa de cadastramento dos pacientes portadores de hemoglobinopatias do HC no Registro Nacional (Web Hemoglobinopatias), vinculado ao Ministério da Saúde, assim como já vem sendo feito com os portadores de Coagulopatias Hereditárias.

A Figura 12 mostra o número de transfusões realizadas no HC no período 2012 – 2015. Observa-se que em 2014 os dados de transfusão, produção do ambulatório, consultas e demais procedimentos foram inferiores aos outros anos. Essa diminuição na produção pode estar relacionado à carência de profissionais médicos no ambulatório, à falta de insumos para realização de exames laboratoriais e ao sucateamento pelo qual passou o HC.

Figura 12 – Número de transfusões realizadas no Hemocentro Coordenador, Mato Grosso, 2012 – 2015.



Fonte: Hemocentro Coordenador de MT (ambulatório), 2015.

O Protocolo de Profilaxia Primária para portadores das Hemofilias A e B grave e o Protocolo de Imunotolerância preconizados pelo MS até o momento não foram implantados no HC por falta de exames complementares. A maioria dos pacientes portadores de Hemofilia A e B grave encontra-se em profilaxia secundária ou terciária. Os fatores de coagulação são fornecidos pelo MS, cabendo ao HC o armazenamento, controle, distribuição e registro dos mesmos.

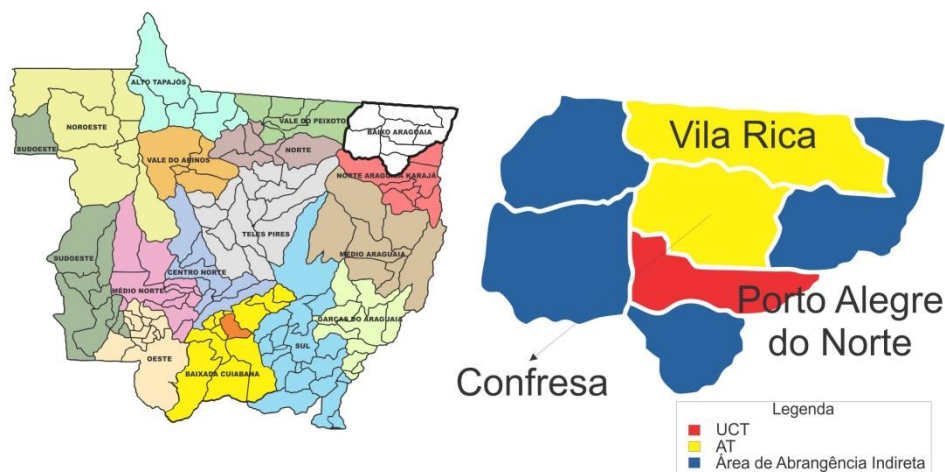
No Brasil, a coagulopatia de maior prevalência na população geral é a Doença de Von Willebrand, chegando a 1 caso a cada 100 habitantes (BRASIL, 2008). Em Mato Grosso não dispomos de dados de prevalência desta patologia, pois à semelhança do que ocorre no país, há dificuldades em sua investigação diagnóstica pelo desconhecimento da doença e pela dificuldade técnica dos exames laboratoriais específicos.

Os protocolos clínicos de tratamento das principais patologias atendidas no ambulatório (Doença Falciforme, Talassemia, Anemia Aplástica, Mielodisplasia e Púrpura Trombocitopênica Imunológica) foram elaborados e estão em fase de revisão e validação para posterior implantação. Os protocolos relativos às coagulopatias são definidos pelo Ministério da Saúde e adaptados à realidade do serviço.



8.2.3. Região Baixo Araguaia

Figura 13 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Baixo Araguaia/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

Esta Região possui Consórcio Intermunicipal, com sede na cidade de Confresa e sua área de cobertura abrange todos os municípios. A UCT de Porto Alegre do Norte, cujas atividades foram iniciadas em 2002, está situada na Sede da Região de Saúde, localizada a 1.121,48 km da Capital, com um trecho 200 km sem asfalto. Atende 40 horas semanais, possui 1 (uma) cadeira de coleta de sangue e realiza coleta externa nos municípios da sua área de abrangência. Utiliza 15,83% da sua capacidade operacional de coleta, entretanto supre as necessidades transfusionais da Região que possui registro de transfusão nos municípios de Confresa, Porto Alegre do Norte, Santa Terezinha e Vila Rica. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de hemossedimentação e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (plasma comum e CH).

A UCT de Porto Alegre do Norte abastece também a AT de São Félix do Araguaia situada na Região Norte Araguaia Karajás, localizada a 250 km da UCT.

A Unidade de Coleta e Transfusão de Porto Alegre do Norte e a AT de São Félix do Araguaia possuem estradas sem asfalto, de difícil acesso e estão localizadas há mais

de 1.100 km da capital, dificultando a logística de distribuição de hemocomponentes e causando impacto negativo no descarte de CH's por validade.

A Região possui 102 (cento e dois) leitos que corresponde a 1,41% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 5 (cinco) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 59 (cinquenta e nove) leitos (58%) e do Tipo 2, com 43 (quarenta e três) leitos (42%) – Quadro 16.

Quadro 16 – Caracterização da Região Baixo Araguaia, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
1121,48	82.794	Porto Alegre do Norte	Confresa Vila Rica	01	Cana Brava do Norte Santa Cruz do Xingu Santa Terezinha São José do Xingu	1	03	59
						2	01	43

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região.

No ano de 2014, a diferença entre o número de bolsas coletadas e testadas foi de 2 (duas) bolsas de sangue total/mês e o ideal é que o número de bolsas testadas seja igual ao de bolsas coletadas.

No ano de 2014 o total de transfusões ambulatorial e hospitalar foi de 116 (cento e dezesseis), o que corresponde a 1,4 transfusões/leito/ano, ficando bem abaixo do parâmetro estabelecido (7-10 transfusões leito/ano). O maior número de transfusões de CH's desta Região de Saúde se concentra em Confresa com 75 transfusões/ano.

A UCT de Porto Alegre do Norte teve a coleta interdita pela VISA/SES nos anos 2012 e 2013, impossibilitando a análise dos dados de produção em relação à série



histórica. Durante esse período, a Região foi abastecida pelo HC e UCT's de Primavera do Leste e Rondonópolis. Em março de 2014 voltou às atividades com registro de 13,8% de inaptidão clínica, 10,8% de inaptidão sorológica e 39% de descarte de CH por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia. Em virtude do longo período de interdição, a UCT perdeu seu cadastro de doadores fidelizados, o que justifica o percentual de inaptidão sorológica elevado.

Tabela 8 - Produção hemoterápica da Região Baixo Araguaia, Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	*	*	*	-	592	200
2013	*	*	*	-	136	170
2014**	885	763	740	71	116	258

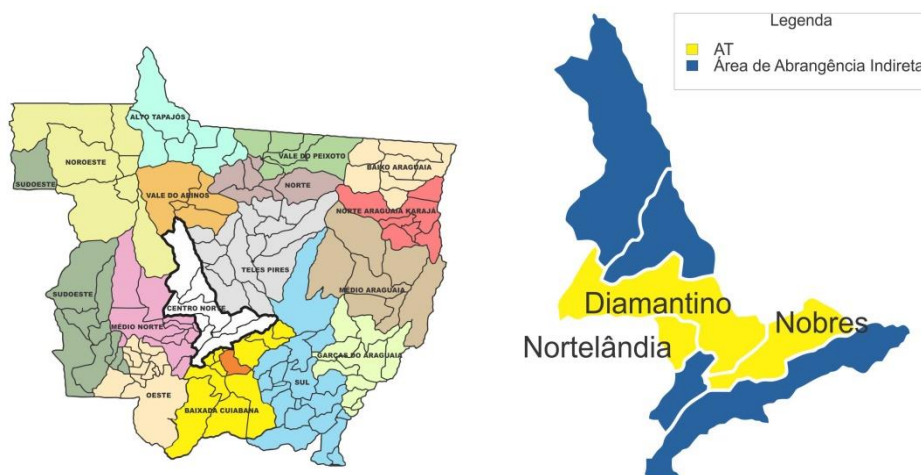
Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

(*) Setor de Coleta interditado pela VISA/SES em 2012 e 2013.

(**) Dados de março a dezembro/2014.

8.2.4. Região Centro Norte

Figura 14 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Centro Norte/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Região é formada por 7 (sete) municípios, dos quais 4 (quatro), Nova Maringá, São José do Rio Claro, Nobres e Rosário Oeste, não participam do Consórcio Intermunicipal. Consequentemente muitos pacientes são encaminhados para a capital. Não possui UCT, as 3 (três) AT's existentes são abastecidas pelo HC e estão situadas no município de Nortelândia, Nobres, localizadas respectivamente a 250,43 km e 138,3 km de Cuiabá e Diamantino, sede da Região, localizada a 198 km da capital. A AT de Nobres foi interditada em junho 2013 pela VISA/SES, permanecendo fechada até os dias atuais.

A Região possui 230 (duzentos e trinta) leitos que corresponde a 3,2% do total de leitos do Estado. A rede hospitalar é composta por 4 (quatro) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 179 (cento e setenta e nove) leitos (78%) e do Tipo 2, com 51 (cinquenta e um) leitos (22%) – Quadro 17.

A cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região é realizada pela Hemorrede Pública.



Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, foi de 182 (cento e oitenta e duas), o que corresponde a 2,1 transfusões/leito/ano. Levando em consideração que o parâmetro mínimo adotado é de 7 transfusões/leito/ano, fica claro que o cálculo de número de CH's necessários para o abastecimento da Região dever ser ajustado às necessidade reais.

Em virtude do alto número de descarte de CH's, e como mostra a Tabela 9. os dados do HEMOPROD foram analisados segundo as AT's existentes na Região, sendo eles:

Em 2012, o total foi de 262 (duzentos e sessenta e dois) CH's – Diamantino 65 (sessenta e cinco); Nobres 105 (cento e cinco) e Nortelândia 92 (noventa e dois);

Em 2013, o total foi de 166 (cento e sessenta e seis) CH's – Diamantino 77 (setenta e sete); Nobres 15 (quinze) e Nortelândia 74 (setenta e quatro) e,

Em 2014, o total foi de 156 (cento e cinquenta e seis) CH's – Diamantino 89 (oitenta e nove) e Nortelândia 67 (sessenta e sete).

Embora tenha ocorrido decréscimo do descarte de CH's por validade no período 2012-2014, o estoque necessita de monitoramento para minimizar ainda mais as perdas.

Quadro 17 – Caracterização da Região Centro Norte, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
198,43	96.167	-	Diamantino Nobres Nortelândia	03	Alto Paraguai Nova Maringá Rosário Oeste São José do Rio Claro	1 2	04 01	179 51

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

Tabela 9 - Produção hemoterápica da Região Centro Norte, Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH) ¹
2012	-	-	-	-	275	262
2013	-	-	-	-	206	166
2014	-	-	-	-	182	156

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

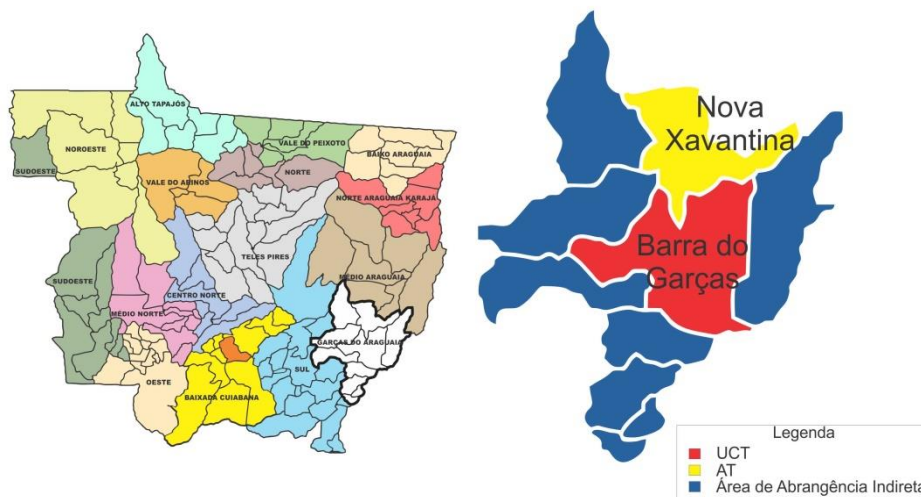
(-) Não realiza coleta.

(1) Soma de Diamantino, Nobres e Nortelândia.



8.2.5. Região Garças Araguaia

Figura 15 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Garças Araguaia/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Região é formada por 10 (dez) municípios, dos quais 2 (dois), Campinápolis e Nova Xavantina, não integram o Consórcio Intermunicipal. A UCT do município de Barra do Garças, sede da Região, está localizada a 508,17 km da capital. Atende 40 horas semanais, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue e realiza coleta externa nos municípios da sua área de abrangência. Utiliza 11% da sua capacidade operacional de coleta, e não supre as necessidades transfusionais da Regional pois recebeu 157 (cento e cinquenta e sete) bolsas de CH's do HC em 2015, o que equivale a aproximadamente 21,8% do total de transfusões realizadas no período. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de centrífuga refrigerada e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes.

A UCT Fornece hemocomponentes para a AT de Nova Xavantina, a 152 Km de distância e para Unidades Hospitalares dos municípios de Novo São Joaquim (195,5 km), Ponte Branca (147,2 km), General Carneiro (65,8 Km), Ribeirãozinho (110,2 km), Torixoréu (56,2 km) e Araguaiana (53 Km). A maioria dos municípios conta com estradas em más condições de tráfego, à exceção de Nova Xavantina.

A Região possui 258 (duzentos e cinquenta e oito) leitos que corresponde a 3,56% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 9 (nove) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 126 (cento e vinte e seis) leitos (49%) e do Tipo 3, com 132 (cento e trinta e dois) leitos (51%) – Quadro 18.

Quadro 18 – Caracterização da Região Garças do Araguaia, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant.	Nº de leitos
508,17	117.776	Barra do Garças	Nova Xavantina	09	Araguaiana Campinápolis General Carneiro Novo São Joaquim Pontal do Araguaia Ponte Branca Ribeirãozinho Torixoréu	1 3	07 01	126 132

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados. Além disso, a UCT desta Região possui a peculiaridade de fornecer hemocomponentes para as Unidades de Saúde de Aragarças, município que pertence ao Estado de Goiás e faz fronteira com Barra do Garças/MT.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões de CH's, ambulatorial e hospitalar, foi de 1.103 (mil cento e três), o que corresponde a 4,3 transfusões/leito/ano. Levando em consideração que o parâmetro mínimo adotado é de 7 transfusões/leito/ano, fica claro que o cálculo de número de CH's necessários para o abastecimento da Região dever ser ajustado às necessidade reais.



Os dados de 2012 do HEMOPROD apresentam inconsistências. O número de bolsas coletadas é menor que o número de bolsas testadas. Os anos de 2013 e 2014 indicam respectivamente, uma perda de 10,5 e 8,5 bolsas/mês quando se compara o número de bolsas coletadas e testadas, fato que deve ser investigado para identificação e correção do problema.

A análise dos dados de produção, dos anos 2012, 2013 e 2014 como demonstra a Tabela 10, evidencia que houve um discreto decréscimo na inaptidão clínica (18,1%, 16,3% e 16,4%, respectivamente), entretanto pouca alteração em relação à inaptidão sorológica (9%, 9% e 8%), que continua elevada. Observa-se ainda alto percentual de descarte de CH's por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia que se manteve em 17% no período de 2012-2014, sugerindo necessidade de aperfeiçoamento nos processos de trabalho.

