

PES

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

M a t o G r o s s o

2012 - 2015



GOVERNO DE MATO GROSSO

SILVAL DA CUNHA BARBOSA

Governador do Estado de Mato Grosso.

CHICO DALTRO

Vice-Governador do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

JORGE ARAÚJO LAFETÁ NETO

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

HUARK DOUGLAS CORREIA

Secretário Adjunto de Saúde

MARLENE ANCHIETA VIEIRA

Secretária Adjunta de Gestão Estratégica

MARCOS ROGÉRIO LIMA PINTO E SILVA

Secretário Adjunto de Administração Sistêmica

ISDENIL EVANGELISTA DA SILVA

Secretário Geral do Conselho Estadual de Saúde

RUTE GOMES FERREIRA

Secretária Executiva da Comissão Intergestora Bipartite-CIB

LUCINÉIA SOARES DA SILVA

Superintendente de Políticas de Saúde

JULIANO SILVA MELO

Superintendente de Vigilância em Saúde

MAURICIO GOMES DOS SANTOS

Superintendente de Atenção à Saúde

LISSANDRO DA SILVA TORRES

Superintendente de Regulação, Controle e Avaliação

ANA RITA DE MOURA OLIVEIRA

Superintendência de Articulação Regional

ELIBERTO FRANCISCO DA CRUZ

Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde

ELIS REGINA RODRIGUES MOREIRA

Superintendência de Orçamento, Convênios e Finanças

MARIA DOLORES FONSECA BERGAMASCO

Superintendência de Gestão de Pessoas

BRUNO CORDEIRO RABELO

Superintendência Administrativa

MARCELO ADRIANO MENDES DOS SANTOS

Diretor do MT Laboratório

ELIANA RABANI LISBOA DA COSTA

Diretora do MT-Hemocentro

CRESA MOREIRA PINTO

Diretora do Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade de MT

LUCIA MARIA DE CAMPOS PROVENZANO

Diretora do Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa do Sistema Único de Saúde - CERMAC

HELDER BARBOSA SILVA

Diretor do Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho - CIAPS

LUIZ GUILHERME RIBEIRO CARVALHO

Diretor do Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais - CEOPE

MARTA MACIEL METELLO MANSUR BUMLAI

Diretora da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

JOÃO TATSURO KATSUYAMA JÚNIOR

Diretor do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do SUS - SAMU

ZÉLIA DA GUIA NOBRE

Diretora do Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana

GERALDINA B. RIBEIRO SILVA

Diretora do Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis

FRANCO DANNY MANCIOLLI OLIVEIRA

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Barra do Garças

FRANCISCO MARCIO RAMOS VIGO

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Cáceres

EUGÊNIO MUNIZ CALÇADA NETO

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Juína

MARIA LINA FERREIRA MARINHO

Diretora do Escritório Regional de Saúde de Porto Alegre do Norte

MANOELITO DA SILVA RODRIGUES

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Sinop

RINALDO SOARES CARDOSO

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Tangará da Serra

KADD HAEG MACIEL

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Diamantino

JOSÉ CARLOS CAVAGNOLI

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta

SILENE REGINA DA SILVA MARMOL

Diretora do Escritório Regional de Saúde de Juara

CARLOS URBINÉ SILVA

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo

VINÍCIUS DE FARIAS JÚNIOR

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Água Boa

MARIO ALBERTO RIBEIRO CHAGAS

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Pontes e Lacerda

JOÃO ABREU LUZ

Diretor do Escritório Regional de Saúde de São Félix do Araguaia

ADRIANO PEREIRA DOS SANTOS

Diretor do Escritório Regional de Saúde de Colíder

© 2014 Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção institucional da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso pode ser acessada na página: <http://www.saude.mt.gov.br> na área denominada: Publicações SES.

Edição Digital

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE.

Superintendência de Políticas de Saúde

Rua D – Quadra 12 – Lote 02 – Bloco 05

Palácio Paiaguás

CEP 78050-970 Cuiabá-MT

Fone: (65)3613-5361

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

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

Organização e revisão

Ana Atala Veggi Filha

Claudete Maria de Souza

Cleoni Silvana Kruger

Cristina Santos Botti

Ingrid Botelho Saldanha Handell

Irani Machado Ferreira

Hudson Teixeira

Lourival Benedito Coenga

Maria de Lurdes Assis Freitas

Mara Andreia Fagundes

Noemi Dreyer Galvão

Norma Doracy Monteiro de Amorim

Sunilde Gomes Aldave

Fontes das Informações:

Superintendências, Unidades desconcentradas e regionalizadas, Conselho Estadual de Saúde, ouvidorias, Sistemas de Informação em Saúde e demais instrumentos de planejamento do SUS/SES-MT.

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde.

Plano Estadual de Saúde de MT 2012-2015 - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Superintendência de Políticas de Saúde.

Cuiabá, 2013 - 196 pg.

Inclui bibliografia.

1. políticas sociais. 2. planejamento. 3. gestão e controle social do SUS

Título.

Títulos para indexação:

Em inglês: State Health Plan 2012-2015 in Mato Grosso

Em espanhol: Plan Estatal de Salud 2012-2015 en Mato Grosso

Especial agradecimento aos profissionais das Unidades

Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde

Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa do Sistema Único de Saúde - CRIDAC

Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais - CEOPE

Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade de MT - CERMAC

Comissão Intergestora Bipartite - CIB

Conselho Estadual de Saúde - CES

Coordenadoria de Assistência Farmacêutica - CAF

Escola de Saúde Pública

Escritórios Regionais de Saúde

Hospitais Regionais

MT-Hemocentro

MT-Laboratório

Ouvidorias do CES

Ouvidoria Setorial

Secretaria Adjunta de Gestão Estratégica

Secretaria Adjunta de Saúde

Secretaria Executiva do Núcleo da Saúde.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Superintendência Administrativa

Superintendência de Articulação Regional

Superintendência de Atenção à Saúde

Superintendência de Gestão de Pessoas

Superintendência de Planejamento e Finanças

Superintendência de Políticas de Saúde

Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação

Superintendência de Vigilância em Saúde

Lista de Siglas

SGLA	DESCRIÇÃO
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMN	Coeficientes de mortalidade neonatal
CMNP	Coeficientes de mortalidade neonatal Precoce
CMNT	Coeficientes de mortalidade neonatal Tardia
CMPN	Coeficiente de Mortalidade Pós Neonatal
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática
EC	Emenda Constitucional
ERS	Escritório Regional de Saúde
FESP	Funções Essenciais de Saúde Pública
GPE	Gestão e Planejamento Estratégico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IIP	Índice de Infestação Predial
IPA	Índice Parasitário Anual
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	Leishmaniose Visceral
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARTICIPASUS	Política Nacional de Gestão Participativa no SUS

PES	Plano Estadual de Saúde
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa da Saúde da Família
PTA	Plano de Trabalho Anual
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SES-MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SINAN-NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SISPACTO	Sistema Nacional de Pactuação
SARGSUS	Sistema de Apoio à construção ao. Relatório anual de Gestão - SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
VIGIAR	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à
VIGISOLO	Qualidade do Ar
	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado
VIGIDESASTRE	Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada a Desastres Naturais
TCE-MT	Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso

Lista de Figuras

Figura 1 Pirâmide Etária de Mato Grosso, 1980 e 2010.....	25
Figura 2: Expectativa de Vida ao nascer. Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 1980 e 2010.....	26
Figura 3: Índice de envelhecimento. Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 2000 a 2010	27
Figura 4: Índice de envelhecimento. Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 2000 a 2010	27
Figura 5: Percentual da população urbana e rural, segundo situação de domicílio. Mato Grosso, 1970 a 2010 ..	28
Figura 6: : Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 1970,1980,1991,1995, 2000 e 2005.....	29
Figura 7: Série Histórica do coeficiente de Incidência (100.000 habitantes) segundo notificação. Mato Grosso, 2001 a 2010.....	31
Figura 8: Número de casos de Dengue por residencia, segundo mês de notificação. Mato Grosso, 2008 a 2011	32
Figura 9: Distribuição da Incidência de dengue por municípios de residência. Mato Grosso, 2007 a 2010	32
Figura 10: Casos notificados de malária segundo espécie de <i>Plasmodium</i> . Mato Grosso, 2003 a 2010.....	34
Figura 11: Casos notificados de malária e incidência parasitária anual por 1.000/hab. Mato Grosso, 2003 a 2003 a 2010.....	35
Figura 12: Incidência (por 100.000/hab.) e Letalidade da Hantavirose em Mato Grosso,1999 a 2010	37
Figura 13: Localização espacial dos casos de SCPH em Mato Grosso, de acordo com o local provável de infecção no período de 1999 a 2010.	38
Figura 14: Taxa de detecção de hepatite A, B e C (por 100.000 hab.) segundo classificação etiológica por ano de notificação. Mato Grosso, 2001 a 2010*.....	39
Figura 15: Taxa de incidência de hepatite A (por 100.000 hab.) segundo regional de residência. Mato Grosso, 2010*.	40
Figura 16: Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 hab.) segundo regional de residência. Mato Grosso, 2010*	41
Figura 17: Taxa de detecção de Hepatite B em gestantes (por 1000 NV) segundo regional de residência. Mato Grosso, 2010*.....	42
Figura 18: Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 hab.) segundo regional de residência. Mato Grosso, 2010*.	43
Figura 19: Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 hab.) segundo faixa etária e sexo. Mato Grosso, 2010*	43
Figura 20 Taxa de letalidade de Hepatites Virais. Mato Grosso. 2010*	44
Figura 21: Taxa de incidência de AIDS em Adulto (por 100.000 hab.), por ano de notificação. Mato Grosso, 2000-2010*	45

Figura 22: Taxa de Incidência de AIDS Criança (por 100.000 hab.), segundo distribuição de casos e ano de notificação. Mato Grosso, 2000-2010*	46
Figura 23: Coeficiente de morbidade hospitalar (por 100.000 habitantes) por grupos de causas selecionadas, Mato Grosso. 2005 a 2010	50
Figura 24: Coeficiente de morbidade hospitalar (por 100.000 habitantes) por grupos de causas selecionadas, Mato Grosso. 2005 a 2010	52
Figura 25: Proporção das principais violências notificadas pela VIVA, segundo faixa etária em Mato Grosso, 2008 a 2010	53
Figura 26: Distribuição espacial do Coeficiente de Mortalidade por 100.000 habitante das Doenças do Aparelho Circulatório. Mato Grosso, 2010	55
Figura 27: Mortalidade Proporcional por Grupos de Causa. Mato Grosso, 2005 a 2010	55
Figura 28: Razão de Mortalidade Materna (100.000 NV). Mato Grosso, 2000 a 2009	62
Figura 29: Mortalidade infantil (1.000 NV) segundo faixa etária. Mato Grosso, 2000 a 2009	67
Figura 30: Coeficiente de mortalidade por causas externas (por 100.000) em adolescentes de 10 a 19 anos, segundo Regional de Saúde. Mato Grosso, 2009	71
Figura 31: Principais causas de óbito (Cap.CID 10) na população masculina segundo faixa etária. Mato Grosso, 2009	75
Figura 32: Distribuição de médicos urologistas no setor privado segundo Escritório Regional de Saúde, Mato Grosso. 2011	76
Figura 33: Mapa de distribuição dos municípios, por percentual de população de 60 anos e mais. Mato Grosso, 2010	80
Figura 34: Organização interna de um DSEI e Fluxo de Atenção à Saúde	84
Figura 35: Pirâmide Populacional Indígena de Mato Grosso, 2010	85
Figura 36: Taxa Bruta de Natalidade (1.000 hab.) na população indígena. Mato Grosso, 2005 a 2009	87
Figura 37: Mortalidade proporcional (%) em indígenas, segundo principais causas Capítulo CID 10. Mato Grosso, 2006 a 2010	88
Figura 38: Distribuição proporcional (%) dos óbitos de indígenas por faixa etária. Mato Grosso, 2007 a 2010	89
Figura 39: Taxa de mortalidade infantil (1.000 NV) na população indígena. Mato Grosso, 2000 a 2009	89
Figura 40: Evolução do estoque de emprego formal segundo classe de CNAE, Mato Grosso. 2000 a 2010	93
Figura 41: Distribuição espacial das notificações de acidentes de trabalho e taxa de mortalidade por 100 mil trabalhadores. Mato Grosso, 2009	97
Figura 42: Distribuição Espacial das Unidades Sentinelas, segundo Escritório Regional de Saúde. Mato Grosso, 2010	98
Figura 43: Distribuição das Unidades Descentralizadas de Reabilitação –UDR's. Mato Grosso, 2011.	101
Figura 44: Número de amostras obrigatórias e realizadas para Coliformes. Mato Grosso, 2011	105
Figura 45: Distribuição do IMR por município e Boletim do VIGIAR por ERS. Mato Grosso. ANO ?????	107

Figura 46: Índice de infestação predial e distribuição dos municípios infestados ou por Aedes SSP. Mato Grosso, 2010.....	109
Figura 47: Distribuição das regiões de saúde. Mato Grosso	159
Figura 48: Cobertura das Equipe de Saúde da Família, por município. Mato Grosso, 2011	115
Figura 49: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal, por município. Mato Grosso, 2010	117
Figura 50: Número de procedimentos odontológicos realizados pelo CEOPE, Mato Grosso, 2006 a 2010	135
Figura 51: Distribuição de leitos segundo municípios com população acima de 30 mil habitantes. Mato Grosso, 2011.	132
Figura 52: Número de pacientes ativos e semi-ativos para realizar o transplante renal. Mato Grosso, 2000 a 2011.....	137
Figura 53: Número de doações de córneas transplantadas por cadáver e importada. Mato Grosso, 2000 a 2011.	Erro! Indicador não definido. 141
Figura 54: Número de notificações e doações segundo morte encefálica e coração parado. Mato Grosso, 2007 a 2011.....	1384
Figura 55: Distribuição Geográfica das Unidades Hemoterápicas Públicas por Microrregião de Saúde. Mato Grosso, 2010	141
Figura 56: Indicadores hemoterapicos. Mato Grosso, 2010.	142
Figura 57: Números de Candidatos a doação de sangue. Mato grosso, 2003 a 2010	143
Figura 58: Número de pacientes cadastrado como doador de medula óssea. Mato Grosso, 2005 a 2010*	143
Figura 59: Números de pacientes portadores de algum tipo de doenças crônicas e genéticas cadastrados com acompanhamento no HEMOCENTRO. Mato Grosso, 2010.....	144
Figura 60: Números de consultas e atendimentos ambulatoriais no HEMOCENTRO. Mato Grosso, 2003 a 2010	144
Figura 61: Gasto com ajuda de custo para o tratamento fora do estado. Mato Grosso, 2007 a 2010	147
Figura 62: Número de pessoas atendidas nos CAPS, Mato Grosso. 2007 a 2010	150
Figura 63: Percentual de internações psiquiátricas do hospital Adauto Botelho segundo a procedência de Regional de Saúde. Mato Grosso, 2010.....	151
Figura 64: Impacto financeiro do atendimento judicial para fornecimento dos medicamentos. Mato Grosso, janeiro a dezembro* de 2010.....	155
Figura 65: Evolução dos Recursos Próprios Aplicados em Saúde	162
Figura 66: Incentivo Financeiro Sistema de Planejamento do SUS – Mato Grosso – 2007 a 2010	167

Lista de Tabelas

Tabela 1 – População residente e Taxa média geométrica de crescimento anual (%) de crescimento populacional, Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010	24
Tabela 2 - Cobertura vacinal de Hepatite B. Mato Grosso, 2010.	42
Tabela 3: Números de casos, incidência, números de óbitos e letalidade de leishmaniose visceral. Mato Grosso, 2003 a 2010*	47
Tabela 4: Proporção de morbidade hospitalar por grupos de causa, segundo anos de internação e Regionais de Saúde. Mato Grosso 2010	49
Tabela 5: Taxa das principais causas de internações (por 100.000 hab.). Mato Grosso, 2005 a 2010	51
Tabela 6: Número e Coeficiente de mortalidade (por 100 mil hab). Principais grupos de Causa. Mato Grosso, 2005 a 2010	54
Tabela 7: Coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) por neoplasias segundo sexo. Mato Grosso 2005 a 2010	56
Tabela 8: Número e percentual de mortalidade por causas externas segundo algumas variáveis, Mato Grosso, 2005 a 2010	57
Tabela 9: Número e coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) por causas externas, segundo tipo de causa e ano de ocorrência, Mato Grosso, 2005 a 2009	59
Tabela 10: Número e coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) por causas externas, segundo tipo de causa, nos ERS, Mato Grosso, 2005 a 2010	60
Tabela 11: Principais causas de internação do sexo masculino segundo ciclo de vida e Capítulo CID-10. Mato Grosso, 2009.	74
Tabela 12: Proporção de população idosa, segundo sexo e área de residência, 2010	78
Tabela 13: Distribuição da proporção da população idosa, por escolaridade e rendimento, 2007	79
Tabela 14: Número e percentual de presos e total de equipes de saúde, segundo Unidades Penitenciárias. Mato Grosso, junho de 2011	82
Tabela 15: Distribuição da população indígena por Distrito Sanitário Indígena (DSEI).Mato Grosso, 2010	85
Tabela 16: Distribuição dos Acidentes de trabalho registrados segundo motivo, número óbitos e letalidade, Mato Grosso, 2004 a 2009	94
Tabela 17: Distribuição dos Acidentes de trabalho registrados segundo Escritório Regional de Saúde. Mato Grosso, 2004-2009	95
Tabela 18: Distribuição dos agravos de notificação compulsória relacionados à Saúde do Trabalhador ocorridos em Mato Grosso. 2008 a 2010	96

Tabela 19: Evolução do Número de ESF, ESB e ACSR do PASCAR Implantados em Mato Grosso, 2001 a 2010*	118
Tabela 20: Número e percentual de equipes de saúde da família monitoradas, por Escritório Regional de Saúde. Mato Grosso, 2011	119
Tabela 21: Número e percentual de equipes de saúde bucal monitoradas, por ERS, Mato Grosso, abril 2011	120
Tabela 22: Número de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), por municípios, Mato Grosso, 2011	123
Tabela 23: Número de CAPS em funcionamento. Mato Grosso, 2004 a 2010	149
Tabela 24: Principais doenças atendidas por demanda judicial. Mato Grosso, janeiro a julho de 2010	155
Tabela 25: Recursos aplicados no período de 2000 a 2011 pelo Estado de Mato Grosso	161
Tabela 26: Recursos aplicados no período de 2004 a 2011 pelo Estado de Mato Grosso	161

Lista de Quadros

Quadro 1: Indicadores do mercado de trabalho para o Estado de Mato Grosso, 2000 e 2009	92
Quadro 2: Número de equipes de saúde bucal, percentual de cobertura e municípios com fluoretação da água segundo Regional de Saúde. Mato Grosso, 2011	122
Quadro 3: Distribuição dos serviços especializados da média complexidade ambulatorial segundo microrregiões e municípios. Mato Grosso, 2011*	125
Quadro 4: Distribuição dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico segundo microrregiões e municípios. Mato Grosso, 2011	130
Quadro 5: Distribuição dos serviços de alta complexidade segundo município e microrregião. Mato Grosso, 2011	133
Quadro 6: Distribuição dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de alta complexidade segundo município e microrregião. Mato Grosso, 2011	134
Quadro 7: Números de paciente encaminhados para tratamento de Saúde fora do estado. Mato Grosso, 2007 a 2010	146
Quadro 8: Gestão Regionalizada do SUS e os municípios de abrangência, Mato Grosso 2012	157
Quadro 9: Cenário do planejamento na SES-MT, 2012	167
Quadro 10: Cenário interno e externo da SES-MT, 2012	169