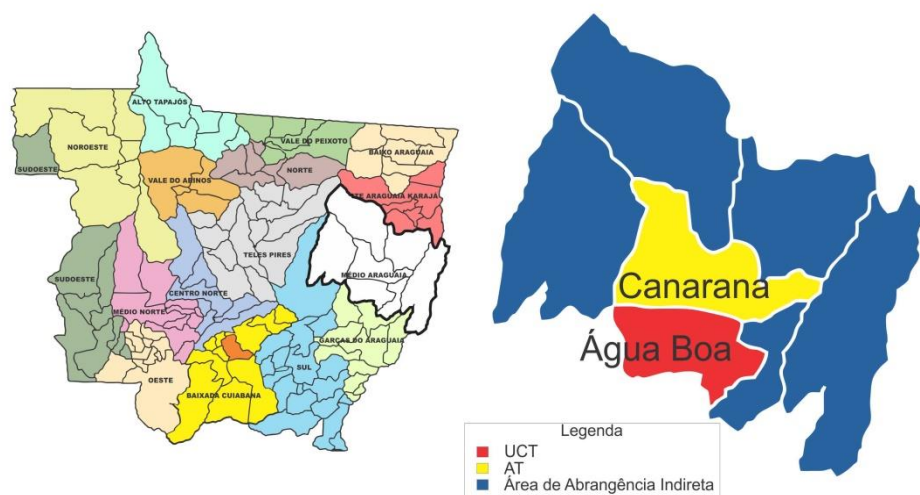
Tabela 10 - Produção hemoterápica da Região Garças do Araguaia,
Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	1294	1001	1032	93	901	160
2013	1542	1268	1142	104	1149	181
2014	1490	1235	1183	91	1103	187

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

8.2.6. Região Médio Araguaia

Figura 16 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Médio Araguaia/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Região possui Consórcio Intermunicipal, é composta por 8 (oito) municípios, dos quais 1 (um) deles, Cocalinho, não é integrante.

A UCT de Água Boa, município sede da Região de Saúde, localizada a 730,67 Km da Capital, atende 40 horas semanais, possui 3 (três) cadeiras de coleta de sangue e realiza coleta externa nos municípios da sua área de abrangência. Utiliza 8,26% da sua capacidade operacional de coleta e supre as necessidades transfusionais da Região. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de hemossedimentação e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (plasma comum e CH).

Possui registro de transfusão nos municípios de Água Boa, Canarana e Querência, sendo que este último não dispõe de AT.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região.

A Região possui 205 (duzentos e cinco) leitos que corresponde a 2,83% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 9 (nove) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar



compreende os do Tipo 1, com 101 (cento e um) leitos (49%) e do Tipo 2, com 104 (cento e quatro) leitos (51%) – Quadro 19.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

Quadro 19 – Caracterização da Região Médio Araguaia, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
730,67	89.288	Água Boa	Canarana	03	Bom Jesus do Araguaia			
					Cocalinho			
					Gaúcha do Norte	1	04	101
					Nova Nazaré	2	03	104
					Querência			
					Ribeirão			
					Cascalheira			

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, foi de 575 (quinhentas e setenta e cinco), o que corresponde a 2,8 transfusões/leito/ano, ficando bem abaixo do parâmetro estabelecido (7-10 transfusões leito/ano).

Observa-se que existe diferença entre o número de bolsas coletadas e testadas. As perdas das bolsas de sangue total nos anos de 2012, 2013 e 2014, foram respectivamente 6 (seis); 2 (dois) e 4 (quatro) bolsas/mês evidenciando aumento no custo de produção com necessidade de ações estratégicas para identificação e solução do problema.

A análise dos dados de produção dos anos 2012, 2013 e 2014, conforme apresentado na Tabela 11, demonstra que houve um decréscimo na inaptidão clínica (26,9%, 21,5% e 19,7%, respectivamente) e sorológica (12,1%, 7,3% e 4,6%, respectivamente) sugerindo tanto o aumento do número de doadores fidelizados quanto da qualidade da triagem clínica, que pode estar refletindo na diminuição da inaptidão sorológica. Os dados revelam ainda aumento significativo do percentual de descarte de CH por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia, sendo 29% em 2012,

33% em 2013 chegando a 40,3% em 2014, demonstrando claramente a necessidade de melhor controle e monitoramento do estoque.

Tabela 11 - Produção hemoterápica da Região Médio Araguaia,
Mato Grosso, 2012-2014.

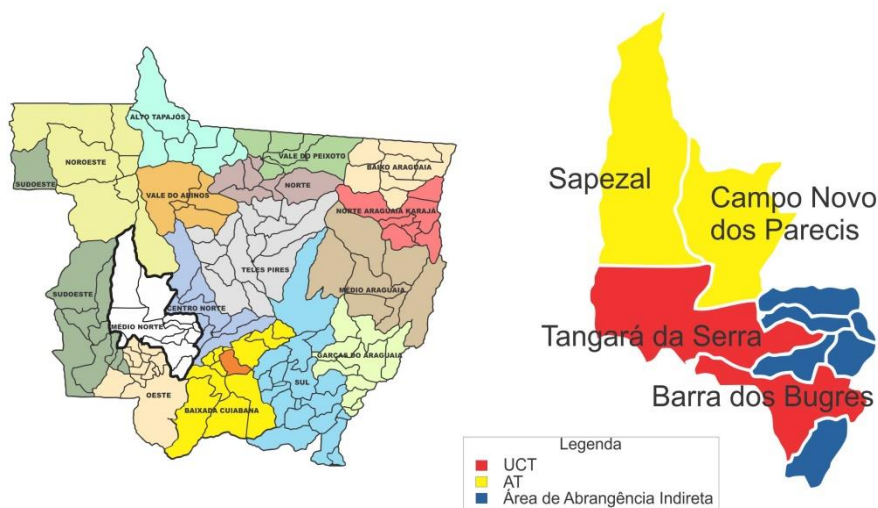
Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	1898	1370	1299	126	552	339
2013	1977	1531	1506	100	620	464
2014	1815	1431	1382	58	575	534

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.



8.2.7. Região Médio Norte

Figura 17 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Médio Norte/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Região possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os municípios inclusive Brasnorte, município que pertence à Região Noroeste. Esta Região conta com 2 (duas) UCT's e 2 (duas) AT's, conforme indica a figura acima.

A UCT de Tangará da Serra, localizada na sede da Região de Saúde, situada a 243,75 km da capital, atende 35 horas semanais, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue, realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência e utiliza 23,5% da sua capacidade operacional. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de centrífuga refrigerada e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes.

A UCT abastece as 2 (duas) AT's de sua área de abrangência e fornece hemocomponentes para a AT de Brasnorte que pertence à Região Noroeste. Atualmente, não supre as necessidades transfusionais da Região possuindo o HC como retaguarda, entretanto, ao analisar a série histórica, possui bom potencial de coleta.

A UCT de Barra do Bugres, localizada a 165,1 km da capital, atende 35 (trinta e cinco) horas semanais, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue, não realiza coleta externa e utiliza 2,5% da sua capacidade operacional. O fracionamento das bolsas de

sangue total é realizado por meio de hemossedimentação e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (plasma comum e CH).

Em 2012, 2013 e 2014, coletou respectivamente 27 (vinte e sete), 34 (trinta e quatro) e 23 (vinte e três) bolsas de sangue total/mês. Transfundi 14; 14 e 5,4 e descartou 10,5; 13 e 13 bolsas de CH's/mês respectivamente neste mesmo período. Este quantitativo de coleta inviabiliza a manutenção de uma UCT de acordo com os parâmetros estabelecidos para coleta na metodologia deste Plano Diretor (Souza, 2015).

Embora a UCT de Barra do Bugres não atenda nenhuma AT, não supre sua demanda e solicita hemocomponentes ao Hemocentro Coordenador.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região, que possui registro de transfusão nos municípios de Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Olímpia, Sapezal e Tangará da Serra.

A Região de Saúde possui 407 (quatrocentos e sete) leitos que corresponde a 5,64% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 11 (onze) Unidades Hospitalares de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 32 (trinta e dois) leitos (7,9%), do Tipo 2, com 267 (duzentos e sessenta e sete) leitos (65,6%) e do Tipo 3, com 108 (cento e oito) leitos (26,5%) - Quadro 20.

Quadro 20 – Caracterização da Regional de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
243,75	225.438	Barra do Bugres	Campo Novo dos Parecis	09	Denise	1	02	32
		Tangará da Serra	Sapezal		Nova Marilândia	2	07	267
					Nova Olímpia	3	03	108
					Porto Estrela			
					Santo Afonso			

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano



Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, foi de 2.021 (duas mil e vinte e uma), o que corresponde a 5 transfusões/leito/ano, ficando próximo do parâmetro estabelecido (7-10 transfusões leito/ano).

A UCT de Barra do Bugres apresentou no ano de 2013 perda de 1 (uma) bolsa de sangue total/mês, nos anos de 2012 e 2014 o número de bolsas testadas é maior do que o de bolsas coletadas, impossibilitando a análise.

A UCT de Tangará da Serra no ano de 2012 apresentou o número de bolsas testadas maior que o de coletadas e nos anos de 2013 e 2014 as perdas foram respectivamente de 5 (cinco) e 15 (quinze) bolsas de sangue total/mês, fato que deve ser investigado para identificação e correção do problema.

A análise dos dados de produção dos anos 2012, 2013 e 2014 demonstra que houve discreto aumento na inaptidão clínica (9,7%, 9,8% e 11,4%, respectivamente) e sorológica (9,5%, 7,9% e 10,2%) . Houve diminuição do percentual de descarte de CH's por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia no período avaliado (19,9% em 2012, 17,4% em 2013 e 15,5 em 2014), mas ainda mantendo quantidades elevadas – Tabela 12. Portanto, a Regional possui potencial para suprir a demanda desde que realize planejamento adequado das ações de coleta, distribuição e estoque de hemocomponentes.

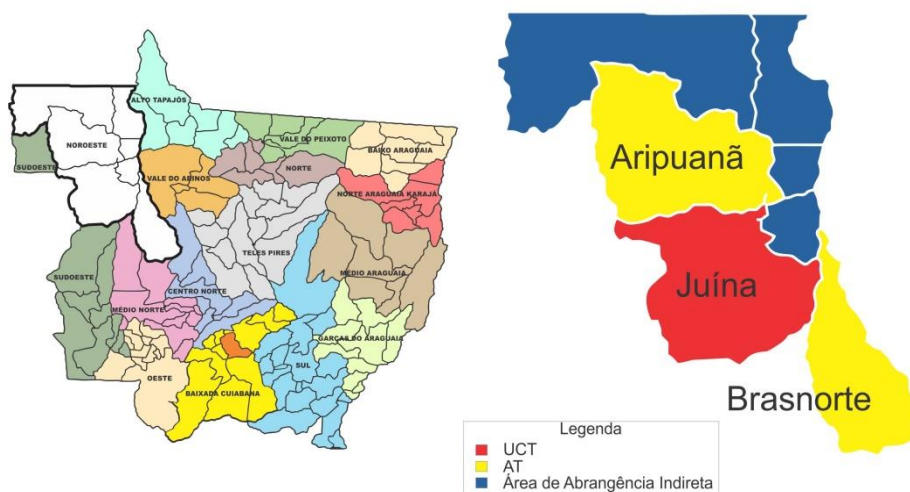
Tabela 12 - Produção hemoterápica da Regional de Tangará da Serra no período 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	3568	3220	2897	275	2150	523
2013	3586	3234	2768	221	1889	666
2014	3260	2886	2737	280	2353	382

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

8.2.8. Região Noroeste

Figura 18 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Noroeste/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Região conta com Consórcio Intermunicipal, entretanto o Município de Brasnorte faz parte do consórcio Médio Norte. Possui 1 (uma) UCT em Juína, sede da Região de Saúde e 2 (duas) AT's situadas nos municípios de Aripuanã e Brasnorte.

A UCT do município de Juína, localizada a 740,03 km de Cuiabá, atende 50 horas semanais, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue e não realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência. Utiliza 7,75% da sua capacidade operacional de coleta e não supre as necessidades transfusionais da Região. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de hemossedimentação e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (plasma comum e CH).

O HC tem complementado o abastecimento tanto da UCT de Juína quanto da AT de Aripuanã. A AT de Brasnorte é abastecida pela UCT de Tangará da Serra. Houve registro de transfusões em 7 (sete) AH's, inclusive nos municípios de Colniza e Cotriguaçu.

A AT de Brasnorte e o hospital municipal de Colniza registraram maior número de transfusões de CH desta Região. Apresentou descarte elevado de CH's por validade, parcialmente justificado pela malha viária deficitária, situação agravada no período



chuvoso tornando difícil a logística de distribuição de hemocomponentes por meio terrestre. Atualmente o transporte aéreo é realizado somente para o município de Colniza.

A Região possui 263 (duzentos e sessenta e três) leitos que corresponde a 3,6% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 11 (onze) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 228 (duzentos e vinte e oito) leitos (87%) e do Tipo 2, com 35 (trinta e cinco) leitos (13%) – Quadro 21.

Quadro 21 – Caracterização da Região Noroeste, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
740,03	148.536	Juína	Aripuanã Brasnorte	07	Castanheira	1	05	228
					Colniza Cotriguaçu Juruena	2	03	35

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões ambulatorial e hospitalar foi de 507 (quinhentas e sete), o que corresponde a 2 transfusões/leito/ano. Levando em consideração que o parâmetro mínimo adotado é de 7 transfusões/leito/ano, fica claro que o cálculo de número de CH's necessários para o abastecimento da Região dever ser ajustado às necessidade reais.

Os anos de 2012, 2013 e 2014 indicam respectivamente, uma perda de 1, 3,6 e 1,3 bolsas/mês quando se compara o número de bolsas coletadas e testadas. Embora estes números estejam baixos, o ideal é que não haja diferença entre estes números.

A análise dos dados de produção dos anos 2012, 2013 e 2014 apresentados na Tabela 13, demonstra que houve um aumento na inaptidão clínica (13,4%, 15% e 23,4%, respectivamente) e diminuição na inaptidão sorológica (10%, 9% e 8,5%) sugerindo aumento do número de doadores fidelizados e triagem clínica mais criteriosa. Observa-se um aumento crescente do percentual de descarte de CH's por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia nos anos de 2012 (45,3%), 2013 (62,3%) e 2014 (63,7%), necessitando melhor planejamento das atividades de captação, coleta e controle de estoque de acordo com a demanda.

Tabela 13 - Produção hemoterápica da Região Noroeste,
Mato Grosso, 2012-2014.

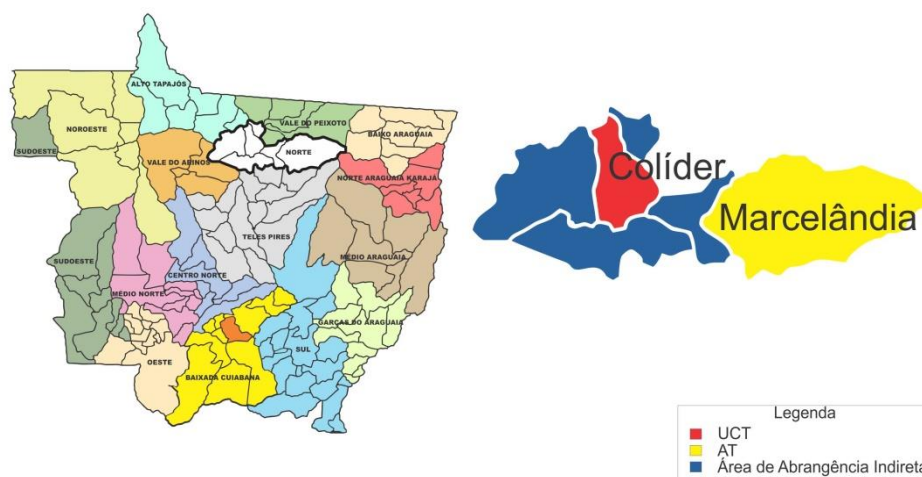
Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	1188	1029	1016	87	813	421
2013	1363	1159	1116	93	865	637
2014	1456	1115	1099	86	847	645

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.



8.2.9. Região Norte

Figura 19 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Norte/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

Esta Região de Saúde possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os municípios. Conta com uma UCT no Hospital Regional de Colíder, município sede da Região, que está localizada a 652,03 km da Capital. Atende 40 horas semanais, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue, realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência e utiliza 18% da sua capacidade operacional de coleta. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de hemossedimentação e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (plasma comum e CH).

Houve registros de transfusões nos municípios de Colíder e Marcelândia. Por questões de logística, a AT de Marcelândia recebe hemocomponentes da UCT de Sinop e as AT's da Região Vale do Peixoto são abastecidas pela UCT de Colíder.