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
INTRODUÇÃO	17
METODOLOGIA.....	19
IDENTIDADE ORGANIZACIONAL	21
1. ANÁLISE SITUACIONAL	22
1.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE – SEUS DETERMINANTES E CONDICIONANTES.....	23
1.1.1 demografia	23
1.1.2 expectativa de vida ao nascer	25
1.1.3 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	26
1.1.4 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA.....	27
1.1.5 URBANIZAÇÃO.....	28
1.1.6 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	29
1.2 FATORES DE RISCO	29
1.3 MORBIDADE	30
1.3.1 DENGUE.....	31
1.3.2 MALÁRIA.....	34
1.3.3 HANTAVIROSE	36
1.3.5 AIDS	45
1.3.6 LEISHMANIOSE VISCERAL.....	46
1.3.7 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	49
1.4 MORTALIDADE	53
1.4.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	53
1.4.2 CAUSAS EXTERNAS	57
1.5 GRUPOS E POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	60
1.5.1 SAÚDE DA MULHER.....	61
1.5.2 SAÚDE DA CRIANÇA	65
1.5.3 Saúde do adolescente e do jovem	68
1.5.4 Saúde do homem	73
1.5.5 Saúde do idoso	76
1.5.6 Saúde da população carcerária	82
1.5.7 Saúde da População Indígena	83
1.5.8 Saúde do trabalhador.....	91
1.5.9 Pessoas com deficiência.....	100

1.6 AMBIENTE E SAÚDE.....	104
1.6.1 Vigilância ambiental	104
1.6.2 Vigilância sanitária.....	111
1.7 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	113
1.7.1 Atenção Primária à Saúde	114
1.7.1.1 Monitoramento e Avaliação (M&A) da APS.....	118
1.7.1.2 Saúde Bucal	121
1.7.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA	124
1.7.2.1 Atenção hospitalar especializada.....	131
1.7.2.2 Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais	134
1.7.2.3 Serviços de transplantes	136
1.7.2.4 Serviços urgência e emergência.....	139
1.7.2.5 Hemorrede pública	141
1.7.2.6 Regulação da Atenção à Saúde	145
1.7.2.7 Tratamento Fora do Domicílio (TFD).....	146
1.7.2.8 Atenção psicossocial	148
1.7.2.9 Assistência Farmacêutica	152
1.8 GESTÃO DA SAÚDE.....	156
1.8.1 Gestão Regionalizada do SUS.....	156
1.8.2 Financiamento da saúde	160
1.8.3 Gestão do trabalho e educação na saúde	163
1.8.4 Controle Social, Gestão Estratégica e Participativa	164
2. ESTRATÉGIAS.....	170
Mapa Estratégico	171
PERSPECTIVA I	174
PERSPECTIVA II	180
PERSPECTIVA III	184
PERSPECTIVA IV	187
PERSPECTIVA V.....	191
Monitoramento & Avaliação.....	194
BIBLIOGRAFIA.....	195

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde há décadas vem utilizando conceitos, metodologias e os mais diversos instrumentos de planejamento que colaboram efetivamente para a construção de políticas públicas de saúde, capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades de saúde da população brasileira.

Neste contexto, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT), como gestora do SUS estadual, vem desde 2011 empenhando esforços para a construção de seu planejamento de médio e longo prazo, consolidados nos seus instrumentos de planejamento.

Sendo o Plano Estadual de Saúde aqui apresentado, seu principal instrumento referencial para o direcionamento das políticas públicas de saúde, resultando em ações concretas, de execução, e aprimoramento do SUS no Estado, devendo ainda ser útil, para o acompanhamento institucional e atendimento das demandas do controle social.

Na perspectiva de superar as dificuldades e melhorar as condições de saúde da população, é que neste documento, elaborado de forma participativa, a SES-MT assume os compromissos a serem atingidos nos próximos quatro anos. Desse modo, é fundamental que empenhemos esforços na qualificação dos serviços prestados, de forma a implementar políticas públicas de saúde que impactem positivamente o perfil da saúde e na qualidade de vida da população mato-grossense.

Na oportunidade aproveito para agradecer a todos os dirigentes e técnicos do SUS/MT, que direta ou indiretamente participaram da construção deste instrumento.

Jorge Araújo Lafetá Neto
Secretário de Estado de Saúde

INTRODUÇÃO

O planejamento da saúde é definido pela legislação vigente como um processo ascendente e integrado, visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988 e principalmente pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 com a finalidade de melhorar a saúde da população. O Decreto 7.508/11 por sua vez, regulamenta a Lei 8.080/90 e reforça a importância do planejamento da saúde tornando-se obrigatório para todos os entes públicos. No âmbito estadual, esse processo deve ser realizado de maneira regionalizada levando-se em conta as necessidades dos municípios para o estabelecimento das metas para a saúde.

Na condição de gestora do SUS estadual, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT) exerce as macro-funções de: planejamento, formulação de políticas, gestão, regulação, auditoria, monitoramento e avaliação, prestação de serviços de maior complexidade, bem como a condução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos e co-financiamento das ações de saúde. Por esses motivos, o Plano Estadual de Saúde (PES) é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS ao longo de quatro anos. Nele, está expressa a orientação política sobre o que fazer no conjunto das unidades de saúde, tendo como ponto de partida, os objetivos, as diretrizes, os Indicadores e as Metas para se alcançar a missão da SES.

Neste sentido, o processo de elaboração do PES teve início em março de 2011, com a realização de várias oficinas para a definição das prioridades e formulação dos objetivos, diretrizes e metas estratégicas que direcionariam a elaboração do Plano Plurianual da Saúde 2012-2015. Em agosto de 2011 a SES aderiu ao GESPÚBLICA – Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização do Ministério do Planejamento. O programa desenvolve e dissemina ferramentas de gestão e tem como objetivo construir organizações públicas orientadas para resultados com foco no cidadão e a melhoria da qualidade dos serviços públicos rumo à excelência. Com o GESPÚBLICA foi possível avaliar a gestão através de auto-avaliação anual, oportunizando uma oportunidade de aprendizado sobre a própria organização. Os critérios avaliados foram: liderança, estratégias e planos, cidadãos, sociedade, informações e conhecimento, pessoas, processos e resultados.

Na auto-avaliação feita, identificou-se os pontos fortes e os aspectos gerenciais menos desenvolvidos perfazendo o resultado geral de 31% dos 250 pontos avaliados. Também foi realizada pesquisa de clima organizacional que apontou para 66% o nível de satisfação dos servidores.

O foco do Planejamento Estratégico da SES, conforme apontado pelo diagnóstico feito para o GESPÚBLICA evidencia a necessidade de uma gestão estratégica que consiga executar, com enfoque balanceado os elementos: atendimento adequado das necessidades de saúde da população; a organização administrativa, processual, estrutural, financeira da SES; e o desenvolvimento das pessoas para que sejam engajadas e alinhadas aos objetivos e metas desta instituição.

O resultado desses momentos foi à definição da direção a ser seguida nos próximos quatro anos, com a elaboração deste documento, contendo a análise da situação de saúde que traz as condições de saúde da população do estado de Mato Grosso, o acesso as ações e serviços e gestão do SUS e o Mapa estratégico com suas perspectivas, objetivos, diretrizes, indicadores e metas seguidos da forma como se dará o monitoramento e avaliação deste PES 2012-2015..

METODOLOGIA

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 identificou a situação atual da rede pública de saúde. A análise objetivou a identificação de novas medidas que se configuram essenciais à melhoria e, ou ao aperfeiçoamento da rede de saúde, de recursos humanos, da participação social, da infraestrutura, e descentralização.

Neste sentido para a construção do Plano Estadual de Saúde, foram utilizados diversos subsídios teóricos. Dentre eles podemos o PlanejaSUS que sugere métodos e diretrizes para elaboração de planos de ação estadual e municipal e visa a resolução de problemas de saúde da população.

O Sistema de Planejamento do SUS utilizou na lógica de sua construção, a teoria Matusiana de Carlos Mattus, que entende o processo de planejamento como um “cálculo que precede e preside a ação” (Mattus). Nesse sentido, a construção do Plano se dá em quatro momentos. O momento explicativo, normativo, estratégico e o técnico-operacional.

Para a efetividade da execução das ações elaboradas pelo método do PES, foi adotado como ferramenta potencializadora, o Balanced Scorecard – BSC que traduz a visão e a estratégia da Secretaria Estadual de Saúde em um conjunto coerente, de medidas de desempenho e que buscam equilibrar o esforço da organização, tanto na prestação do serviço a que ela se destina, quanto na própria organização financeira, administrativa, pessoal e de gestão que formam a base necessária para que atinja com excelência a sua missão.

Ao longo do trabalho, foram realizados encontros com as diversas Unidades da SES que produzem, acompanham e gerenciam a rede de saúde pública estadual; com destaque às limitações e potencialidades de cada área, cada programa, assegurando que o diagnóstico situacional fosse amparado pelos sistemas de informação, pelos instrumentos de planejamento em vigor, compromissos e programas de governo, MT + 20, prioridades do cenário sócio-epidemiológico de Mato Grosso, as deliberações da Conferência Estadual de Saúde e os principais indicadores sócio-demográficos e de saúde.

Para o Plano Estadual de saúde, foram construídas cinco perspectivas baseadas no método BSC. Estas perspectivas alinharam os objetivos estratégicos construídos com base no diagnóstico de ambiente interno e externo representado pela matriz SWOT.

Cada objetivo recebeu indicadores e metas que representassem sua execução e, abaixo delas as Diretrizes, que são as estratégias necessárias para atingir os resultados esperado.

Para a construção das Diretrizes o subsidio foi à análise situacional realizada no primeiro momento de elaboração deste plano.

Após a aprovação do Plano Estadual de Saúde pelo Conselho Estadual de Saúde será iniciado o desdobramento das Diretrizes no Plano de Ação Anual.

IDENTIDADE ORGANIZACIONAL

NEGÓCIO: Saúde

Missão: Garantir a saúde, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação, cumprindo os princípios e diretrizes do SUS, para que as pessoas vivam mais e melhor em Mato Grosso.

VISÃO: Ser reconhecida como instituição de excelência pela gestão inovadora, moderna, democrática e resolutiva do Sistema Único de Saúde.

VALORES:

Ética: Respeitar a vida como bem maior do ser humano

Equidade: Assegurar a atenção às pessoas em igualdade de condições, respeitando as diversidades loco regional

Agilidade: Ser ágil e oportunona execução dos serviços e no atendimento das necessidades em saúde do cidadão

Qualidade: Garantir a eficiência e eficácia na aplicação dos recursos públicos e resolutividade dos serviços de saúde.

Transparência: Dar publicidade e clareza aos atos e resultados dos serviços prestados à sociedade.

1. ANÁLISE SITUACIONAL



PES/MT
2012-2015

Para compreender a situação de saúde em Mato Grosso e consequentemente formular o novo Plano Estadual de Saúde de Mato Grosso, é fundamental rever os principais indicadores sócio-demográficos e de saúde pois, permitem fazer comparações e verificar as mudanças e tendências durante um período de tempo, colaborando para o delineamento dos objetivos a serem alcançados pela gestão da SES/SUS e pelo sistema de saúde estadual para melhoria das condições de saúde da população.

1.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE – SEUS DETERMINANTES E CONDICIONANTES

1.1.1 DEMOGRAFIA

Em 1980 a 2010 o Brasil sofreu um rápido declínio demográfico em virtude da queda do crescimento vegetativo, da taxa de fecundidade, da natalidade, da mortalidade e da migração internacional. Nesse período, a população brasileira decresceu de 2,4%, para 1,1%, ou seja, uma redução significativa nesse intervalo analisado, com taxas media geométrica de crescimento de 1,4% ao ano e que começam a diminuir nas próximas décadas.

No Brasil a situação demográfica é razoavelmente semelhante a do Estado de Mato Grosso e da Região Centro Oeste, no entanto apresenta uma diferença, visto que, suas taxas de crescimento foram acentuadas, especialmente na década de 1940 a 1980, onde sua população foi de 41.165. 289 para 190.732.694 de habitantes em 2010 (Tabela 1), isto é, um acréscimo de 363,0% no período considerado, triplicando de tamanho e sofrendo profundas transformações nas três últimas décadas, com enormes conseqüências na vida econômica e social do país.

Entre 1970 até meados de década de 1990, Mato Grosso experimentou um intenso crescimento demográfico, com aumento significativo em suas taxas de crescimento variando de 6,6% a 5,4%, no período observado. No final da década de 1990 até o começo da década de 2010, houve um decréscimo populacional, cujas taxas de crescimento caíram de 2,3% para 1,9%, ocasionado possivelmente pela redução na taxa de fecundidade, de migração, de óbitos infantis e de aumento na esperança de vida ao nascer, que proporcionaram modificações substanciais na estrutura etária da população, grandes mudanças na dinâmica populacional que contribuiu para o novo perfil demográfico do Estado.

Tabela 1 – População residente e Taxa média geométrica de crescimento anual (%) de crescimento populacional, Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010

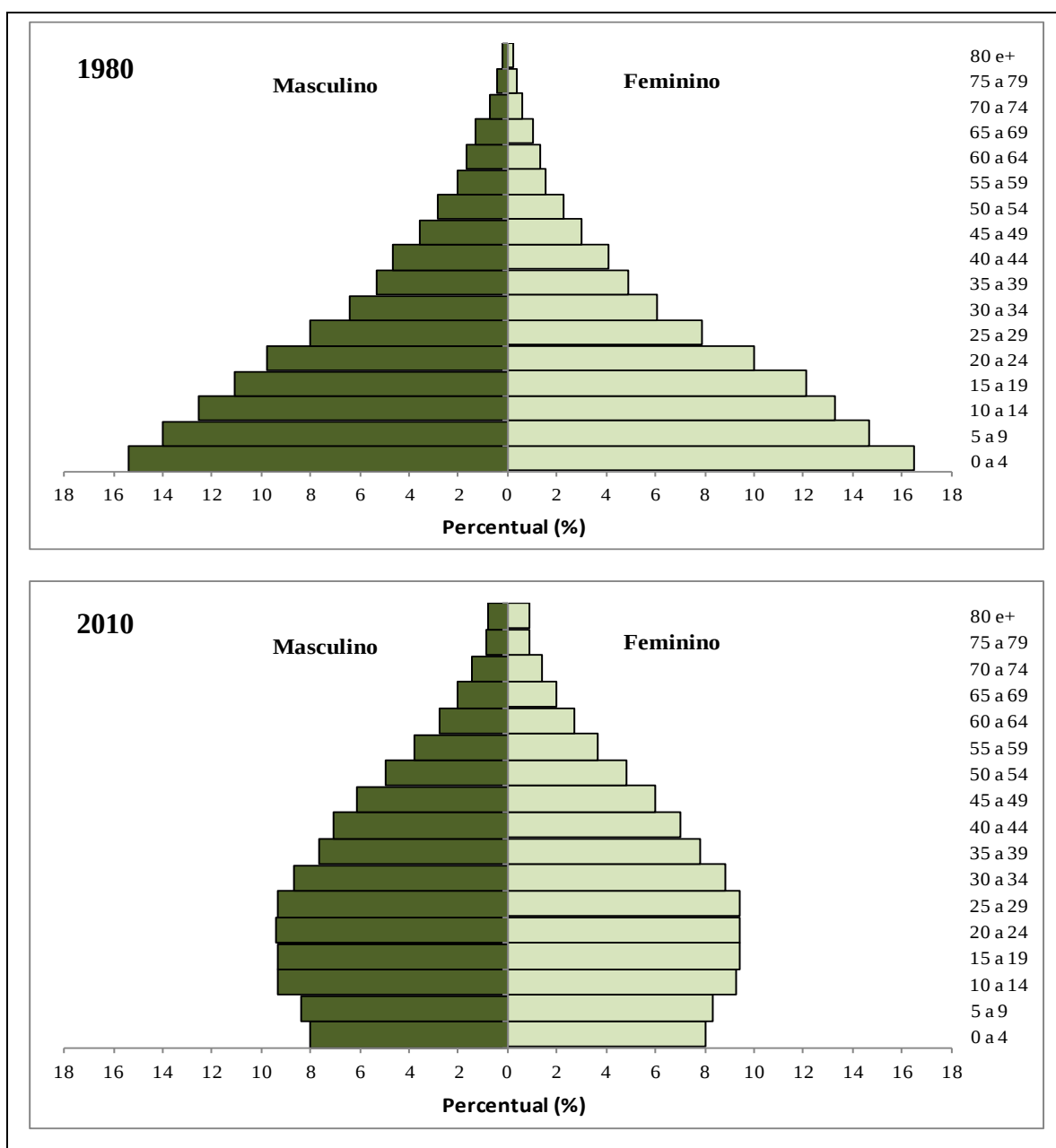
Anos	População			Anos	Taxa de Crescimento		
	Mato Grosso	Centro Oeste	Brasil		Mato Grosso (%)	Centro Oeste (%)	Brasil (%)
1940	192.531	1.250.982	41.165.289	1940/1950	0,9	3,3	2,3
1950	212.649	1.736.965	51.944.397	1950/1960	4,5	5,4	3,0
1960	330.610	2.942.992	70.070.457	1960/1970	6,1	5,6	2,9
1970	599.764	5.073.259	93.139.037	1970/1980	6,6	4,1	2,5
1980	1.138.691	7.545.769	119.011.052	1980/1991	5,4	2,0	1,9
1991	2.027.231	9.427.601	146.825.475	1991/2000	2,4	2,3	1,6
2000	2.504.353	11.636.728	169.799.170	2000/2010	1,9	1,9	1,2
2010	3.033.991	14.050.340	190.732.694	-	-	-	-

Fonte: Censo do IBGE, 1940/2010.

A estrutura etária da população identifica o padrão etário, se é jovem ou, idosa e suas mudanças ao longo do tempo. O Estado de Mato Grosso vem passando por grandes transformações na sua estrutura etária, onde se observa um alargamento da base da pirâmide em 1980 e um estreitamento no alto da mesma. Já 2010 aconteceu o contrario, estreitamento na base e alargamento no topo da pirâmide, causado possivelmente pelo declínio da fecundidade, pela queda da mortalidade e pelo aumento da expectativa de vida.

Esse comportamento alterou o crescimento da população adulta e a de idosos, pois em 1980 na faixa etária de 0 a 14 anos era de 31,8%, em 2010 caiu para 25,7%, ou seja, uma queda de 24,0%, na faixa etária de 15 a 59 anos era de 62,5%, em 1980, passou para 66,4% em 2010, isto é, um aumento de 6,2%, e na faixa etária acima de 60 anos era de 5,7% em 1980 aumentou para 7,9% em 2010, um crescimento de 38,6%, evidenciando uma propensão para o envelhecimento da população (Figura 1).