A Região possui 171 (cento e setenta e um) leitos que corresponde a 2,36% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 6 (seis) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 49 (quarenta e nove) leitos (29%), do Tipo 2, com 32 (trinta e dois) leitos (19%) e do Tipo 3, com 90 (noventa) leitos (52%) – Quadro 22.

Quadro 22 – Caracterização da Região Norte, Mato Grosso, 2014*.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
652,03	189.827	Colíder	Marcelândia	02	Itaúba			
					Nova Canaã do Norte	1	02	49
					Nova Guarita	2	02	32
					Nova Santa Helena	3	01	90

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) UCT pública, gerenciada por uma OSS.

(**) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

Até julho de 2012, a Região realizava cobertura hemoterápica de 100% dos leitos SUS, privados e conveniados. Após esta data, com o gerenciamento da UCT por um banco de sangue privado, não recebemos os dados quanto à cobertura.

No ano de 2014, o total de transfusões ambulatorial e hospitalar da Região foi de 1.031 (um mil e trinta e uma), o que corresponde a 6 transfusões/leito/ano. Este número está muito próximo do parâmetro mínimo adotado que é de 7 transfusões/leito/ano.

Em agosto de 2012 o Hospital Regional de Colíder passou a ser administrado por uma OSS e esta quarteirizou para um banco de sangue privado o gerenciamento da UCT. Embora a Unidade continue a enviar mensalmente o Relatório de Produção Hemoterápica, estes não contemplam os números relativos à triagem sorológica e imunohematológica, como expõe os dados da Tabela 14. Tal situação inviabilizou a análise dos dados.



Tabela 14 - Produção hemoterápica da Região Norte*,
Mato Grosso, período 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH) ¹
2012	2227	1888	1170	82**	1007	263
2013	2133	1877	***	***	874	262
2014	2393	2110	***	***	1031	370

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

(*) UCT pública, gerenciada por OSS.

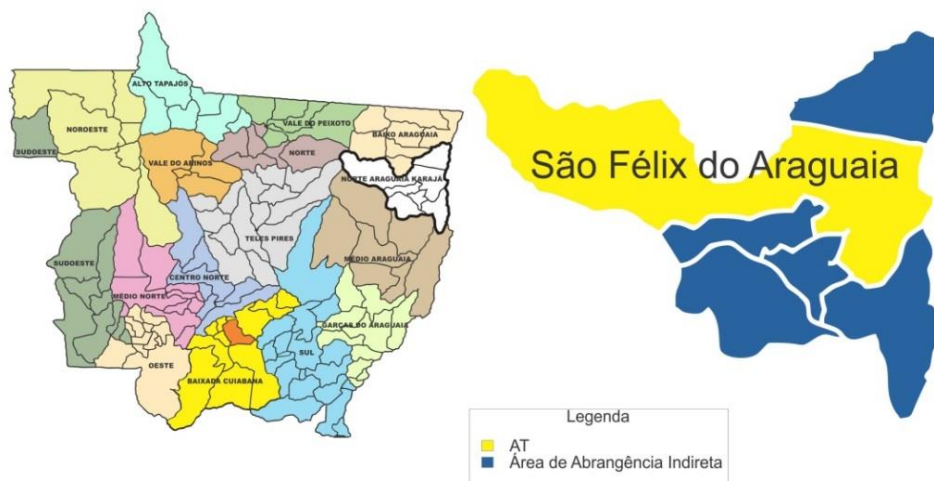
(**) Os dados são referentes ao período de janeiro a agosto/2012. A partir desta data a sorologia foi quarteirizada pela OSS para um banco de sangue privado.

(***) Dados não disponíveis.

(1) Soma da UCT de Colíder e AT de Marcelândia.

8.2.10. Região Norte Araguaia Karajá

Figura 20 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Norte Araguaia Karajá/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Região possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os municípios. A sede da Região fica em São Félix do Araguaia, localizada a 1.137,42 km da Capital. Não dispõe de UCT e sua AT é abastecida pela UCT de Porto Alegre do Norte situada a 250 km de distância, que mesmo sendo a mais próxima, possui estradas de leito natural e de difícil trafegabilidade, situação que se acentua em períodos chuvosos.

A Região de Saúde possui 40 (quarenta) leitos que corresponde a 0,55% do total de leitos do Estado – Quadro 23. Dispõe apenas do Hospital Regional do Araguaia, de natureza administrativa pública, nível de complexidade Tipo 2, coberto pela Hemorrede Pública. No ano de 2014, o hospital realizou 108 (cento e oito) transfusões com média de 2,7 transfusões/leito de CH's, ficando bem abaixo do parâmetro estabelecido (7-10 transfusões leito/ano).

Ao analisar os dados da Tabela de produção desta Região, observou-se diminuição considerável do descarte de CH's em relação ao número de transfusões, pois de acordo com os dados em 2012 o número de bolsas de CH's descartadas se equiparou ao número de bolsas transfundidas. No ano de 2013 a AT recebeu 170 CH's e transfundiu 106. O registro no HEMOPROD do descarte de CH por validade refere-se apenas ao mês de dezembro.



Quadro 23 – Caracterização da Região Norte Araguaia Karajá, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
1137,42	22.933	-	São Félix do Araguaia	-	Alto da Boa Vista Luciara Novo Santo Antônio Serra Dourada	2	01	40

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

Tabela 15 - Produção hemoterápica da Região Norte Araguaia Karajá, Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	-	-	-	-	66	56
2013	-	-	-	-	106	3*
2014	-	-	-	-	108	12

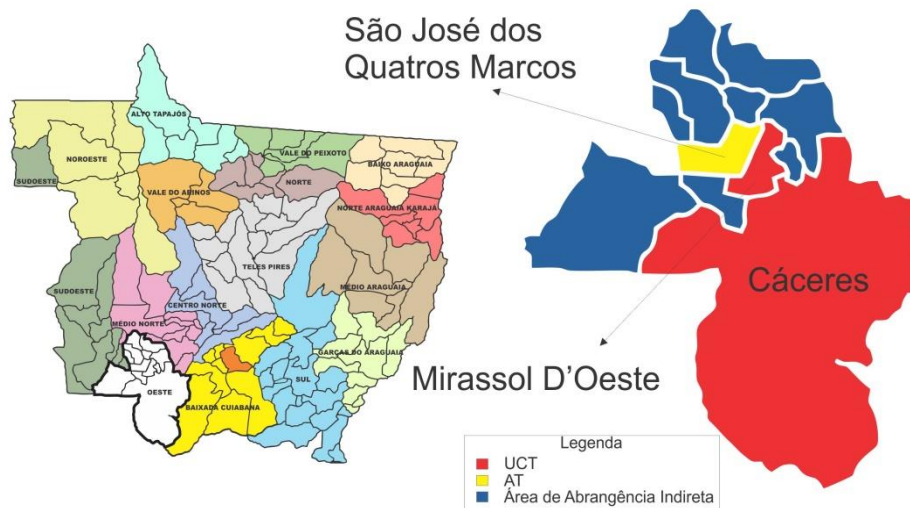
Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

(-) Não realiza coleta.

(*) Mês de dezembro.

8.2.11. Região Oeste

Figura 21 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Oeste/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Região possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os municípios. A sede da Região está localizada em Cáceres. Conta com 2 (duas) UCT's, uma em Cáceres e outra em Mirassol D'Oeste. Conta ainda com uma AT localizada no município de São José dos Quatros Marcos.

A UCT do Hospital Regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes, localizada a 218,19 km da capital, atende 40 horas semanais, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue, e não realiza coleta externa nos municípios da sua área de abrangência. Utiliza 15,63% da sua capacidade operacional de coleta e não supre as necessidades transfusionais da Região. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de hemossedimentação e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (plasma comum e CH).

Em 2012 o Hospital Regional de Cáceres e a UCT de Cáceres passaram a ser administrados por uma OSS, entretanto, os exames de triagem sorológica e imunohematológica continuaram a ser realizados pelo HC.

Esta UCT registrou 1.647 (mil, seiscentas e quarenta e sete) coletas em 2012, 1.795 (mil, setecentas e noventa e cinco) em 2013 e 1.979 (mil, novecentas e setenta e nove) em 2014. O número de coletas realizadas não atende a demanda do município, que conta com 1 (um) Hospital tipo 4 com 97 leitos e é referência em ortopedia na



Região. Ao analisar os dados de transfusão da UCT dos anos de 2012, com registro de 1.619 (mil, seiscentas e dezenove) transfusões, 2013 com 2.262 (duas mil e treze) transfusões e 2014 com 2.106 (duas mil, cento e seis) transfusões, fica evidente a necessidade de planejamento das coletas e controle de estoque para que a Unidade possa suprir a demanda, minimizar o descarte, colaborando assim para que o Hemorrede possa assumir novos leitos SUS.

A UCT de Mirassol D'Oeste, localizada a 293,39 km da capital e a 79,4 km de Cáceres, atende 40 horas semanais, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue, no entanto, realiza apenas duas coletas mensais em função da estrutura física. Utiliza 30,2% da sua capacidade operacional de coleta e abastece a AT de São José dos Quatro Marcos. Realizou 440 (quatrocentas e quarenta) coletas em 2012, 368 (trezentas e sessenta e oito) em 2013 e 316 (trezentas e dezesseis) em 2014. A análise dos dados de transfusão da UCT de Mirassol D'Oeste e da AT por ela abastecida demonstra que foram realizadas 433 (quatrocentas e trinta e três) transfusões em 2012, 383 (trezentas e oitenta e três) em 2013 e 169 (cento e sessenta e nove) em 2014, evidenciando que o número de coletas realizadas não atende a demanda posto que não foram consideradas as perdas por inaptidão sorológica e outros descartes. É necessário lembrar que a Regional de Cáceres possui ainda sete AH's, porém, apenas duas, localizadas nos municípios de Jauru e Araputanga, realizaram transfusões de CH's no ano de 2014, que no total somaram 96 (noventa e seis) transfusões no triênio considerado.

A Região possui 443 (quatrocentos e quarenta e três) leitos que corresponde a 6,11% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 8 (oito) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 208 (duzentos e oito) leitos (47%) e do Tipo 4, com 235 (duzentos e trinta e cinco) leitos (53%) – Quadro 24.

Do total de 443 (quatrocentos e quarenta e três) leitos da Região, 289 (duzentos e oitenta e nove), que equivale a 65%, são cobertos pela Hemorrede Pública e 154 (cento e cinquenta e quatro), ou seja, 35%, são cobertos por banco de sangue privado.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

Esta Região de Saúde possui registro de transfusão nos municípios de Araputanga (com acesso terrestre ruim), Cáceres, Mirassol D'Oeste e São José dos

Quatro Marcos. No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, foi de 2.303 (duas mil trezentas e três), o que corresponde a 5,2 transfusões/leito/ano. Levando em consideração que o parâmetro mínimo adotado é de 7 transfusões/leito/ano, fica claro que o cálculo de número de CH's necessários para o abastecimento da Região dever ser ajustado às necessidade reais.

A UCT de Cáceres apresentou respectivamente nos anos 2012, 2013 e 2014 perdas de 4,9; 3,9 e 2,6 bolsas de sangue total/mês e a UCT de Mirassol D'Oeste perdas de 2,25; 0,16 e 0,08. O ideal é que o número de bolsas testadas seja igual ao de bolsas coletadas.

A análise dos dados de produção, da Região dos anos 2012, 2013 e 2014 apresentados na Tabela 16, demonstra que a inaptidão clínica (17,5%, 16% e 17,5%, respectivamente) não apresentou alterações significativas, entretanto a triagem sorológica aponta um decréscimo acentuado na inaptidão (7%, 6,2% e 3,2%) sugerindo um aumento no número de doadores fidelizados. Os dados revelam ainda diminuição do percentual de descarte de CH's por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia nos anos de 2012, 2013 e 2014 (330 bolsas – 17,6%, 268 bolsas – 13,3% e 285 bolsas – 12,9%, respectivamente). Ao relacionar o número de bolsas coletadas, testadas, transfundidas e descartadas, fica evidente a necessidade de reorganização das coletas na Região e do controle de estoque para que as Unidades possam suprir sua demanda, tornando esporádica a necessidade do apoio do HC em relação ao estoque de CH's.

Quadro 24 – Caracterização da Região Oeste*, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
218,19	189.827	Cáceres Mirassol D' oeste	São José dos Quatro Marcos	07	Araputanga Curvelândia Glória D'Oeste Porto Esperidião Reserva do Cabaçal Rio Branco Salto do Céu	1 4	08 02	208 235

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) UCT pública, gerenciada por uma OSS.

(**) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.



**Tabela 16 - Produção hemoterápica da Região Oeste*,
Mato Grosso, 2012-2014.**

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)¹
2012	2635	2087	2001	128	2081	330
2013	2620	2163	2114	106	2700	268
2014	2806	2295	2264	60	2303	285

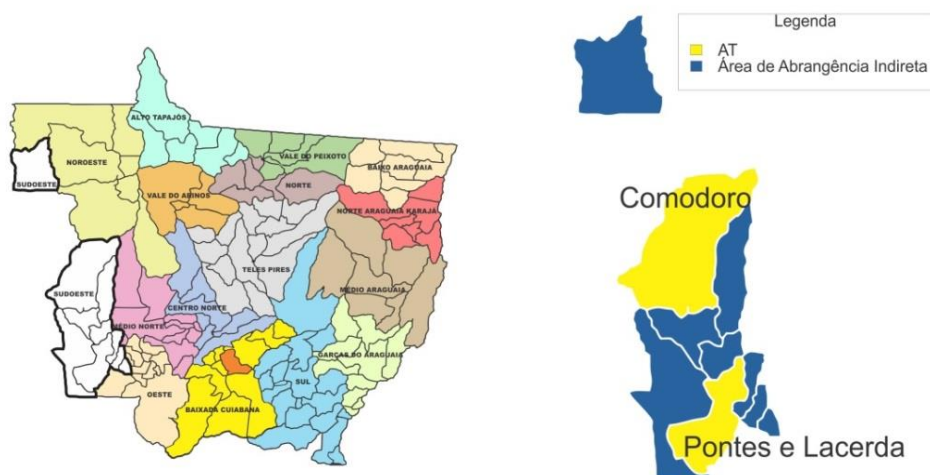
Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

(*) UCT pública, gerenciada por OSS.

(1) Soma das UCT's de Cáceres e Mirassol D'Oeste e AT de São José dos Quatro Marcos.

8.2.12. Região Sudoeste

Figura 22 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Sudoeste/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Região é formada por 10 (dez) municípios e apenas Rondolândia não participa do Consórcio Intermunicipal. A sede da Região Sudoeste fica no município de Pontes e Lacerda, localizado a 440,01 km da capital, não possui UCT e suas AT's são abastecidas pelo HC. A AT de Comodoro localizada a 638,3 km da capital apresenta uma peculiaridade, pois também recebe hemocomponentes de Vilhena (RO), que se localiza a 117 km da AT. Os municípios com registro de transfusão dessa Região são Comodoro e Pontes e Lacerda. Em 2014 houve registro de 04 (quatro) transfusões de CH em Jauru cujo fornecimento foi realizado pela UCT de Mirassol D'Oeste.

A Região de Saúde possui 163 (cento e sessenta e três) leitos que corresponde a 2,2% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 5 (cinco) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 38 (trinta e oito) leitos (23%) e do Tipo 2, com 125 (cento e vinte e cinco) leitos (77%) – Quadro 25.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região.



Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, somaram 130 (cento e trinta), que corresponde a 0,9 transfusões/leito/ano, ficando bem abaixo do parâmetro estabelecido (7-10 transfusões leito/ano).

Ao analisar os dados da Tabela de produção desta Regional no período 2012-2104 observa-se alto percentual de descarte de CH por validade, superando o número de transfusões realizadas e necessitando de intervenção imediata no controle de estoque.