Figura 1 Pirâmide Etária de Mato Grosso, 1980 e 2010



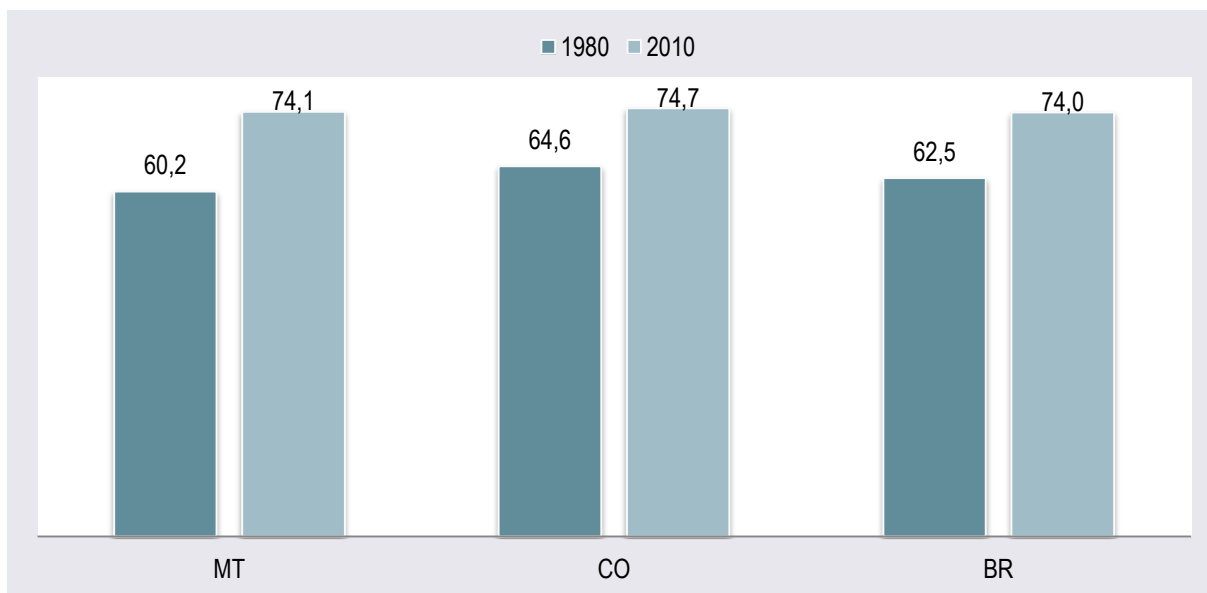
Fonte: IBGE/Censo Demográfico - 2010

1.1.2 EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER

Interpreta-se como o número de anos que em média uma pessoa tem probabilidade de viver. Mato Grosso tem melhorado este índice, nas últimas décadas, pois, obteve um aumento considerável, no período de 1980 a 2010, um crescimento na esperança de vida de aproximadamente 14 anos. Foi o Estado que apresentou o maior índice de aumento de anos de vida comparando com região Centro

Oeste e Brasil, no período considerado. Tendo em vista que superou a média brasileira que foi (11,5 anos), e da Região Centro Oeste que foi de (10,1), ou seja, um ganho de vida de 4 anos a mais (Figura 2).

Figura 2: Expectativa de Vida ao nascer. Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 1980 e 2010



Fonte: IBGE/DPEC/Coordenação de População e Indicadores Sociais COPIS

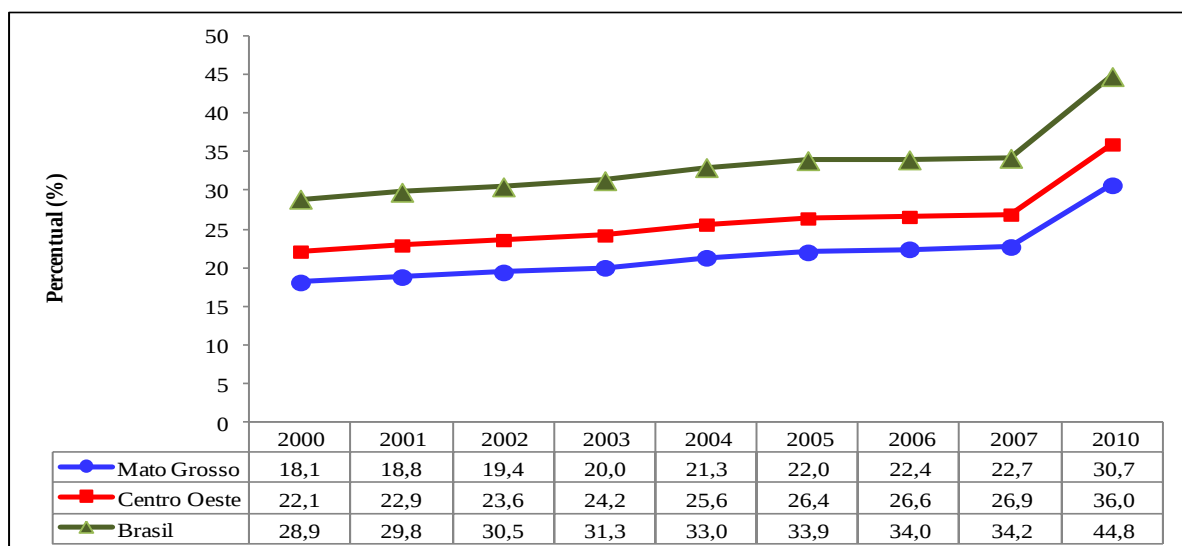
Em seu conjunto, a esperança de vida ao nascer por sexo, apresenta diferentes formas de crescimento. O sexo masculino, que era de 58,1 anos em 1980, passou a ser de 70,3 anos em 2010 e para o sexo feminino que em 1980, era de 63,2 anos passou a ser de 77,8 anos, em 2010. Isso significa um aumento da esperança de vida ao nascer de 12,2 anos para os homens e de 14,6 anos para as mulheres. Nessa ótica o aumento de vida das mulheres em relação à dos homens é superior em 10,7% no período analisado.

1.1.3 ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

Uma das mais importantes mudanças demográficas ocorridas em Mato Grosso, nos últimos anos tem sido o envelhecimento da sua população, cujas consequências geram impactos sócios e econômicos relevantes nos segmentos de educação, saúde, previdência social, aposentaria, nutrição e vacinação, acarretando com isso elevados custos econômicos, para o Estado.

Mato Grosso tem o menor índice de envelhecimento do Brasil e Centro Oeste, visto que, teve um crescimento médio anual de 4,6% no período de 2000 a 2010, com um aumento de 69,6%, em relação ao ano de 2000, um incremento maior do que a Região Centro Oeste que era de 62,9% e do Brasil que foi de 55,0%, refletindo um rápido processo de envelhecimento da população no Estado. (Figura 3)

Figura 3: Índice de envelhecimento. Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 2000 a 2010

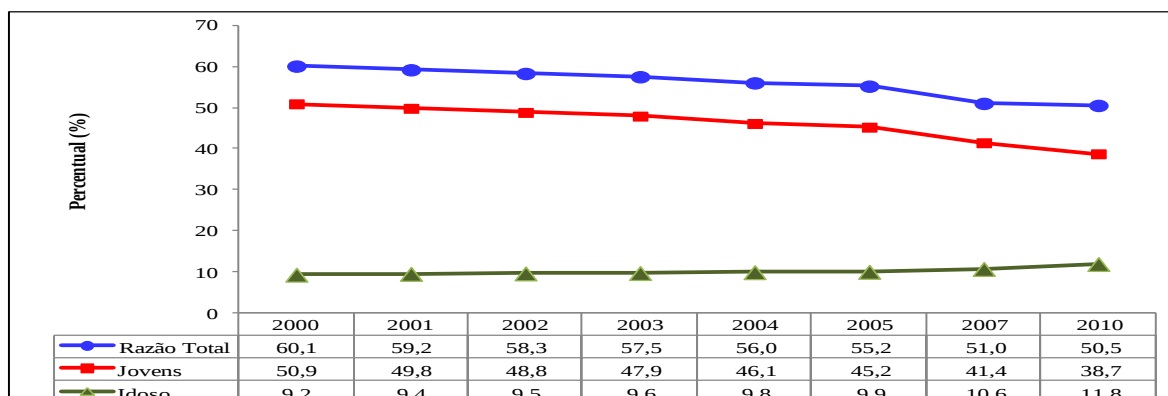


Fonte: IBGE

1.1.4 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA

É o segmento economicamente dependente de (0 a 14 anos), acrescido de idosos acima de 65 anos, sustentados pela população economicamente ativa de 15 a 59 anos. Dentro desse contexto, Mato Grosso apresenta um reduzido índice na razão de dependência de jovens de 24,0% e um aumento na população de idosos de 28,0%, no período de 2000 a 2010. (Figura 4)

Figura 4: Índice de envelhecimento. Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 2000 a 2010



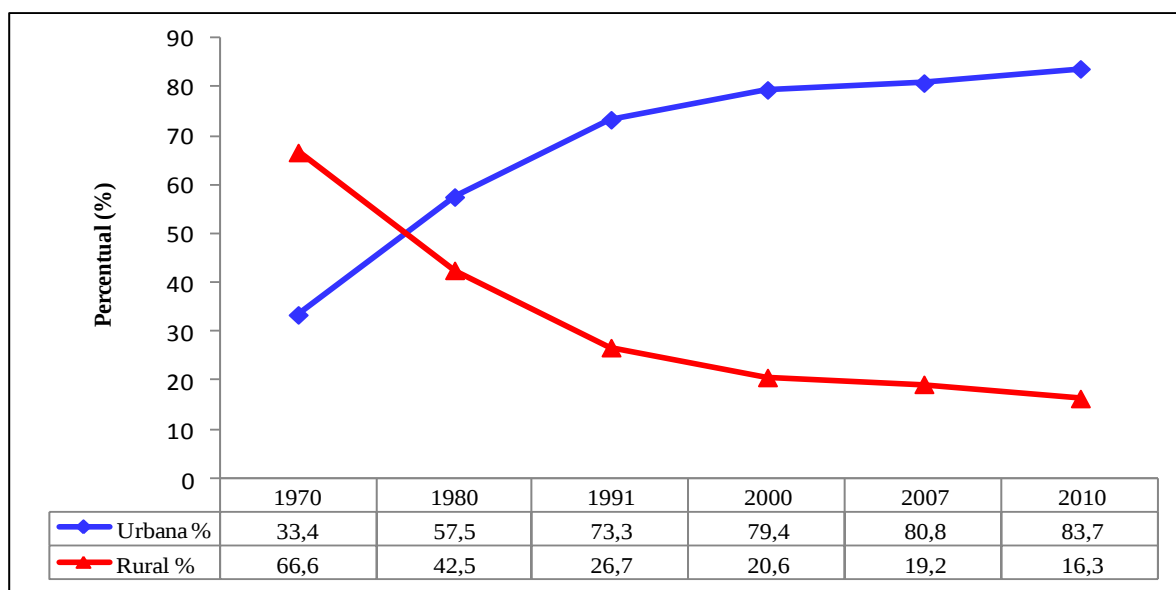
Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010

Essa trajetória aponta uma significativa mudança demográfica nesse período, e uma grande capacidade de crescimento para os próximos decênios, onde a população jovem terá um rápido declínio e a dos idosos um acelerado crescimento, evidenciando a necessidade de adotar políticas pública e sócias que atendam estas transformações.

1.1.5 URBANIZAÇÃO

A população urbana de Mato Grosso vem sofrendo um processo acelerado de crescimento, pois aumentou 379,0%, ou seja, triplicou de tamanho entre 1980 a 2010, alterando rapidamente o seu perfil rural, para o urbano. Tal procedimento tem origem em alguns fatores como o crescimento vegetativo da população em áreas urbanas, a migração dentro do próprio Estado direcionado aos centros urbano, a incorporação de pequenas áreas rurais no perímetro urbano, o êxodo rural e as mudanças no uso e posse da terra. Nesse sentido o crescimento da população urbana aumentou rapidamente e a população rural reduziu drasticamente (Figura 5).

Figura 5: Percentual da população urbana e rural, segundo situação de domicílio. Mato Grosso, 1970 a 2010



Fonte: IBGE/PNAD/COPIS

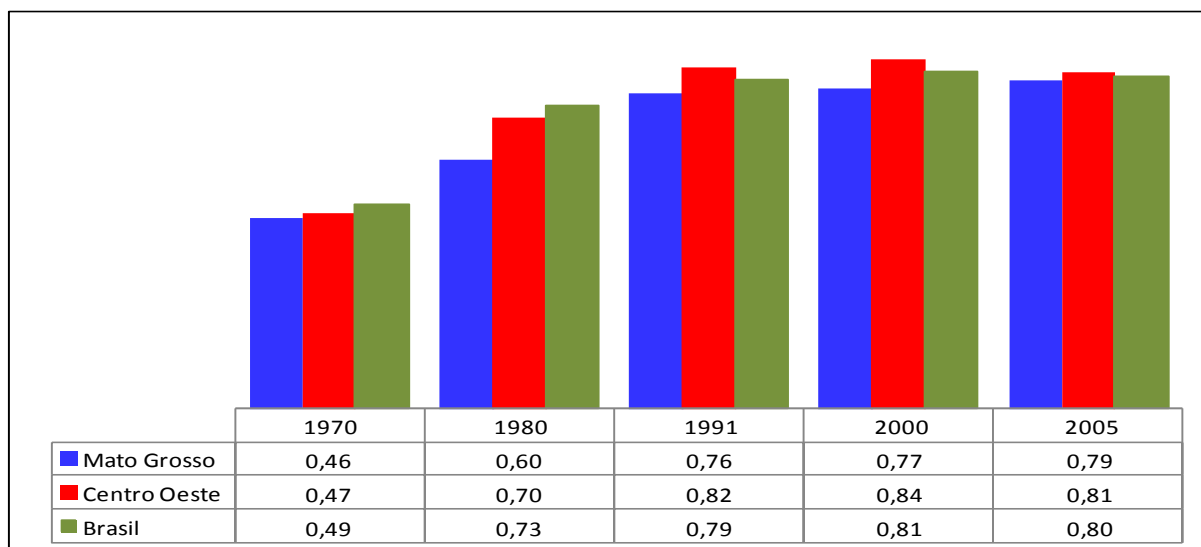
Este evento possivelmente ocorreu pela saída das pessoas do campo para as cidades, em busca de novas oportunidades de emprego e trabalho para sobreviverem. Como as cidades, não possuem

infraestrutura urbana e nem serviços suficientes, para absorver essa grande demanda de pessoas, surgem daí, os problemas da violência urbana com seus múltiplos efeitos e demais agravos sociais sobre a população.

1.1.6 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) tem como objetivo medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população. É calculado com base em dados econômicos e sociais. O IDH vai de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento. No cálculo do IDH são computados os seguintes fatores: educação (anos médios de estudo), longevidade (expectativa de vida da população) e Renda Nacional Bruta. O IDH do estado de Mato Grosso, em 2005 foi de 0,796 um aumento de 3,4% em relação ao ano de 2000 enquanto a região Centro Oeste e Brasil tiveram uma redução de 3,8% e 1,2% respectivamente (Figura 6).

Figura 6: : Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Mato Grosso, Centro Oeste e Brasil, 1970,1980,1991,1995, 2000 e 2005



Fonte: IBGE/COPIS

1.2 FATORES DE RISCO

A modificação das condições de saúde da população pode ser observada pela redução das doenças transmissíveis no estado. Porém há uma manutenção de doenças emergentes e reemergentes em Mato Grosso. Além do mais, um incremento das doenças não transmissíveis, resultando em mudanças

no padrão de utilização dos serviços de saúde e no do custo em saúde, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas.

Nesse sentido, as evidências científicas mostram que os principais fatores de risco para o grupo de doenças transmissíveis e não transmissíveis são os padrões comportamentais, biológicos e socioeconômicos da população. Dentre estes é possível a pobreza, as precárias condições de vida, o acesso reduzido ao saneamento básico, tabagismo, alcoolismo, hipertensão, diabetes, causas externas e a escassez de hábitos saudáveis, como atividade física, lazer, consumo de frutas e hortaliças e consumo reduzido de gordura animal.

Em 2010, foram identificados pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) realizado nas Capitais brasileira e Distrito Federal na população ≥ 18 no ano 2010 pelo Ministério da Saúde, em Cuiabá-MT os seguintes fatores: 15% de fumantes, 50,4% da população pesquisada com excesso de peso e 18,7% obesidade, 44,4% da amostra consome excesso de gordura, 14,7% declaram não ter atividade física regular e 20,1% possui um consumo abusivo de bebidas alcoólicas

1.3 MORBIDADE

Apesar da redução significativa no perfil da mortalidade do estado, as doenças transmissíveis ainda são importantes problemas de saúde pública pelo impacto expressivo sobre a morbidade, em especial aquelas para as quais não estão disponíveis mecanismos eficazes de prevenção e/ou que apresentam uma estreita associação com causas ambientais.

Ao apresentarem quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, algumas doenças transmissíveis configuram uma agenda inconclusa nesta área, com fatores limitantes da ação de saúde pública que tem dificultado o seu controle, a saber:

- a) a associação com precárias condições de vida da população, seja relacionada à pobreza, à desnutrição, seja à moradia, ou à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, drenagem urbana, destacando-se, neste grupo, a tuberculose, a hanseníase, a dengue, malária, hantavirose, hepatites, as doenças diarreicas e as gastroenterites;
- b) a baixa efetividade de medidas de controle, ressaltando-se as leishmanioses, a dengue e hantavirose;
- c) os hábitos de vida, cuja intervenção requer estratégias diferenciadas visando a adoção de práticas saudáveis e medidas de redução de dano, envolvendo, nesta categoria, além das hepatites virais B e C, outras doenças sexualmente transmissíveis.

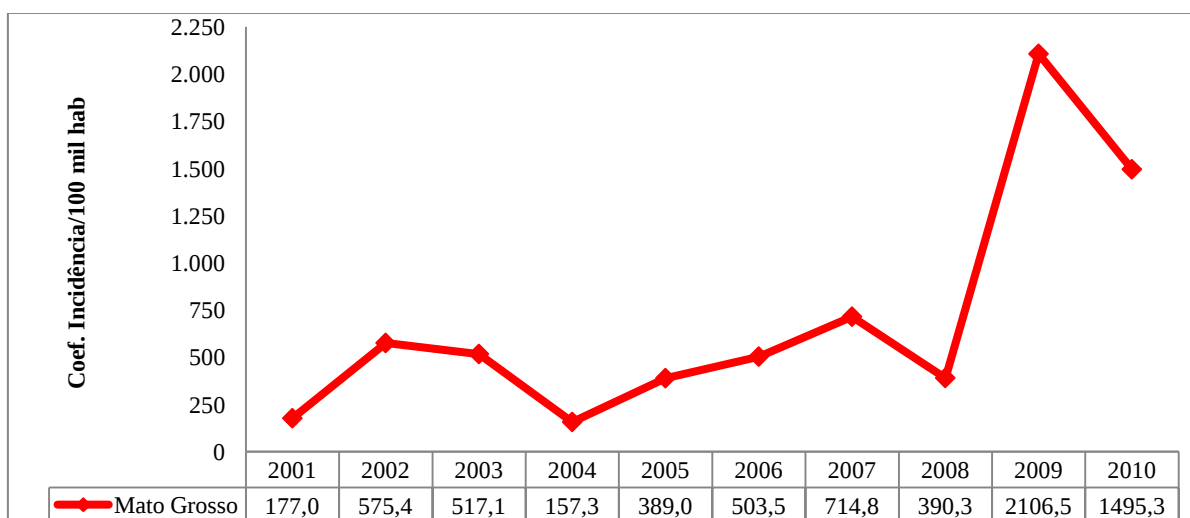
Verifica-se, portanto, que muitas vezes os fatores incidem conjuntamente sobre as mesmas doenças, o que requer a adoção de estratégias integradas do setor saúde e da área social como um todo.

1.3.1 DENGUE

A situação atual da dengue no Brasil caracterizou pela ampla distribuição do *Aedes aegypti* em todas as regiões, com uma complexa dinâmica de dispersão do seu vírus. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, dos Estados e dos municípios, essa situação ao longo dos anos provocou a ocorrência de epidemias principalmente em centros urbanos, infringindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde; com ocorrência de óbitos.