Avaliando individualmente os dados do HEMOPROD, em relação ao número de CH's descartados por validade, conforme descrição na Tabela 17, observa-se que:

Em 2012, o total foi de 171 (cento e setenta e um) CH's – Comodoro 35 (trinta e cinco) e Pontes e Lacerda 136 (cento e trinta e seis);

Em 2013, o total foi de 155 (cento e cinquenta e cinco) CH's – Comodoro 17 (dezessete) e Pontes e Lacerda 138 (cento e trinta e oito) e,

Em 2014, o total foi de 151 (cento e cinquenta e um) CH's – Comodoro 24 (vinte e quatro) e Pontes e Lacerda 127 (cento e vinte e sete).

Quadro 25 – Caracterização da Região Sudoeste, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant.	Nº de leitos
440,01	112.822	-	Pontes e Lacerda Comodoro	-	Campos de Júlio Conquista D'Oeste Jaurú Nova Lacerda Rondolândia Vale do São Domingos Vila Bela Santíssima Trindade	1 2	01 03	38 125

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

(-) Não possui Unidade.

Tabela 17 - Produção hemoterápica da Região Sudoeste,
Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	-	-	-	-	126	171
2013	-	-	-	-	113	155
2014	-	-	-	-	125	151

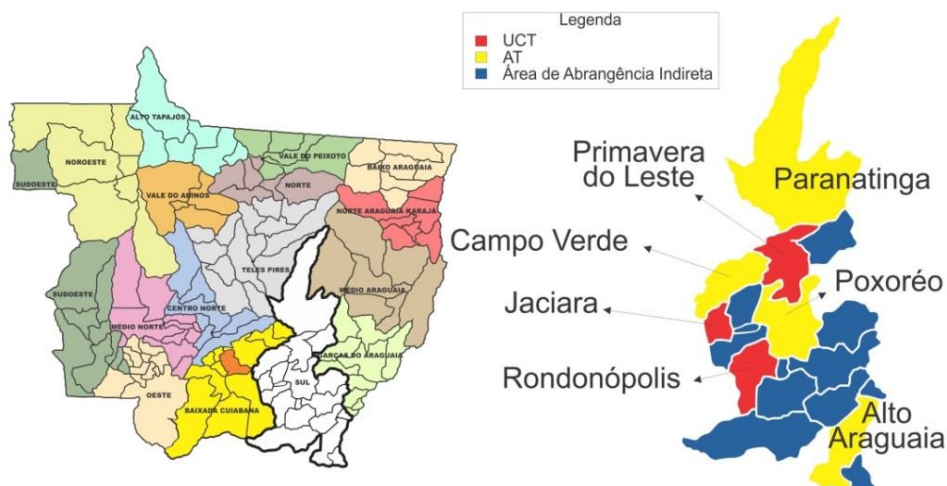
Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

(-) Não realiza coleta.



8.2.13. Região Sul

Figura 23 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Sul/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

Esta Região possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os seus municípios e sua Rede Hemoterápica é composta por três UCT's e cinco AT's conforme evidencia a Figura 23.

A UCT do Hospital Regional Irmã Elza Giovanella, localizada na sede da Região, no município de Rondonópolis a 217,17 km da capital, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue com atendimento de 60 horas semanais e realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência. Utiliza 20,47% da sua capacidade operacional. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de centrífuga refrigerada e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (PFC e CH).

Em 2012, o Hospital Regional de Rondonópolis passou a ser administrado por uma OSS assim como a UCT, entretanto os exames de triagem sorológica e imunohematológica continuam sendo realizados pelo Hemocentro que é o Coordenador da Hemorrede Pública.

A UCT Jaciara, localizada a 145,03 km de Cuiabá, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue com atendimento de 30 horas semanais e utiliza 4,72% da sua capacidade operacional de coleta. Nos anos de 2012, 2013 e 2014 coletou respectivamente 30 (trinta), 32 (trinta e duas) e 34 (trinta e quatro) bolsas de sangue/mês e transfundiu 23 (vinte e três), 20 (vinte) e 16 (dezesesseis) CH's/mês no mesmo período.

A média de coleta/dia em 2014 foi de 1,7 bolsas de sangue. Este quantitativo de coleta inviabiliza a manutenção de uma UCT de acordo com os parâmetros estabelecidos para coleta na metodologia deste Plano Diretor – *“os serviços de hemoterapia devem coletar no mínimo 10 bolsas/dia; < 10 bolsas/dia – programar coletas externas de um serviço de referência”* (Souza, 2015).

A UCT Primavera do Leste, localizada a 237,09 km da capital, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue com atendimento de 40 horas semanais, realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência e utiliza 15,73% da sua capacidade operacional. É responsável pelo abastecimento das AT's de Campo Verde, Poxoréo e Paranatinga – esta última está localizada a 143 km de Primavera com estradas em más condições de conservação, dificultando o transporte de hemocomponentes.

Esta Região de Saúde apresenta registro de transfusões na área de abrangência direta (municípios que possuem Unidades hemoterápicas) e indireta (Alto Araguaia, Alto Taquari, Campo Verde, Dom Aquino, Guiratinga, Itiquira, Jaciara, Juscimeira, Pedra Preta, Poxoréo, Rondonópolis e Tesouro).

A Região possui 1.082 (mil e oitenta e dois) leitos que corresponde a 14,92% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 25 (vinte e cinco) Unidades de naturezas administrativas pública e privada (Mato Grosso, 2013-2014). O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 384 (trezentos e oitenta e quatro) leitos (35,5%), do Tipo 2, com 361 (trezentos e sessenta e um) leitos (33,4%), do Tipo 3, com 40 (quarenta) leitos (3,7%), do Tipo 4, com 127 (cento e vinte e sete) leitos (11,7%) e do Tipo 5 com 170 leitos (15,7%) – Quadro 26.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014 foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, foi de 6.271 (seis mil duzentas e setenta e uma), o que corresponde a 5,8 transfusões/leito/ano. Apesar da Região contar com um hospital Regional com Nível 5 de complexidade, não alcança o parâmetro mínimo de transfusões adotado que é de 7 transfusões/leito/ano.

Do total de leitos da Região, a Hemorrede Pública realiza cobertura hemoterápica de 912 (novecentos e doze) leitos (84,3%) e o banco de sangue privado é responsável pela cobertura de 170 (cento e setenta) leitos, ou seja 15,7%.



Ao se comparar o número de bolsas coletadas e testadas por UCT, no período 2012-2014 não foi possível analisar os dados fornecidos pela UCT de Primavera do Leste por apresentar valores inconsistentes no HEMOPROD: o número de bolsas testadas foi maior que o número de bolsas coletadas, o que é um indicativo de que o preenchimento do Relatório de Produção Hemoterápica não está de acordo com o preconizado pela RDC 149 de 14/08/2001, ANVISA.

A UCT de Rondonópolis apresentou respectivamente nos anos 2012, 2013 e 2014 perdas de 16,3; 9,6 e 0,75 bolsas de sangue total/mês e a UCT de Jaciara perdas de 2,6; 0,3 e 1,3 no mesmo período, fato que deve ser investigado para identificação e correção do problema.

A análise dos dados de produção dos anos 2012, 2013 e 2014 conforme apontados na Tabela 18, demonstra que houve um decréscimo na inaptidão clínica (27,3%, 25,2% e 24,8%, respectivamente) e sorológica (6,6%, 5,1% e 3,8%,), sugerindo tanto o aumento do número de doadores fidelizados quanto da qualidade da triagem clínica, que pode estar refletindo na diminuição da inaptidão sorológica. Entretanto, os dados revelam alto percentual de descarte de CH's por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia, na série analisada de 2012, 2013 e 2014 (21,2%, 27,5% e 23,9%, respectivamente), implicando na necessidade de melhor controle de estoque.

Quadro 26 – Caracterização da Região Sul, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
217,17	485.804	Jaciara Primavera do Leste Rondonópolis	Alto Araguaia Campo Verde Paranatinga Poxoréu Rondonópolis (Hospital Regional)	15	Alto Garças Alto Taquari Araguainha Dom Aquino Guiratinga Itiquira Juscimeira Pedra Preta São José do Povo São Pedro da Cipa Santo Antônio do Leste Tesouro	1 2 3 4 5	16 10 01 01 01	384 361 40 127 170

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

Tabela 18 - Produção hemoterápica da Região Sul, Mato Grosso, período 2012-2014.

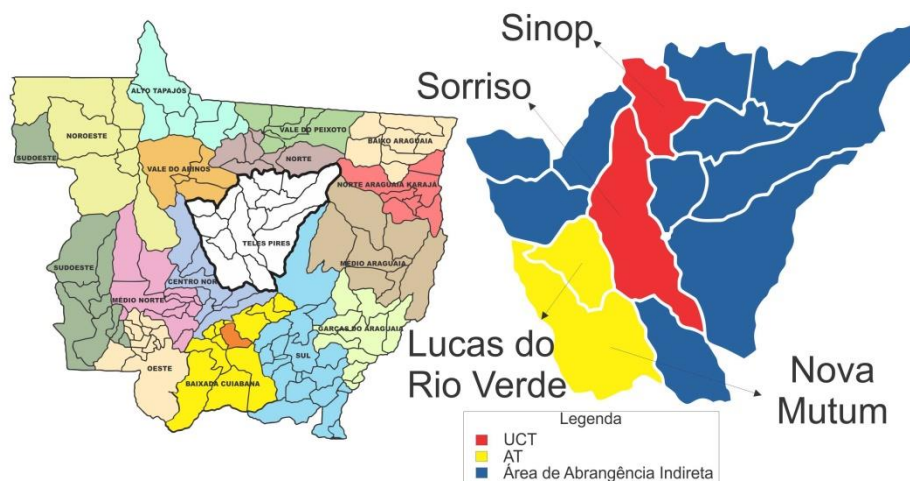
Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	9614	6989	6808	457	3181	1345
2013	8656	6475	6444	467	3026	1467
2014	8345	6485	6320	268	3013	1459

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012,2013 e 2014.



8.2.14. Região Teles Pires

Figura 24 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Teles Pires/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

Esta Região de Saúde possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os municípios, inclusive o município de Nova Maringá, pertencente à Região Centro Norte. A Rede Hemoterápica é composta por 2 (duas) UCT's e 2 (duas) AT's – Figura 24.

A UCT do Hospital Regional do município de Sinop, localizado a 494,13 km de Cuiabá. Possui 3 (três) cadeiras de coleta de sangue com atendimento de 30 horas semanais, realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência e utiliza 27% da sua capacidade operacional. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por meio de centrífuga refrigerada nas duas UCT's desta Região e ambas utilizam extrator manual para a separação dos hemocomponentes (PFC, CH). A UCT de Sinop produz também CP.

Nos anos de 2012, 2013 e 2014 coletou respectivamente 3.226 (três mil, duzentas e vinte e seis), 3.639 (três mil, seiscentas e trinta e nove), 3.508 (três mil, quinhentas e oito) bolsas de sangue total.

A UCT do Hospital Regional de Sorriso, município localizado a 397,6 km da capital, possui 2 (duas) cadeiras de coleta de sangue com atendimento de 40 horas semanais, utiliza 19,79% da sua capacidade operacional de coleta e realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência. Nos anos de 2012, 2013 e 2014 coletou respectivamente, 2.217 (duas mil, duzentas e dezessete), 2.216 (duas mil, duzentas e dezesseis) e 2.275 (duas mil, duzentas e setenta e cinco) bolsas de sangue total.

A Região possui Hospital de Alta Complexidade, com serviço de hematologia no município de Sinop e aumento gradual da demanda de uso de hemocomponentes, conforme demonstra a Tabela 19. Por motivo de logística, fornece hemocomponentes para a AT de Marcelândia que pertence à Região Norte (Colíder). Apresenta registro de transfusão nos municípios de Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Sinop e Sorriso.

Esta Região de Saúde possui 740 (setecentos e quarenta) leitos que corresponde a 10,2% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 14 (quatorze) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 151 (cento e cinquenta e um) leitos (20,4%), do Tipo 2, com 180 (cento e oitenta) leitos (24,3%) e do Tipo 4, com 409 (quatrocentos e nove) leitos (55,3%) – Quadro 27.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014, foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período e as Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, foi de 5.911 (cinco mil novecentas e onze), o que corresponde a 8 transfusões/leito/ano, ficando dentro do parâmetro estabelecido (7-10 transfusões leito/ano).

Ao se comparar o número de bolsas coletadas e testadas, não foi possível analisar os dados fornecidos pela UCT de Sinop por apresentar valores inconsistentes no HEMOPROD, nos anos 2012 e 2014: o número de bolsas testadas foi maior que o número de bolsas coletadas, o que é um indicativo de que o preenchimento do Relatório de Produção Hemoterápica não está de acordo com o preconizado pela RDC 149 de 14/08/2001, ANVISA.



A UCT de Sorriso apresentou respectivamente nos anos 2012, 2013 e 2014 perdas de 4,25; 2,2 e 0,8 bolsas de sangue total/mês. Estes números mostram que as perdas vêm decrescendo gradativamente, o que é um fator positivo, uma vez que o ideal é que o número de bolsas testadas seja igual ao de bolsas coletadas.

A análise dos dados de produção dos anos 2012, 2013 e 2014 apontados na Tabela 19 demonstra que não houve alteração significativa na inaptidão clínica (20,5%, 20,9% e 20,8%, respectivamente), entretanto houve decréscimo na inaptidão sorológica (8,3%, 7,4% e 6%), sugerindo o aumento do número de doadores fidelizados. O percentual de descarte de CH's em relação às bolsas liberadas pela sorologia nos anos de 2012, 2013 e 2014 foram respectivamente 7,1%, 5,5% e 6,2%. Contudo, o cálculo desses valores não levou em consideração o total de bolsas de CH's enviadas pelo HC para a Região de Saúde, que no ano de 2014 foi de 519 (quinhentas e dezenove) que equivale a uma média/mês de 43,25 CH's. Portanto, a Regional possui potencial para suprir a demanda desde que realize planejamento adequado das ações de coleta, distribuição e estoque.

Quadro 27 – Caracterização da Região Teles Pires, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
494,13	377.940	Sinop Sorriso	Lucas do Rio Verde Nova Mutum	08	Cláudia Feliz Natal Ipiranga do Norte Itanhangá Santa Carmem S. Rita do Trivelato Tapurah União do Sul Vera	1 2 4	07 03 03	151 180 409

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

Tabela 19 - Produção hemoterápica da Região Teles Pires,
Mato Grosso, período, 2012 – 2014.

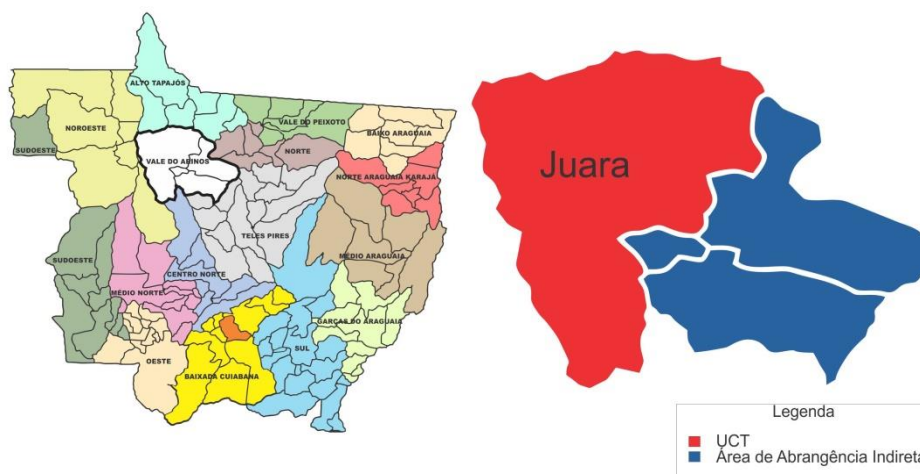
Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas*	Bolsas testadas*	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	6850	5443	5432	450	4415	353
2013	7404	5855	5762	430	4720	294
2014	7407	5783	5809	351	5575	340

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014 e *Relatório de produção de sorologia do HC.



8.2.15. Região Vale do Arinos

Figura 25 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Vale do Arinos/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

Esta Região de Saúde possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os seus municípios, exceto Tabaporã. As estradas entre Cuiabá e os municípios da Região estão em condições precárias dificultando o acesso.