No Estado de Mato Grosso a dengue configurou como um problema de saúde pública a partir de 1992, sendo atribuída a circulação do sorotipo DENV-1. Desde então a doença passou a ocorrer de forma endêmica com aumento significativo dos números de casos notificados no Estado de Mato Grosso, reflexo da dispersão do mosquito *Aedes aegypti* associada à mobilidade da população, registrando a primeira epidemia em 1995 com 11.628 casos, quatro anos depois dos primeiros registros. Na Figura 7 observa-se que o coeficiente de incidência segue uma tendência crescente, e o risco de adoecer por dengue tem-se mostrado médio alto no estado¹.

Figura 7: Série Histórica do coeficiente de Incidência (100.000 habitantes) segundo notificação. Mato Grosso, 2001 a 2010

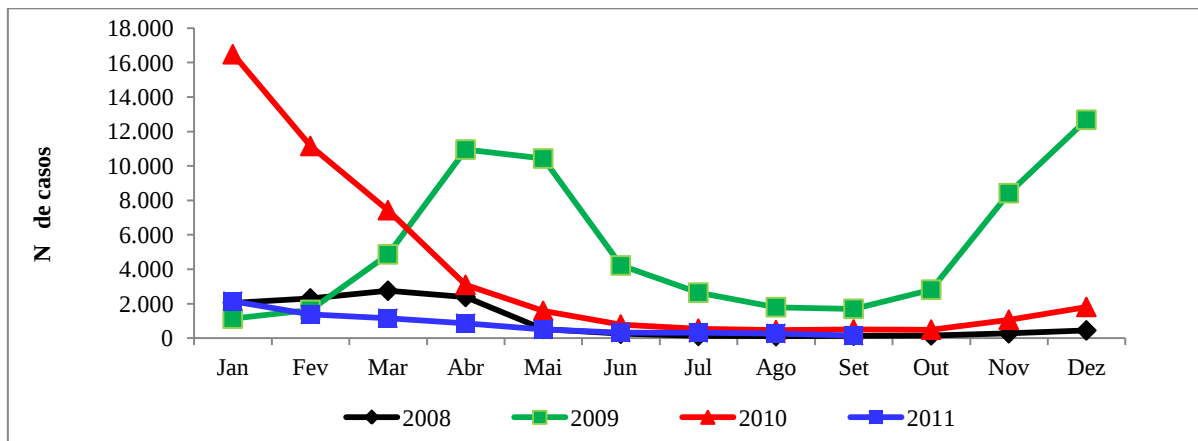


Fonte: SES/SVS/COVEPI

¹ Parâmetros para Coeficiente de Incidência – Alto Risco ($\geq 300/100.000$ hab.); Médio Risco (100 a $299/100.000$ hab.) e Baixo Risco ($\leq 299/100.000$ hab.).

Na Figura 8, observa que nos meses onde ocorrem o período de chuvas nos meses de outubro de um determinado ano a março do ano seguinte agravam-se a situação epidemiológica da dengue nos municípios, o que propõe medidas e estratégias mais rigorosas a fim de se evitar novas epidemias.

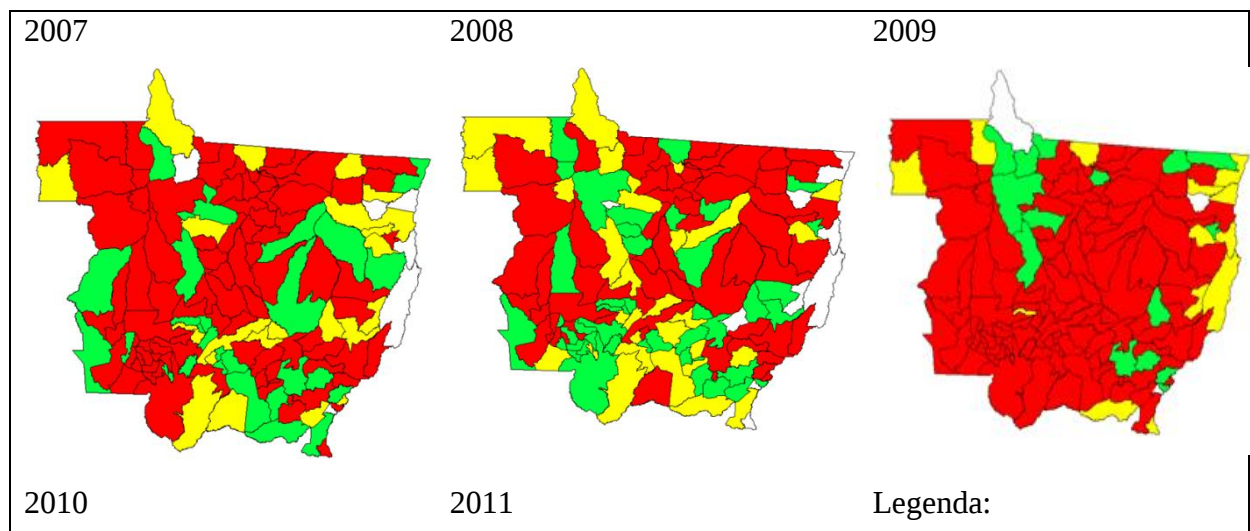
Figura 8: Número de casos de Dengue por residência, segundo mês de notificação. Mato Grosso, 2008 a 2011

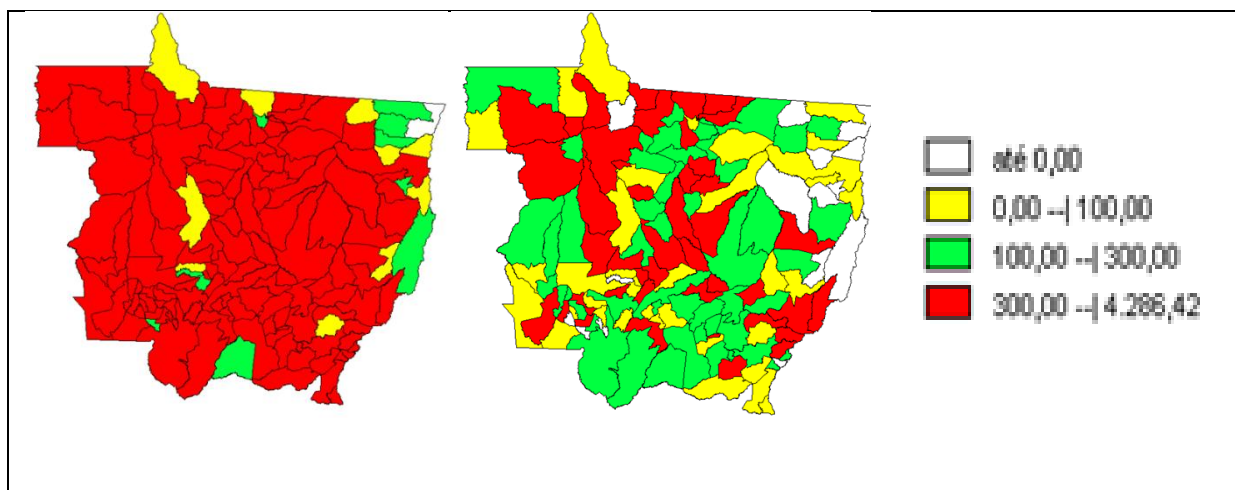


Fonte: SES/SVS/COVEPI

A incidência de dengue de acordo com os municípios de residência nos anos de 2007 a 2010 demonstrou de formas distintas a alta transmissão de casos, levando alguns municípios a serem classificados como alto risco para difusão do agravo (Figura 9).

Figura 9: Distribuição da Incidência de dengue por municípios de residência. Mato Grosso, 2007 a 2010





Fonte: SES/SVS/COVEPI/

Durante a epidemia houve uma rápida dispersão do sorotipo DENV-2 para outras regiões e ao final do mesmo ano vários municípios já apresentavam a circulação simultânea dos sorotipos DENV 1, DENV 2 e DENV 3. No primeiro semestre de 2010 observou-se a re-emergência do DENV1, na maioria dos municípios da região do Centro-Oeste e do Brasil, levando a uma importante transmissão da doença.

Em Mato Grosso no decorrer dos anos foram detectados três sorotipos virais DEN 1, DENV 2, DENV 3; responsáveis pela infecção da dengue.

Como o DENV “4” já foi identificado em alguns Estados do Brasil toda a população está suscetível a infecção por esse sorotipo principalmente a parcela da população que não teve contato com nenhum dos três tipos virais.

No entanto, os isolamentos dos vírus foram esporádicos gerando epidemias em alguns municípios, tendo confirmação da circulação dos sorotipos DENV1, DENV 2 e DENV 3 em regiões descentralizadas que vieram contribuir ao desencadeamento de altas incidências de casos notificados.

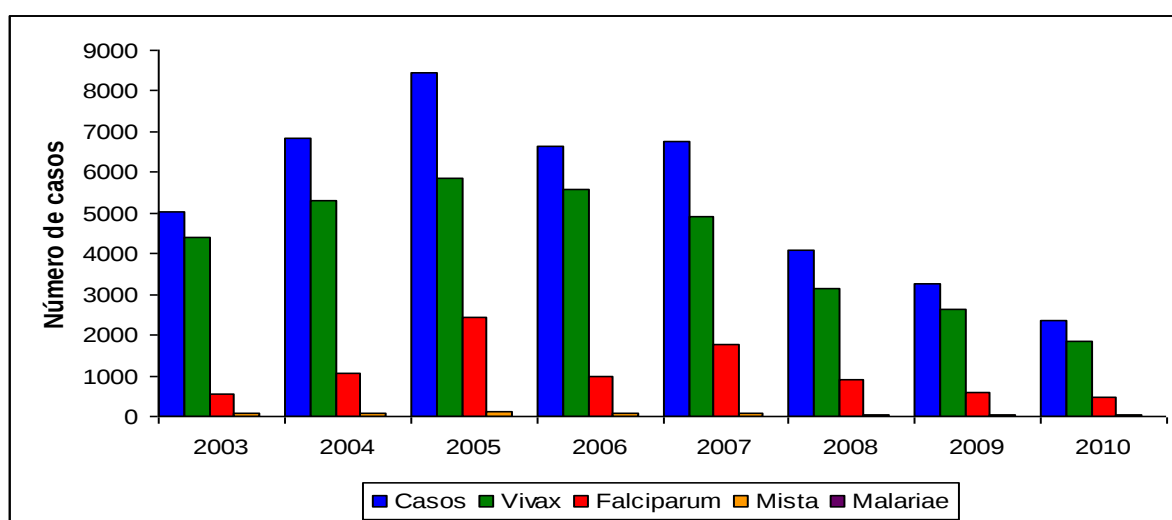
A possibilidade de introdução do DENV 4 no Estado de Mato Grosso fez com que as esferas de governo implementassem ainda mais os cuidados de prevenção e promoção, devido ao risco de uma parcela importante da população que não teve contato com nenhum dos três sorotipos estarem suscetíveis a doença.