A UCT do município de Juara, sede da Região, está localizada a 664,63 km de Cuiabá, atende 40 horas semanais, possui 1 (uma) cadeira de coleta de sangue e não realiza coleta externa nos municípios de sua área de abrangência. Utiliza 13% da sua capacidade operacional de coleta e não supre as necessidades transfusionais da Região que possui registro de transfusão nos municípios de Juara, Porto dos Gaúchos e Tabaporã. O fracionamento das bolsas de sangue total é realizado por centrífuga refrigerada e utiliza extrator manual para a separação dos hemocomponentes (PFC e CH).

A Região possui 160 (cento e sessenta) leitos que corresponde a 2,21% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 6 (seis) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende os do Tipo 1, com 9 (nove) leitos (5,6%), o do Tipo 2, com 88 (oitenta e oito) leitos (55%) e o do Tipo 3 com 63 (sessenta e três) leitos (39,4%) – Quadro 28.

Quadro 28 – Caracterização da Região Vale do Arinos, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant.	Nº de leitos
664,63	52.256	Juara	-	04	Novo Horizonte do Norte Porto dos Gaúchos Tabaporã	1	01	09
						2	03	88
						3	01	63

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região.

Para efeito do cálculo do consumo de CH's/leito/2014, foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período. As Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, foi de 432 (quatrocentas e trinta e duas) o que corresponde a 2,7 transfusões/leito/ano, ficando bem abaixo do parâmetro estabelecido (7-10 transfusões leito/ano).

Os anos de 2012, 2013 e 2014 indicam respectivamente, uma perda de 3,58; 2,16 e 0,4 bolsas/mês quando se compara o número de bolsas coletadas e testadas. Estes números mostram que as perdas vêm decrescendo gradativamente, o que é um fator positivo, uma vez que o ideal é que o número de bolsas testadas seja igual ao de bolsas coletadas.

A análise dos dados de produção da Tabela 20, nos anos 2012, 2013 e 2014 demonstra que houve aumento na inaptidão clínica (13,2%, 19% e 17,4%, respectivamente) e diminuição na inaptidão sorológica (8,7%, 5,9% e 4,4%, respectivamente) sugerindo uma triagem clínica mais criteriosa. A diferença entre o número de bolsas coletadas e testadas diminuiu no período considerado, o que é um fator positivo. Quanto ao percentual de descarte de CH por validade em relação às bolsas liberadas pela sorologia, houve considerável aumento em 2013 (38,2%) quando comparado a 2012 (32,2%), voltando a aumentar em 2014 (36,8%), porém mantendo sempre percentual muito alto, refletindo na necessidade de melhor controle de estoque.



O cálculo desses valores não levou em consideração o total de bolsas de CH's enviadas pelo HC para a Região de Saúde, que no ano de 2014 foi de 60 (sessenta) com média/mês de 5 CH's. Portanto, a Regional possui potencial para suprir a demanda desde que realize planejamento adequado das ações de coleta, distribuição e estoque.

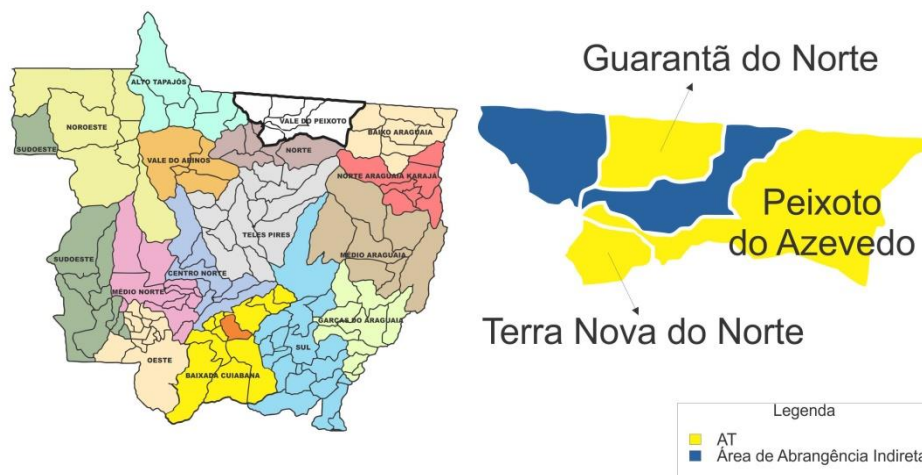
Tabela 20 - Produção hemoterápica da Região Vale do Arinos, Mato Grosso, período 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	735	638	595	45	440	177
2013	886	717	691	39	371	249
2014	877	724	719	32	411	253

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

8.2.16. Região Vale do Peixoto

Figura 26 – Localização das Unidades Hemoterápicas Públicas na Região Vale do Peixoto/MT, 2015.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

Esta Região de Saúde possui Consórcio Intermunicipal que abrange todos os seus municípios, exceto Guarantã do Norte. A sede da Região está localizada em Peixoto de Azevedo, a 690,15 km da Capital, não possui UCT e suas AT's são abastecidas pela UCT do Hospital Regional de Colíder, com retaguarda do HC. Os municípios com registro de transfusão no ano de 2014 são Guarantã do Norte e Terra Nova do Norte.

A Região possui 189 (cento e oitenta e nove) leitos que corresponde a 2,61% do total de leitos do Estado. A Rede hospitalar é composta por 5 (cinco) Unidades de naturezas administrativas pública e privada. O nível de complexidade da Rede hospitalar compreende apenas os do Tipo 2, com 189 (cento e oitenta e nove) leitos (100%) – Quadro 29.

O município de Peixoto de Azevedo, possui 1 (um) Hospital Municipal com 62 (sessenta e dois) leitos classificado como Tipo 2. A AT de Peixoto de Azevedo está interditada pela VISA/SES desde 2012, porém os relatórios de produção do HC, da UCT de Colíder e da AT de Guarantã Norte registram envio de CH's para Peixoto de Azevedo, nos anos de 2012 (34 – trinta e quatro CH's), 2013 (14 - quatorze CH's), 2014



(30 - trinta CH's), entretanto a Unidade não enviou relatórios de produção (HEMOPROD e Hemofluxo) neste período.

A Hemorrede Pública realiza 100% da cobertura transfusional dos leitos públicos, privados e conveniados desta Região.

Para efeito de cálculo do consumo de CH's/leito/2014, foram considerados apenas os hospitais com registro de transfusão no período e as Unidades de Saúde que realizaram transfusões ambulatoriais foram classificadas como hospital Tipo 1.

No ano de 2014, o total de transfusões, ambulatorial e hospitalar, foi de 326 (trezentas e vinte e seis), o que corresponde a 1,7 transfusões/leito/ano, número este que fica bem abaixo do parâmetro estabelecido (7-10 transfusões leito/ano).

Ao analisar a Tabela 21, observa-se elevado descarte por validade de CH quando comparado ao número de transfusões realizadas e, embora tenha ocorrido decréscimo no período 2012-2014, o descarte ainda é excessivamente alto e necessita de intervenção imediata no controle de estoque.

Avaliando individualmente os dados do HEMOPROD (2012-2014) das AT's desta Região, em relação ao número de CH's descartados por validade, nota-se que:

Em 2012, o total foi de 217 (duzentas e dezessete) CH's – Guarantã do Norte 96 (noventa e seis) e Terra Nova do Norte 121 (cento e vinte e uma);

Em 2013, o total foi de 121 (cento e vinte e uma) CH's – Guarantã do Norte 49 (quarenta e nove) e Terra Nova do Norte 72 (setenta e duas) e,

Em 2014, o total foi de 102 (cento e duas) CH's – Guarantã do Norte 61 (sessenta e uma) e Terra Nova do Norte 41 (quarenta e uma).

Quadro 29 – Caracterização da Região Vale do Peixoto, Mato Grosso, 2014.

Distância do HC (Km)	População (hab.)	Municípios de Abrangência Direta		Nº de AH	Municípios de abrangência indireta	Hospitais por Nível de complexidade		
		UCT (município)	AT (município)			Nível	Quant .	Nº de leitos
690,15	99.867	-	Guarantã do Norte Peixoto de Azevedo Terra Nova do Norte	-	Matupá Novo Mundo	2	06	189

Fontes: Distância – Guia Rodoviário Online, 2015; IBGE, 2010; Mato Grosso. SES MT - Informações Regionais de Saúde 2011-2012; Portaria nº 1.631/GM de 01/10/2015 (adaptado).

(*) Não foram considerados hospitais sem registro de transfusão; Unidades de saúde com registro de transfusão ambulatorial foram classificadas como nível de complexidade 1 para efeito de cálculo de bolsa/leito/ano.

Tabela 21 - Produção hemoterápica da Região Vale do Peixoto,
Mato Grosso, 2012-2014.

Ano	Candidatos à doação	Bolsas coletadas	Bolsas testadas	Bolsas positivas na triagem sorológica (CH)	Bolsas transfundidas (CH)	Bolsas descartadas por validade (CH)
2012	-	-	-	-	181	217
2013	-	-	-	-	265	121
2014	-	-	-	-	326	102

Fontes: HEMOPROD e HEMOFLUXO 2012, 2013 e 2014.

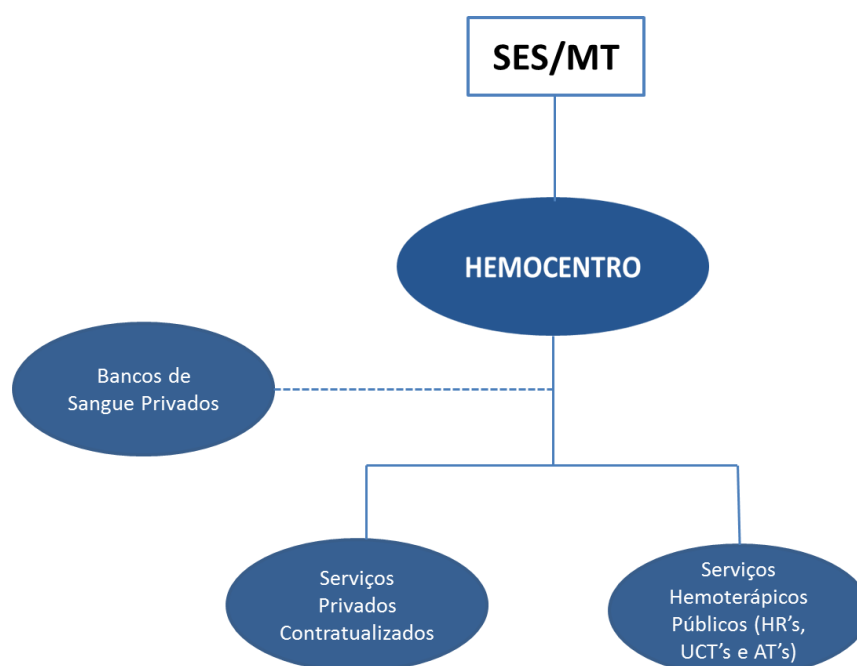
(-) Não realiza coleta.



9. PLANO DE METAS DA HEMORREDE DE MATO GROSSO QUADRIÊNIO 2016-2019

A partir do diagnóstico situacional de saúde do Estado e da Hemorrede Estadual, no período 2012-2014, foi projetado o Organograma da Rede Hemoterápica e definidas 13 (treze) diretrizes com objetivos e metas específicas para o desenvolvimento de ações voltadas à atenção hematológica e hemoterápica em Mato Grosso no quadriênio 2016-2019, conforme descrito a seguir.

Figura 27 – Projeção do Organograma da Hemorrede, segundo Plano Diretor, Mato Grosso, 2016-2019.



Fonte: IBGE, 2015 (adaptado).

A Figura 27 apresenta a projeção da estrutura da Rede Hemoterápica do Estado que se fundamenta na Lei 10.205 de 21 de março de 2001, Capítulo IV, da Direção e Gestão, Artigo 17 onde afirma que os Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio de suas Secretarias de Estado de Saúde ou equivalentes, coordenarão a execução das ações correspondentes do Sistema Nacional do Sangue (SINASAN) no seu âmbito de

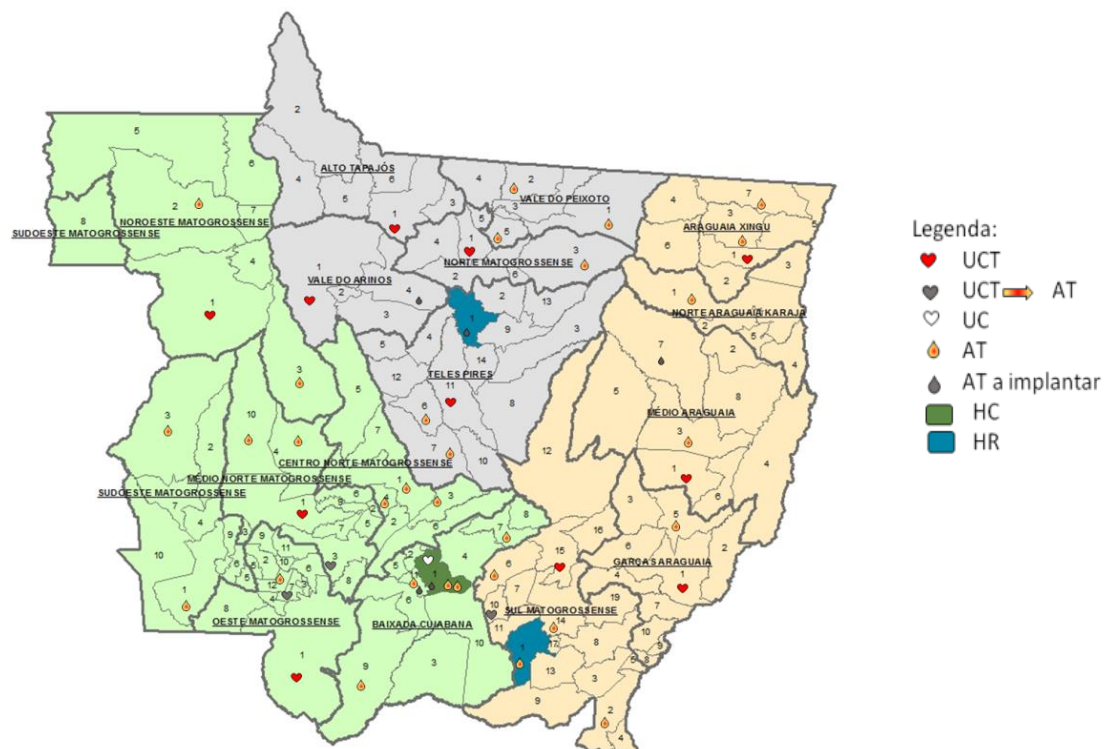
atuação, em articulação com o Ministério da Saúde. A Lei Complementar 180, de 13 de julho de 2004, que cria o Hemocentro do Estado de Mato Grosso no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde – SES estabelece em seu Art. 2º suas competências, dentre elas a de planejar, programar, supervisionar e coordenar as atividades de hemoterapia e hematologia em nível do Estado.

O Estado apresenta grande extensão territorial o que dificulta a logística, principalmente no que diz respeito ao transporte de hemocomponentes, conforme já descrito. Além disso, os serviços de Média e Alta Complexidade estão distribuídos de maneira desigual, concentrando-se acentuadamente nas Regiões da Baixada Cuiabana, Sul e Teles Pires. Essas prerrogativas demonstram a necessidade de reorganizar a Assistência Hemoterápica e Hematológica no Estado.

Os dados estudados e a análise situacional apontaram a necessidade de serviços de maior Nível de Complexidade em regiões estratégicas e alterações na tipologia dos serviços existentes. A proposta deste Plano Diretor é transformar as UCT's de Rondonópolis e Sinop em Hemocentros Regionais, as UCT's de Jaciara e Barra do Bugres em AT's e implantar AT's nos municípios de Querência e Tabaporã. Estas mudanças facilitarão o intercâmbio entre as Unidades, propiciando melhor distribuição de hemocomponentes, melhor controle de estoque, refletindo positivamente na qualidade dos produtos e processos de trabalho, além de minimizar os custos financeiros. O monitoramento da situação de saúde do Estado no que diz respeito à Complexidade da Rede e o uso de hemocomponentes deve ser constante para que a distribuição das Unidades Hemoterápicas esteja de acordo com a realidade, logo, o desenho da Rede deverá ser flexível e acompanhar as necessidades. A Figura 28 demonstra a projeção das alterações na Hemorrede Pública atual.



Figura 28 – Projeção da distribuição geográfica do redesenho da Hemorrede Pública, segundo Plano Diretor, Mato Grosso, 2016-2019.

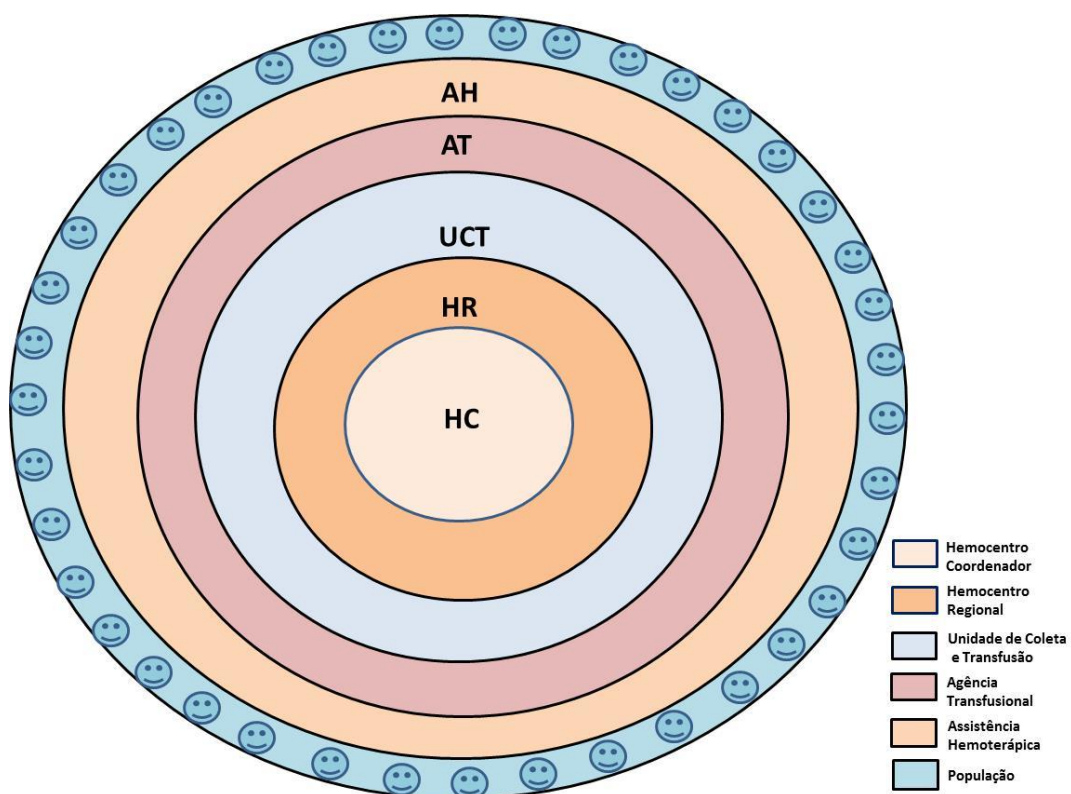


Quadro 30 – Projeção da distribuição das Unidades Hemoterápicas da Hemorrede Pública, segundo Plano Diretor, Mato Grosso, 2016-2019.

HEMOCENTRO COORDENADOR DE MATO GROSSO		
HEMOCENTRO COORDENADOR	HEMOCENTRO REGIONAL DE RONDONÓPOLIS	HEMOCENTRO REGIONAL DE SINOP

Região Baixada Cuiabana UC do PS Munic. Cuiabá AT do PS Munic. Cuiabá AT do HUJM AT do PS Munic. V. Grande AT de Poconé AT de Nova Brasilândia	Região Sul AT Hosp. Reg. Rondonópolis AT de Alto Araguaia AT de Jaciara UCT Primavera do Leste AT de Poxoréo AT Campo Verde	Região Teles Pires UCT Hosp. Reg. de Sorriso AT de Lucas do Rio Verde AT de Nova Mutum AT de Marcelândia Região de Alto Tapajós UCT Alta Floresta
Região Oeste UCT do Hosp. Reg. Cáceres AT de Mirassol D'Oeste AT de S. José Quatro Marcos Região Sudoeste AT de Pontes e Lacerda AT de Comodoro Região Centro Norte AT de Diamantino AT de Nobres Região Médio Norte UCT de Tangará da Serra AT de Barra dos Bugres AT de Campo Novo do Parecis AT de Sapezal Região Noroeste UCT Juína	Região Médio Araguaia UCT de Água Boa AT de Canarana AT de Querência Região Garças do Araguaia UCT de Barra do Garças AT de Nova Xavantina Região Baixo Araguaia UCT de Porto Alegre do Norte AT de Confresa AT de Vila Rica Região Norte Araguaia Karajás AT de São Félix do Araguaia	Região Norte UCT do Hosp. Reg. de Colíder Região Vale do Peixoto AT de Peixoto de Azevedo AT de Terra Nova do Norte AT de Guarantã do Norte Região Vale do Arinos UCT Juara AT de Tabaporã

Figura 29 - Representação gráfica da Hemorrede Pública segundo Níveis de Complexidade e Assistência Hemoterápica, Mato Grosso, 2016.



DIRETRIZ 1 – Organização da Hemorrede do Estado								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicadores de Avaliação
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Reorganizar a Hemorrede Pública de Mato Grosso	1 - Transformar: Duas UCT's (Sinop e Rondonópolis) em HR's; Duas UCT's (Barra do Bugre e Jaciara) em AT's e, 2 - Implantar duas AT's (municípios de Querência e Tabaporã)	Pactuação com gestores estadual e municipal; Elaboração de Convênio entre o MS e Estado para o financiamento	Elianne Curvo, Suely Araújo e Vilmar Pereira	20	40	60	100	Aprovação em CIB até o ano de 2016 e em CIR até o ano de 2017 e Convênios firmados até 2018
	1- Realizar Visita técnica (<i>in loco</i>) em 100% das Unidades públicas; 2- Receber 100% dos Relatórios de produção dos serviços públicos e privados; 3- Analisar 100% dos Relatórios recebidos (HEMOPROD e HEMOFLUXO)	Supervisão técnica das Unidades públicas por intermédio do PEQH; Qualificação dos dados de produção recebidos; Consolidação dos relatórios de produção de todas as Unidades (públicas e privadas) do Estado	Elianne Curvo, Suely Araújo, Vilmar Pereira e Equipe do PEQH	30	50	75	100	Percentual de serviços monitorados



DIRETRIZ 2 – Gestão de Recursos Humanos na Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador de Avaliação
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Qualificar os profissionais que atuam na Hemorrede Pública	Capacitar 100 % dos profissionais que ingressam na Hemorrede Pública	Capacitação em serviço no HC, <u>HR's</u> , <u>UCT's</u> e <u>AT's</u> ; Atualização dos profissionais que atuam na Hemorrede segundo o Programa de Educação Permanente do HC	Gislene Cristina Gaiva, Coordenadores das Unidades	70	80	90	100	Percentual de profissionais capacitados
Fomentar a atenção à Saúde do trabalhador da Hemorrede	Orientar 50% dos gestores municipais e estaduais	Sensibilização dos gestores e trabalhadores quanto à importância da implantação e/ou implementação do PCMSO, PPRA e CLST	SES/MT, <u>SMS's</u> , HC, <u>HR's</u> , <u>UCT's</u> e AT's	10	20	30	50	Percentual de gestores orientados
Adequar o número de funcionários e jornada de trabalho para atender a demanda	Manter quadro de funcionários necessários para atender a demanda em 50% das Unidades	Extensão do horário de funcionamento do HC; Solicitação aos gestores da necessidade de adequação do número de funcionários necessários para a manutenção das atividades	SES/MT, <u>SMS's</u> , HC, <u>HR's</u> , <u>UCT's</u> e AT's	10	20	30	50	Percentual das Unidades com número de funcionários adequados à jornada de trabalho

		de acordo com a legislação							
Reimplantar o serviço de Qualidade de vida no HC	Realizar 2 atividades anuais que proporcionem a socialização entre os servidores/ano	Busca de parcerias com instituições/profissionais nas áreas de educação física, terapia ocupacional, psicologia, pedagogia e fisioterapia; Realização de palestras, e oficinas para integração dos profissionais e; Realização de visitas aos funcionários afastados por motivo de saúde	Ana Maria Assumpção Pereira, Debma Regina Della Riva, Gislene Cristina Gaíva, Ana Marisa Soares	10	30	50	80	Número de eventos realizados/ano	

DIRETRIZ 3 – Implementação da assistência hematológica e hemoterápica no Estado									
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador de Avaliação	
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)		
Atender a demanda dos pacientes portadores de doenças hematológicas no HC	Atender 100% dos pacientes encaminhados via Sistema de Regulação (SISREG)	Implantação do SISREG no ambulatório do HC; Implantação de protocolos clínicos e padronização das condutas; Realização de exames diagnósticos e de acompanhamento; Realização de transfusões de hemocomponentes e infusão de medicamentos; Busca de parcerias com outros serviços e; Articulação da assistência aos pacientes com as Redes de Atenção (Primária Secundária e Terciária).	Suely Araújo Rosângela Carapeba e Evelyn Kelly	80	85	90	100	Percentual dos pacientes atendidos no HC	



Atender a demanda de hemocomponentes	Atender 100% das solicitações de hemocomponentes para transfusão (CH's, PFC's e CRIO's)	- Implantação de registro das solicitações e distribuições de hemocomponentes; - Monitoramento de estoque estratégico das AT's pelas UCT's de sua área de abrangência; - Monitoramento de estoque estratégico da Hemorrede pelo HC; - Distribuição de hemocomponentes às Unidades hemoterápicas e/ou AH's e; - Qualificação do transporte de hemocomponentes.	Setor de Produção e Estoque, Hemorrede (UCT's e AT's)	80	85	90	100	Percentual de cobertura de atendimento da necessidade de hemocomponentes no período considerado
	Atender 60% das solicitações de CP's para transfusão			50	55	60	60	
Realizar a cobertura transfusional no Estado	Manter 100% da cobertura transfusional atual dos leitos SUS	- Levantamento do número de leitos com e sem registro de transfusão do Estado; - Levantamento das Unidades hospitalares segundo Nível de Complexidade em relação ao consumo de CH's no Estado; - Levantamento do registro de transfusões por Unidade Hospitalar no Estado; - Levantamento do registro de transfusões ambulatoriais no Estado; - Monitoramento da cobertura transfusional no Estado (público e privado);	HC, HR's, UCT's e AT's	100	100	100	100	Percentual de leitos (públicos e privados) sem registro de transfusão
	Realizar a cobertura transfusional de 100% dos novos leitos SUS			Direção do HC, SES e SMS's	100	100	100	Percentual de leitos SUS cobertos pela Hemorrede Pública no período considerado

	credenciados							Percentual de leitos SUS cobertos pela Hemorrede privada no período considerado
	Retomar 100% dos leitos SUS das Regiões Norte e Alto Tapajós							Percentual de leitos privados cobertos pela Hemorrede Privada no período considerado
	Realizar 100% da cobertura dos leitos do Hospital Metropolitano de Várzea Grande - MT							Percentual de leitos privados cobertos pela Hemorrede Pública no período considerado
			Direção do HC e SES	-	100	100	100	
			Direção do HC e SES	-	-	100	100	

DIRETRIZ 4 – Implantação/implementação da Hemovigilância na Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador de Avaliação
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Instituir Comitês Transfusionais (CT) para ações em Hemovigilância	Implantar/implementar CT atuantes em 100% das Unidades hemoterápicas	Orientação quanto à implantação de CT nas Unidades hemoterápicas e Monitoramento da distribuição dos hemocomponentes para as AH's.	Responsável Técnico das Unidades	40	60	80	100	Percentual de CT's atuantes na Hemorrede Pública

DIRETRIZ 5 – Gestão de equipamentos da Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador de Avaliação
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Orientar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Equipamentos (PGE)	Orientar 100% das Unidades hemoterápicas quanto à elaboração do PGE	Elaboração do PGE; Contratação de serviços de terceiros; Monitoramento da manutenção corretiva e preventiva (equipamentos próprios, locados ou em comodato).	Amílido Lopes Mendes, Gláucia Regina Duarte, SES, SMS, HC, HR's, UCT's e AT's	10	20	30	40	Percentual de Unidades hemoterápicas públicas orientadas quanto ao PGE

DIRETRIZ 6 – Implementação/implantação do Gerenciamento dos Resíduos em Serviços de Saúde na Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador de Avaliação
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Orientar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS)	Orientar 100% das Unidades hemoterápicas quanto à elaboração do PGRSS	Mapeamento da situação dos resíduos; Elaboração do Plano de ação; Contratação de serviços de terceiros; Monitoramento da execução; Adequar a estrutura física da Central de Resíduos e do Abrigo Externo do Complexo da Prainha	Otto Ten Caten, Coordenadores das Unidades, SES, SMS, HC, HR's, UCT's e AT's	10	20	30	40	Percentual de Unidades da Hemorrede Pública orientada quanto à implantação do PGRSS

DIRETRIZ 7. Reestruturação da rede Tecnológica da Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicadores de Avaliação
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Adequar a rede tecnológica para implantação do Hemovida na Hemorrede	Implantar o sistema Hemovida em 100% das Unidades hemoterápicas	Elaboração de projeto para aquisição de equipamentos (MS/SES-MT); Elaboração de TR; Acompanhamento do processo licitatório;	Elianne Curvo, TI da SES e CPD do HC	10	20	30	50	Percentual de informatização dos serviços públicos de Hemoterapia
Informatizar o Ambulatório do HC	Informatizar 100% do Ambulatório do HC	Aquisição de programa de informática e equipamentos	Elianne Curvo, TI da SES e CPD do HC	10	20	30	50	



DIRETRIZ 8 – Implementação da Doação de Sangue e Medula Óssea na Hemorrede Pública									
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicadores de Avaliação	
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)		
Ampliar o número de doadores de sangue	Conhecer o número de leitos SUS por Região de Saúde existentes na rede hospitalar do Estado de Mato Grosso	Realizar o levantamento de 100% dos leitos SUS da rede hospitalar	Solicitação junto à COGIS/SES o número de leitos hospitalares SUS e não SUS existentes no Estado; Solicitação junto às UCT's do levantamento de leitos hospitalares SUS e não SUS de sua área de abrangência;	Silvana Kruger e Vilmar Alves	100	100	100	100	Percentual de leitos SUS existentes no Estado por Região de Saúde
	Ampliar o percentual de doadores de sangue priorizando o sistema ABO/Rh negativos na Hemorrede e fenótipos raros	Realização de campanhas priorizando o sistema ABO/Rh negativos e fenótipos raros; Adequar a coleta interna e externa às necessidades da população	Patricia Aquino, Eliene Figueiredo de Arruda e, Magda Matos Maria Emilia Montanha		10	20	30	40	Percentual de doações em relação à população geral no período considerado
	Alcançar a taxa de 90% de doações espontâneas nas Unidades da Hemorrede	Aprimoramento das atividades de captação realizadas (palestras educativas de sensibilização e implantação e/ou continuidade dos projetos existentes); Convocação de doadores para manutenção do estoque estratégico de aféreses não	Patricia Aquino, Eliene Figueiredo de Arruda, Magda Matos e Maria Emilia		70	75	80	90	Percentual de Doação Espontânea no período considerado

	terapêuticas, ABO/Rh negativos e fenotipados e, Qualificação dos registros quanto ao tipo de doação.	Montanha					
	Ampliar para 75% o percentual de doadores de repetição nas Unidades da Hemorrede	Treinamento dos trabalhadores que atuam no ciclo do sangue para qualificação dos processos de trabalho tendo como alvo a humanização do atendimento do doador na Hemorrede e, Sensibilização dos doadores de 1ª vez realizada pela equipe que atua no ciclo do sangue.	Patrícia Aquino, Eliene Figueiredo de Arruda, Magda Matos e Maria Emília Montanha	60	65	70	75
	Manter no mínimo em 30% o percentual de candidatas à doação (gênero feminino) nas Unidades da Hemorrede	Realização de campanhas direcionadas às doações do gênero feminino e, Sensibilização dos doadores de 1ª vez realizada pela equipe que atua no ciclo do sangue.	Patrícia Aquino, Eliene Arruda, Magda Matos e Mª Emília Montanha	30	30	30	30
	Manter no mínimo em 30% o percentual o percentual de doações de jovens (18-29 anos)	Realização de campanhas direcionadas as doações de jovens (18-29 anos);	Patrícia Aquino, Eliene Figueiredo de Arruda, Magda Matos e Maria Emília Montanha	30	30	30	30
							Percentual de Doadores de Repetição no período considerado
							Percentual de candidatas à doação (gênero feminino) no período considerado
							Percentual de doação de jovens (18-29 anos) no período considerado



	Atingir a taxa de 19% a 20% de inaptidão clínica nas doações de sangue da Hemorrede	Fidelização de doadores; Avaliação da taxa e causas de inaptidão das coletas externas realizadas; Padronização da conduta dos profissionais que atuam na triagem clínica quanto aos critérios estabelecidos pela legislação;	Patrícia Aquino, Elione Figueiredo de Arruda, Magda Matos e Maria Emília Montanha	21,8	21,2	20,6	20	Percentual de Inaptidão Clínica no período considerado
	Atingir a taxa de 3% a 5% de inaptidão sorológica nas doações de sangue da Hemorrede	Análise prévia e monitoramento das coletas externas por meio de indicadores; Padronização da conduta dos profissionais que atuam na triagem clínica quanto aos critérios estabelecidos pela legislação; Mini palestras de conscientização aos candidatos à doação de sangue	Patrícia Aquino, Elione Figueiredo de Arruda, Magda Matos e Maria Emília Montanha	6,8	6,2	5,6	5	Percentual de Inaptidão Sorológica no período considerado
Ampliar o cadastro de Medula Óssea (MO) priorizando a variabilidade genotípica	Ampliar o cadastro de MO priorizando a variabilidade genotípica de acordo com teto estabelecido pelo INCA	Levantamento junto ao INCA das populações com menor percentual de representatividade no REDOME e Divulgação e esclarecimento à população quanto ao cadastro.	Heloise Angélica Amorim e Responsável pela UCT parceira	80	90	100	100	Percentual de cadastros de doadores de MO/ano



DIRETRIZ 9 – Gerenciamento de hemocomponentes e hemoderivados na Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador de Avaliação
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Implementar a produção de hemocomponentes	Implantar a produção de CP's em 4 Unidades (HR's e UCT's)	Pactuação com gestor para otimização do transporte de amostras; Aquisição de equipamentos e insumos e, Capacitação das equipes	UCT's, HR's e HC.	17	34	50	100	Número de Unidades que produzem CP's
Monitorar estoque de hemocomponentes	Controlar 100% do estoque de hemocomponentes das Unidades Diminuir o descarte de CH por validade tendo por base a média de descarte da Hemorrede	Estabelecimento do estoque estratégico por Unidade; Envio diário ao HC do estoque de hemocomponentes liberado e, Estabelecimento de estratégias de logística entre as Unidades para minimização do descarte.	Mariana Wolf, Vilmar Pereira AT's, UCT's, HR's e HC.	10	40	70	100	Percentual de Unidades com controle de estoque de hemocomponentes Percentual de descarte por validade de bolsas de CH's liberadas para uso por serviço de hemoterapia (HC, HR's, UCT's e AT's)
Realizar o controle de qualidade interno e externo dos hemocomponentes produzidos	100% das Unidades com controle de qualidade implantado	Capacitação de profissionais da Hemorrede para a implantação do controle de qualidade; Validação dos reagentes utilizados, lote a lote;	UCT's, HR's e HC.	25	40	70	100	Percentual de Unidades públicas com controle de qualidade interno



Coordenar o estoque e distribuição de hemoderivados	Monitorar 100% do estoque de hemoderivados	Realização do controle interno diário dos equipamentos; Realização dos exames laboratoriais de qualificação dos hemocomponentes produzidos e, participação no Programa Nacional de Qualidade em sorologia, imunohematologia e hemocomponentes	Meire Maria Vieira da Costa, Mariana Lúcia Pinheiro Peres, Evelyn Kelly das Neves e Mariana Wolf	30	60	90	100	Percentual de hemoderivados distribuídos pelo HC
								Percentual de Unidades públicas com controle de qualidade externo implantado

DIRETRIZ 10 – Gestão da Qualidade na Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Implementar o Núcleo da Qualidade no HC	Padronizar 50% documentos e processos de trabalho	Elaboração de projeto para implantação da pesquisa de satisfação do cliente interno; Implantação da pesquisa de satisfação do cliente interno; Manutenção da pesquisa de satisfação do cliente externo; Acompanhamento do Convênio do MS relativo à contratação de consultoria organizacional e de certificação para qualificação dos serviços de hemoterapia e hematologia e, Sensibilização dos gestores e profissionais da Hemorrede sobre a importância da gestão da qualidade.	Alzira Saldanha, Rita Gomes Bezerra, Rosângela Carapeba e Vilmar Pereira	10	30	40	50	Percentual de POP's e formulários padronizados % de satisfação de clientes internos no HC no período considerado % de satisfação de pacientes ambulatoriais no HC (Questionário de Satisfação) no período considerado % de satisfação do doador no HC (Questionário de Satisfação) no período considerado



DIRETRIZ 11 – Reestruturação das instalações da Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Reformar a estrutura física do HC	Executar 100% do projeto arquitetônico aprovado	Aprovação do projeto arquitetônico pelo Corpo de Bombeiros; Solicitação à Coordenadoria de Obras da SES para elaboração do Termo de Referência do processo licitatório para execução da reforma	Elianne Curvo, Suely Araújo e SES/MT	10	20	50	100	Percentual de execução do projeto arquitetônico realizado
Renovar a rede de frio da Hemorrede	Adequar 80% da rede de frio da Hemorrede Elaborar, aprovar e executar o projeto para instalação de 4 câmaras frias no HC	Aquisição de equipamentos por meio de convenio com o MS; Elaboração de projeto e instalação de quatro câmaras frias no HC;	MS, SES/MT, Elianne Curvo e Suely Araújo	10	20	50	100	Percentual de Unidades hemoterápicas que receberam equipamentos de refrigeração

DIRETRIZ 12 – Atividades administrativas na Hemorrede Pública								
Objetivo	Metas	Ações	Responsável/ Participantes	Prazo				Indicador
				2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	
Manter em funcionamento e com abastecimento regular o HC	Adquirir 100% dos materiais de consumo	Solicitação de processos licitatórios por meio de Memorandos e TR's encaminhados à SUAD/SES para o HC e, Acompanhamento do processo licitatório	José Neto da Luz, Rogério Peres Bandeira, Cleuza Maria dos Santos e Antônio Albino da Silva	100	100	100	100	Percentual das solicitações atendidas/processos licitatórios demandados
	Contratar 100% serviços terceirizados necessários ao funcionamento do HC (limpeza, vigilância, laboratório para exames complementares, lavanderia, gases medicinais, refrigeração, manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, transporte, tratamento e descarte final de resíduos, etc).							



10.MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DIRETOR

O monitoramento do Plano Diretor será acompanhado por intermédio de indicadores de avaliação, conforme listado no Quadro 31.

Quadro 31 - Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Plano Diretor,
Mato Grosso, 2016-2019.

INDICADORES	FÓRMULA DE CÁLCULO
1. % de Doações em relação à população geral no período considerado	$\frac{\text{Nº de candidatos à doação} \times 100}{\text{População Geral}}$
2. % de Doação Espontânea no período considerado	$\frac{\text{Nº de doações espontâneas} \times 100}{\text{Nº Total de doações}}$
3. % de Doadores de Repetição no período considerado	$\frac{\text{Nº de doadores de repetição} \times 100}{\text{Nº Total de doadores}}$
4. % de doação do gênero feminino no período considerado	$\frac{\text{Nº de doadores do gênero feminino} \times 100}{\text{Nº Total de doadores}}$
5.% de doação de jovens (18-29 anos) no período considerado	$\frac{\text{Nº de doadores com idade 18-29 anos} \times 100}{\text{Nº Total de doadores}}$
6. % de Inaptidão Clínica no período considerado	$\frac{\text{Nº de candidatos inaptos à doação na triagem clínica} \times 100}{\text{Nº Total de candidatos à doação}}$
7. % de Inaptidão Sorológica no período considerado	$\frac{\text{Nº de amostras sorológicas reagentes no ano} \times 100}{\text{Nº Total de amostras de sangue triadas}}$
8. % de descarte por validade de bolsas de CH's liberadas para uso por Serviço de Hemoterapia (HC, HR's, UCT's e AT's)	$\frac{\text{Nº de bolsas de CH's descartadas por validade} \times 100}{\text{Nº Total de bolsas de CH's liberadas}}$
9. % de cobertura de atendimento da necessidade de hemocomponentes no período considerado	$\frac{\text{Nº de hemocomponentes transfundidos} \times 100}{\text{Nº de hemocomponentes solicitados para transfusão}}$

10. % de leitos públicos e privados sem registro de transfusão no período considerado	$\frac{\text{Nº de leitos públicos e privados sem registro de transfusão} \times 100}{\text{Nº Total de leitos públicos e privados em determinado local}}$
11.% de cobertura transfusional dos leitos SUS pela Hemorrede Pública no período considerado	$\frac{\text{Nº de leitos SUS cobertos pela Hemorrede Pública} \times 100}{\text{Nº Total de leitos SUS em determinado local}}$
13. % de cobertura transfusional dos leitos SUS pela Hemorrede Privada no período considerado	$\frac{\text{Nº de leitos SUS cobertos pela Hemorrede Privada} \times 100}{\text{Nº Total de leitos SUS em determinado local}}$
12.% de cobertura transfusional dos leitos privados cobertos pela Hemorrede Privada no período considerado	$\frac{\text{Nº de leitos privados cobertos pela Hemorrede Privada} \times 100}{\text{Nº Total de leitos privados em determinado local}}$
12.% de cobertura transfusional dos leitos privados cobertos pela Hemorrede Pública no período considerado	$\frac{\text{Nº de leitos privados cobertos pela Hemorrede Pública} \times 100}{\text{Nº Total de leitos privados em determinado local}}$
13.% de Serviços de Hemoterapia que possuem PAEQ em Imunohematologia (IH)	$\frac{\text{Nº de Serviços de Hemoterapia com PAEQ em IH} \times 100}{\text{Nº Total de Serviços de Hemoterapia}}$
14.% de Serviços de Hemoterapia (HC, HR's, UCT's e AT's) que possuem 100% de concordância em IH	$\frac{\text{Nº de Serviços de Hemoterapia com 100\% de concordância em IH} \times 100}{\text{Nº Total de Serviços de Hemoterapia}}$
15.% de Serviços de Hemoterapia (HC, HR's e UCT's) que possuem controle de qualidade interno dos hemocomponentes produzidos	$\frac{\text{Nº de Serviços com controle de qualidade interno} \times 100}{\text{Nº Total de Serviços de Hemoterapia}}$
16.% de satisfação do doador no HC (Questionário de Satisfação) no período considerado	$\frac{\text{Nº de pesquisa com conceito (Bom + Ótimo)} \times 100}{\text{Nº Total de pesquisas aplicadas}}$
17.% de satisfação de pacientes ambulatoriais no HC (Questionário de Satisfação) no período considerado	$\frac{\text{Nº de pesquisa com conceito (Bom + Ótimo)} \times 100}{\text{Nº Total de pesquisas aplicadas}}$



18.% de profissionais que ingressaram na Hemorrede Pública e foram capacitados no HC	$\frac{\text{Nº de profissionais que ingressaram no serviço e que foram capacitados} \times 100}{\text{Nº de total de solicitações de capacitação de novos profissionais}}$
19.% de Comitês Transfusionais atuantes na Hemorrede Pública	$\frac{\text{Nº de Comitês Transfusionais atuantes} \times 100}{\text{Nº Total Unidades com Comitê Transfusional}}$
20.% de Unidades da Hemorrede Pública orientadas quanto à implantação do PGRSS	$\frac{\text{Nº de Unidades orientadas quanto ao PGRSS} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades}}$
21 . % serviços hemoterápico público e privado monitorados por meio de Relatórios de produção	$\frac{\text{Nº de relatórios de produção recebidos} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades hemoterápicas existentes}}$
22. % de Unidades Hemoterápicas com Supervisão Técnica realizada	$\frac{\text{Nº de Unidades Hemoterápicas supervisionadas no período} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades Hemoterápicas}}$
23. % de Informatização dos Serviços públicos de Hemoterapia (HC, HR's, UCT's e AT's)	$\frac{\text{Nº de Serviços de Hemoterapia informatizados} \times 100}{\text{Nº Total de Serviços de Hemoterapia}}$
24. % de processos licitatórios executados no período considerado	$\frac{\text{Nº de processos licitatórios executados} \times 100}{\text{Nº Total de processos licitatórios demandados}}$
25. % dos pacientes atendidos no HC	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos} \times 100}{\text{Nº Total de pacientes encaminhados}}$
26.% de Unidades hemoterápicas públicas orientadas quanto ao PGE	$\frac{\text{Nº de Unidades orientadas quanto ao PGE} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades}}$
27.% de cadastros de doadores de M.O/ano	$\frac{\text{Nº de de cadastros realizados/ano} \times 100}{\text{Nº Total de cadastros de M.O fixado pelo INCA}}$
28.% de Unidades públicas com controle de qualidade interno implantado	$\frac{\text{Nº de Unidades públicas com controle de qualidade interno implantado} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades públicas}}$
29.% de Unidades públicas com controle de qualidade externo implantado	$\frac{\text{Nº de Unidades públicas com controle de qualidade externo implantado} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades públicas}}$

30.% de Unidades públicas com controle de estoque de hemocomponentes	$\frac{\text{Nº de Unidades que realizam controle de estoque} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades existentes}}$
31 – % de hemoderivados distribuídos pelo HC	$\frac{\text{Nº de hemoderivados distribuídos pelo HC} \times 100}{\text{Nº Total de hemoderivados recebidos do MS no mesmo período}}$
32 – % de POP's e formulários padronizados no HC	$\frac{\text{Nº de Pop's ou formulários padronizados} \times 100}{\text{Nº Total de Pop's ou formulários utilizados}}$
33 – % de execução do projeto arquitetônico realizado	*
34 – % de Unidades hemoterápicas que receberam equipamentos de refrigeração	$\frac{\text{Nº de Unidades que receberam equipamentos de refrigeração} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades}}$
35 - % de gestores orientados em relação à saúde do trabalhador	$\frac{\text{Nº de gestores que receberam orientação} \times 100}{\text{Nº Total de gestores estaduais e municipais}}$
36 - % de Unidades da Hemorrede Pública com números de funcionários adequado à jornada de trabalho	$\frac{\text{Nº de Unidades hemoterápicas com RH suficiente} \times 100}{\text{Nº Total de Unidades}}$

* O acompanhamento será realizado pela Coordenadoria de Obras da SES/MT.

Para a viabilidade deste Plano Diretor do Sangue de Mato Grosso, foi assegurado no orçamento para o quadriênio 2016-2019 um montante de R\$ 79.336.980,00 (setenta e nove milhões, trezentos e trinta e seis mil e novecentos e oitenta reais), da Fonte 112, que serão utilizados para a manutenção, estruturação e implementação da Hemorrede Pública, bem como garantir a assistência aos portadores de doenças hematológicas de Mato Grosso. Estas propostas fazem parte do Plano Plurianual (PPA): Programa 077 – Ordenação regionalizada da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde e na Ação 2513 – Consolidação dos serviços do Hemocentro Coordenador de MT.

No Quadro 32 estão demonstradas as ações com suas respectivas alocações de recursos financeiros, onde está programado para o ano de 2016, um montante de 26,0% acima do estabelecido para 2017, uma vez que no primeiro ano de execução do Plano Diretor se faz necessária a realização de ações estruturantes na Hemorrede Pública tais



como: adequação das instalações físicas do Hemocentro Coordenador, aquisições de equipamentos, reestruturação da rede tecnológica, implantação de novos serviços, como por exemplo o Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH), Hemovigilância, a inserção da assistência hematológica na rede de atenção à saúde com a regulação do acesso, entre outros. Os desdobramentos das ações estarão descritos nos Planos de Trabalho Anual (PTA).

Quadro 32 – Planejamento de viabilidade financeiro-orçamentária do Plano Diretor de Sangue, Mato Grosso, 2016-2019.

Demonstrativo Orçamentário do Plano Diretor (Fonte 112)	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Investimento em Infraestrutura física, tecnológica e equipamentos	6.669.000,00	1.000.000,00	1.200.000	1.200.000	10.069.000,00
Qualificação de profissionais	93.600,00	93.600,00	93.600,00	93.600,00	374.400,00
Assistência hematológica e hemoterápica	645.000,00	465.000,00	465.000,00	465.000,00	2.040.000,00
Desenvolvimento de atividades do ciclo do sangue	5.577.830,00	3.795.930,00	3.896.560,00	3.996.560,00	17.266.880
Gestão administrativa e da qualidade	10.940.540,00	12.338.720,00	13.148.720,00	13.158.720,00	49.586.700,00
T O T A L	23.925.970,00	17.693.250	18.803.880,00	18.913.880,00	79.336.980,00

Nos valores orçados da Fonte 112, foi inserida a produção do Hemocentro Coordenador com base em série histórica e acrescido um incremento considerando a potencialidade de aumento de produção com a implementação da sua capacidade instalada.

Atualmente esta capacidade produtiva correspondente a um valor mensal **R\$ 1.316.931,32** (um milhão, trezentos e dezesseis mil, novecentos e trinta e um reais e trinta e dois centavos), correspondendo a um valor anual de **R\$ 15.803.175,84** (quinze milhões, oitocentos e três mil, cento e setenta e cinco reais e oitenta e quatro centavos), totalizando **R\$ 63.212.703,36** (sessenta e três milhões, duzentos e doze mil, setecentos e três reais e trinta e seis centavos) para o quadriênio 2016-2019. O diferencial de valores no quadro apresentado é referente aos recursos financeiros existentes de exercícios de anos anteriores, que entram para a dotação do ano corrente, em sua reprogramação.

A contrapartida financeira estadual, será em forma de incentivos para custeio, repassados aos fundos municipais de saúde onde existe uma Unidade hemoterápica (Agência Transfusional - AT e/ou Unidade de Coleta e Transfusão - UCT) sob gestão municipal. Estes recursos serão oriundos do Programa 077 - Ordenação Regionalizada

da Rede de Atenção e Sistema de Vigilância em Saúde, Projeto/Atividade – 2515 - Funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

O montante deste recurso baseado no número atual de AT's e UCT's será na ordem de R\$ 1.764.000,00 (um milhão, setecentos e sessenta e quatro mil reais) por ano, totalizando para o período R\$ 7.056.000,00 (sete milhões e cinquenta e seis mil reais). Estes valores tiveram um incremento de 455,0% dos valores praticados no ano anterior, onde era R\$ 660,68 para AT e R\$ 1.101,14 para cada UCT, sendo para este Plano R\$ 3.000,00 para AT e R\$ 5.000,00 para UCT;

Os recursos acima apresentados somam o valor total de **R\$ 79.336.980,00** (setenta e nove milhões trezentos e trinta e seis mil novecentos e oitenta reais).

É importante destacar que as ações previstas neste Plano Diretor contemplam as Unidades municipais que trabalham em parceria com a SES/MT. A SES/MT por intermédio do Hemocentro Coordenador equipa as Unidades, qualifica os profissionais e realiza triagem sorológica e imunohematológica em 100% da Hemorrede Pública. Estes valores orçados devem ser para subsidiar financeiramente as ações necessárias para a reorganização da Rede hemoterápica nos municípios de acordo com a legislação considerando que a efetivação da Política do Sangue se dá de forma tripartite.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 de outubro de 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 14 de outubro de 2015.

BRASIL. Lei Federal nº. 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências; Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10205.htm>. Acesso em: 14 de outubro de 2015.

BRASIL. Decreto nº. 3.990 de 30 de outubro de 2001, que regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205. Dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 31 de outubro de 2001.

BRASIL. Decreto nº. 5.045 de 08 de abril de 2004. Altera o Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 12 de abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual das Coagulopatias hereditárias. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.712/GM, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápico. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 30 de novembro de 2010.

BRASIL. Portaria nº 1315/GM, de 30 de novembro de 2000, que regulamenta o Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea – REDOME. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 30 de novembro de 2010.

BRASIL. Portaria nº. 1.631/GM de 1 de outubro de 2015. Dispõe sobre os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde. Seção VIII – Hematologia e Hemoterapia. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 02 de outubro de 2015.

BRASIL. Portaria nº. 1.737/GM de 19 de agosto de 2004, que dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no SUS, e o ressarcimento de seus custos operacionais. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 23 de abril de 2005.

BRASIL. Portaria nº. 1469/GM de 10 de julho de 2006 que dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao SUS quando houver fornecimento aos não usuários do SUS e instituições privadas de saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 11 de julho de 2006.

BRASIL. Portaria nº. 790/GM de 22 de abril de 2002 que dispõe sobre Estrutura do Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 24 de abril de 2002.

BRASIL. RDC nº 149, de 14 de agosto de 2001. Objetiva a estruturação do Sistema Nacional de Informação de Sangue e Hemoderivados, as instituições executoras de atividades hemoterápicas, públicas e privadas e entidades filantrópicas ficam obrigadas a encaminhar, mensalmente, às Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais o formulário do Sistema de Informação de Produção Hemoterápica – HEMOPROD. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 22 de agosto de 2001.

BRASIL. RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001, que aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 22 de agosto de 2001.

BRASIL. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as boas práticas do ciclo do sangue. **Diário Oficial da União**, 2014.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre a Organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e a Articulação Interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - **Relatório de Situação. Mato Grosso**. 5 ed. Brasília/DF, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_mt_5ed.pdf. Acesso em: 21 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>. Acesso em: 21 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIHD/consultas>. Acesso em: 21 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde - CNES/MS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Informação – Sangue e Hemoderivados**. 9ª ed. Brasília, 2015.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil das Coagulopatias Hereditárias no Brasil 2009-2010**. Brasília - DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil das Coagulopatias Hereditárias no Brasil 2011-2012**. Brasília - DF, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_coagulopatias_hereditarias_brasil_2012.pdf>. Acesso em: 17 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual da Avaliação Sanitária dos Serviços de Hemoterapia – 2014**. Brasília, novembro de 2015.

DATASUS. **Informações de Mortalidade**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0402>[datasus.gov.br](http://www2.datasus.gov.br)>. Acesso em: 21 de outubro de 2015.

DistanciaCidades.com, 2015. Disponível em: <<http://br.distanciacydades.com/calculador?from=Cuiab%C3%A1+-+MT%2C+Brasil&to=Primavera+do+Leste+-+MT%2C+Brasil>>. Acesso em: 17 de novembro de 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO – FUNAI. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao?start=7#>>. Acesso em: 14/10/15.

FRANCISCO, Wagner De Cerqueria E. "Aspectos da população de Mato Grosso"; Brasil Escola. Disponível em: <<http://www.brasilestola.com/brasil/aspectos-populacao-mato-grosso.htm>>. Acesso em: 10 de novembro de 2015.

Guia Quatro Rodas – Guia rodoviário online. Disponível em: <<http://viajeaquia.abril.com.br/tracar-rota>> Acesso em: 14 de dezembro de 2015.

HEMOMAT. Relatório de Gestão 1995/2002. Fortes, Hildenete Monteiro. 2002.

IBGE, **Censo Demográfico** 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>>. Acesso em: 10 de outubro de 2015.

LIMA, Ana Paula Gil de. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n4/3602.pdf>. Acesso em 11 de janeiro de 2016.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde, 2015. Informações regionais 2011-2012. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/informacao-em-saude/arquivos/494/informacoes-regionais-2011-2012>>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde, 2015. Administração dos serviços de saúde do Estado. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/unidades-de-saude>>. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

MATO GROSSO. Resolução CIB Nº. 043 de 15 de agosto de 2007 que dispõe sobre a celebração de Termo de Compromisso entre a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT e Municípios, bem como entre todas e quaisquer Unidades Hemoterápicas pertencentes à Hemorrede Pública para a implantação, implementação e/ou manutenção das Agências Transfusionais (AT's) e Unidades de Coleta e Transfusão (UCT's) no âmbito do Estado de Mato Grosso. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, 2007.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. IPEA, 2.V. 2ªed. Brasília.1996.

SOUZA ET AL, Mariluce Karla Bomfim de, et al (orgs). **Planeja Sangue. Cursos em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Guia para Estudos /** Mariluce Karla Bomfim de Souza et al et al. Salvador/Brasília, 2015.

TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências**. Salvador: UFBA, 2010. 17 p.

WALDMAN, Eliseu Alves; ROSA, Teresa Etsuko da Costa. Vigilância em Saúde Pública. **Revista Saúde e Cidadania**, livro 07, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, p. 01, 1998.



RELAÇÃO DOS TRABALHADORES DO HEMOCENTRO COORDENADOR EM 2015

ADA MARIA AGUIAR
ADERSON PADILHA DE AMORIM
ADRIANA LUZIA DA PENHA OLIVEIRA
ALCIDES FERREIRA COELHO NETO
ALICE BENEDITA SILVA DE ALMEIDA
ALZIRA M^a M. ALMEIDA SALDANHA
AMAURY TAVARES DA SILVA
ANA ELZITA MARIA CORRÊA
ANA LUIZA MULLER DE ARRUDA
ANA MARIA DE ASSUMPTÃO PEREIRA
ANA MARIA MARQUES DOS SANTOS
ANA MARISA SOARES M. SANTOS
ANDRÉA MOREIRA MINOSSI
ANDRÉIA DIAS DE JESUS
ANGELA MARIA SBIZERA
ANTONIA EVANGELISTA DA SILVA
ANTONIO MAURICIO M. ARRUDA
APARECIDA RODRIGUES
APOLONILDO PERERIA DE SOUZA
ARMANDA PESSOTI DUARTE
ARNILDO LOPES MENDES
BADIA JOSE DE MATOS
BENEDITO ELIAS AVANÇO
BERNADETE MORENO ESPINDOLA
CACILDA LEMES DA SILVA
CARLA MARQUES R. CAMPOS
CARLOS EDUARDO R. DE MELO
CATARINO ROSALINO DE MORAES
CECILIA COSTA MARTINS
CLEUDETE MARIA DE S. NASCIMENTO
CLEUZA MARIA DOS SANTOS
CREUZA CONCEIÇÃO SILVA
DULCINEY DA SILVA AMORIM
EDENÍLSON ANTONIO S. DUARTE
EDIR FERREIRA DE ALMEIDA
EDIRLENE GIANE ANTUNES SÁ
EDNA EMIKO NAKASSUGUI
EDSON BENTO DA SILVA DUARTE
ELIANNE MARIA FERREIRA CURVO
ELIANY ALVES GUIRRA CORTE
ELIETE BISPO DA SILVA
ELIONE FIGUEIREDO DE ARRUDA
ELISABETE BOMFIGLIO SANTANNA
ELZA HARUMI MARUI
EMERINDA FELICIANA DE FRANÇA
ERIKA FERREIRA DE SIQUEIRA
ERLETE ALVES DE SOUZA

ERMELINDA GAMA TAPAJÓS
ERNESTINA MARIANA NUNES
EVA LUCIA DOS SANTOS
EVELYN KELLY DAS NEVES ABREU
FERNANDA CRISTINA S. S. BELLO
GEORGINA JOVITA NASCIMENTO
GILDOMAR ALCERIO MAIERON
GISLENE CRISTINA G. C. DE CAMPOS
GLAUCIA REGINA DUARTE
GUILHERME DICKE
HELENA SCHMIDT LUDWIG
HELIO LOPES PARRON JUNIOR
HELOISE ANGÉLICA AMORIM DIAS
HILDA PEREIRA DE SOUZA
IONE MAZARELO DE A. MILITÃO
IRACI LUKENZUCK SAID
IRIA MARIA DA SILVA
IZONETE MARTINS RODRIGUES
JEANDRA MOURA DA NEVES SILVA
JOELSON MARQUES BOTELHO
JOLVAIR BATISTA DE MELO
JORGE JOSÉ FERREIRA
JOSÉ CARLOS SOUZA SENA
JOSÉ NETO DA LUZ
JUINA PEDROSO DE B. BENITES
JULIO DOMINGOS DE CAMPOS
JUCILÉIA SOUSA SANTANA
KERLEY BARBOSA TEIXEIRA
LAURA BARBOSA LIMA
LEANDRO HENRIQUE B COSTA
LEILA ARAUJO ALBUQUERQUE
LEONARDO MARIN
LUCIA FATIMA O. VASCONCELOS
LUCIA GOMES DA SILVA
LUCIA LUIZA DE A. TAKEUTI
LUCIMAR MARIA DE DEUS
MAGDA VICTOR DE MATOS
MARA FERNANDA ANGELO ISMAEL
MARCIA LOTUFO BUSSIKI
MARCOS ANTONIO RAMOS
MARCOS BENEDITO C. GABRIEL
MARIA ALICE FERNANDES MARTINS
MARIA AMELIA BENTA DE OLIVEIRA
MARIA DE LOURDES COSTA
MARIA EMILIA MONTANHA
MARIA FÁTIMA CARVALHO MACEDO
MARIA GORETTI J. MASSUDA

MARIA LAURA DE OLIVEIRA VIANA
MARIA LUCIA PINHEIRO PERRI
MARIA LUIZA DA SILVA
MARIANA FREIRE WOLF
MARIÂNGELA FERREIRA DE SOUZA
MARILZA CASTILHO TAVARES
MARISOL DUARTE ALVARES
MARLENE GONZAGA DE A. METELO
MARLENE MARIA LOPES
MARLY SANDRA G. S. TEODORO
MARTA BOLICO PEREIRA
MARTA DE MEDEIROS NEDER
MAURO LUCAS DA SILVA
MEIRE MARIA VIEIRA DA COSTA
MILTON GOMES DA SILVA
MOACIR DOMINGOS DOS SANTOS
MÔNICA MARA SOARES
NAIR SOARES DE ALMEIDA
NILVA MATOS VITORAZZI
NILZA FERREIRA G.K. CARVALHO
ORIEL ALBERTO DE SOUZA JUNIOR
OSCAR AKIRA WATANABE
OSVALDA FERREIRA DOS S. BARROS
OTTO TEN CATEN
PALOMA BORGES DOS S. VALK
PATRÍCIA LIMA THOMAZ DE AQUINO
PATRICIA ZANIN

PAULO MARCOS MORAIS DA CRUZ
PENNSYLVANIA MARINHO BORRALHO
RAQUEL DIAS LIMA
RITA DE CÁSSIA A. DA SILVA
RITA DE CÁSSIA GOMES BEZERRA
RIVAEEL MEIRA
ROGÉRIO PERES BANDEIRA
ROSA DO NASCIMENTO
ROSA MARIA DO CARMO
ROSANGELA A. P. CARAPEBA
ROSANGELA BUFULIN DE ALMEIDA
ROSIMEIRE DE CÁSSIA F. KRAUSE
RUTINÉIA DIAS DAMACENO
SANDRA MARIA T. DE AQUINO
SARA PONTES VITORINO
SILBENE FÁTIMA DA SILVA
SIMONE FERREIRA B. GUIMARÃES
SIMONE SANTOS ALENCAR DUARTE
SIMONE VERLANGIERI CARMO
SIZENANDO MARTINS DE OLIVEIRA
SUELY SANTOS ARAÚJO
SUSANA SANDIM BORGES
VACIRA MILACENEY T. DA COSTA
VALDENIR DOS SANTOS BARBOSA
VILMAR ALVES PEREIRA
WALDETH PONTES GOMES
WOLNEY DE OLIVEIRA TAQUES