Diante desse o contexto histórico do Estado de Mato Grosso observa-se que os três sorotipos virais já circularam pelos municípios, tornando a incidência de transmissão de casos entre médio e alto risco para o agravo. Com a possibilidade da introdução do tipo 4, as esferas do governo deve aumentar as informações sobre a doença com foco na implementação na prevenção da doença e promoção da saúde.

1.3.2 MALÁRIA

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, cujo agente etiológico é protozoário transmitido por vetores. Possui importância epidemiológica, pela elevada incidência na região amazônica e potencial gravidade clínica. O estado de Mato Grosso vem alcançando resultados positivos por meio de esforços mútuos entre Escritórios Regionais de Saúde (ERS) e municípios, os quais obtiveram uma redução no número de casos de malária em 19,9% no ano de 2009 ao comparar com o ano de 2008 e de 28,75% em 2010 ao comparar com 2009. A predominância de infecções por *P. vivax* ocorre em todos os anos (Figura 10).

Figura 10: Casos notificados de malária segundo espécie de *Plasmodium*. Mato Grosso, 2003 a 2010



Fonte: SES/SVS/COVEPI

Fatores que contribuíram para redução da incidência de casos de malária em Mato Grosso: Capacitações, execução do projeto de Ações Integradas e Contínuas para Controle da Malária no município de Colniza (outubro de 2007 a setembro de 2009); Investimento de equipamentos nos municípios com alta incidência de malária (bomba costal, carro, motocicletas, grupo geradores, computadores e microscópio) nos últimos 05 anos; Parceria entre SES e o PNCM/MS; Comprometimento de profissionais de saúde no controle do agravo; Mudanças no comportamento ambiental como: redução do desmatamento e queimadas e redução do fluxo migratório.

O município de Colniza em 2010 manteve-se no topo com o registro da maioria das notificações (1009), mas obteve redução de aproximadamente 60,0% ao comparar com 2009, outros municípios com registros foram: Aripuanã com 181 casos de malária notificados, Lucas do Rio Verde com 135, Sinop com mais de 100 e Água Boa com 30 casos. Observa-se que o número de municípios notificantes vem mantendo o mesmo patamar desde 2007.

A malária é uma doença que pode evoluir para forma grave e complicada. Em relação a internações observa-se uma redução contínua desde o ano de 2005, sendo que estas têm sua maior ocorrência nos municípios com baixo risco de adoecer por malária devido a pouca experiência com a doença. Já os óbitos ao longo dos oito anos foram registrados 33 sendo que no ano de 2010 foram 7 (sete), com destaque ao município de Lucas do Rio Verde onde ocorreram 3 (três) óbitos.

Observa-se que os casos e o IPA seguem uma tendência decrescente (Figura 11). E o risco de adoecer por malária tem-se mostrado baixo no estado ($< 9/1.000$ habitantes) conforme os parâmetros do Ministério da Saúde².

Figura 11: Casos notificados de malária e incidência parasitária anual por 1.000/hab. Mato Grosso, 2003 a 2003 a 2010.



Fonte: SES/SVS/COVEPI

Quanto à faixa etária, o maior número de casos está concentrado entre 15 a 59 anos, o que possivelmente possa estar relacionado com o trabalho, ou seja, a faixa economicamente ativa. Durante os oito anos analisados, as infecções pelo *plasmodium* foram predominantes nos indivíduos do sexo masculino; o que pode ter relação com o trabalho de extração mineral e vegetal.

O intervalo do diagnóstico e tratamento são ações primordiais para interromper a cadeia de transmissão da doença e evitar a evolução para formas graves. Verificou-se que em Mato Grosso em média 98% dos casos de malária foram diagnosticados e tratados em até 24 horas do início dos sintomas da doença, demonstrando que o paciente está tendo acesso a rede de atenção. Porém, as recomendações da educação em saúde ao paciente é orientá-lo a buscar atendimento o mais precocemente possível. O Estado é endêmico para a doença, porém tem-se a região noroeste com maior transmissão, a qual concentra mais de 60,0% dos casos, com destaque ao município de Colniza.

² Parâmetros para Incidência Parasitária Anual (IPA) – Alto Risco ($\geq 50/1000$ hab.); Médio Risco (10 a 49/1000 hab.) e Baixo Risco (0,1 a 9/1000 hab).

São vários os fatores determinantes e condicionantes para a persistência dessa situação no município de Colniza como: população flutuante (fronteira com os Estados do Amazonas e Rondônia), a presença do vetor, potenciais criadouros (devido ao grande potencial hídrico) e das atividades garimpeiras e extração de madeira.

A população mais acometida nessa região está em idade produtiva, residentes em zona rural, que realizam atividades em garimpos, extração de madeira, dentre outras. No Estado podemos dizer que a malária esta parcialmente controlada, tendo em vista que 80,0 % das notificações registradas concentram-se em uma região pontual/focal (noroeste) e algumas situações em municípios silenciosos e/ou baixo risco como Sinop, Lucas do Rio Verde e outros.

Diante do contexto, têm-se algumas dificuldades na identificação, tratamento e controle, pois a população tem pouco conhecimento sobre a doença, indivíduos advindos de Estados endêmicos como Rondônia, Amazonas e Pará, dificultando assim uma detecção precoce e tratamento oportuno. Os serviços de saúde de municípios com baixa transmissão e/ou silenciosos demonstram dificuldade diferenciar malária de outras doenças endêmicas e quadro virais mesmo sendo um Estado endêmico.

1.3.3 HANTAVIROSE

O sistema de vigilância da Hantavirose é complexo, pouco flexível, instável, com baixa aceitabilidade, sensibilidade, carece de grandes quantidades de recursos (financeiros e humano), porém é de grande utilidade para detectar casos de Síndrome Cardiopulmonar pelo Hantavírus (SCPH) e identificar surtos, orientar medidas de prevenção e controle e gerar mudanças nas práticas clínicas e de vigilância.

Em Mato Grosso a vigilância da hantavirose foi instituída em 1999, após a confirmação dos primeiros casos humanos, que se multiplicaram, principalmente na região do médio norte do estado.

Em cooperação técnica do estado de MT com MS, FIOCRUZ e Instituto Evandro Chagas (IEC) atuaram no conhecimento da história natural da doença e as formas de prevenção e controle. Foram realizados treinamentos em vigilância e a primeira captura de roedores no estado com coleta de sorologia (2001) em humanos na região médio norte.

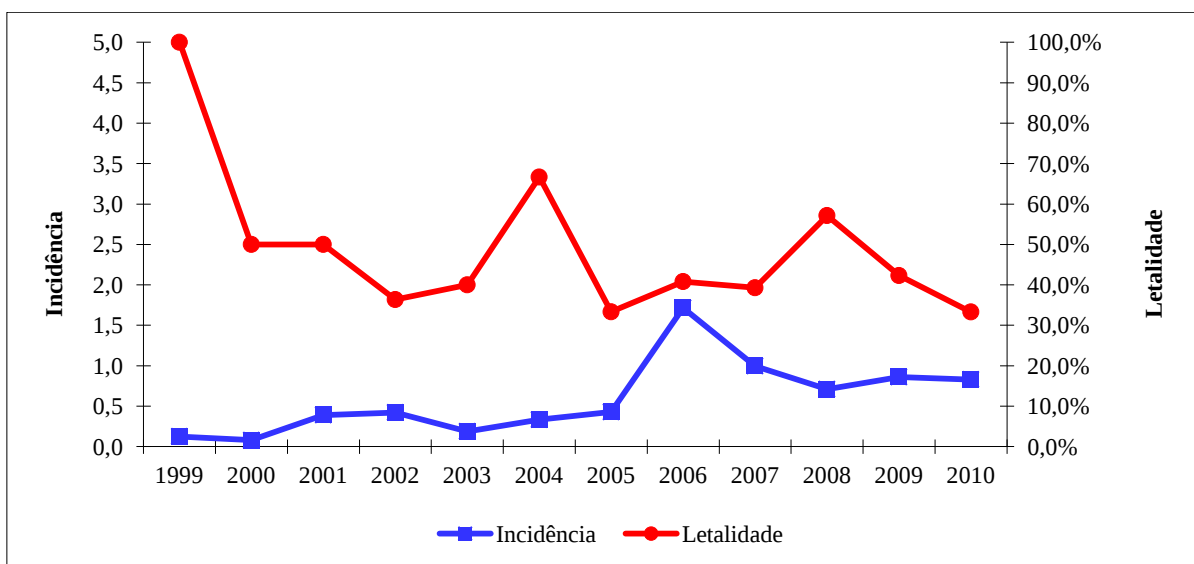
Os casos de SCPH se concentraram na região do médio norte, área agrícola e produtora de grãos, que sofreu mudança de seu bioma do cerrado para grandes extensões de plantações de monocultura. No ano de 2006, os casos aumentaram significativamente na região médio norte e a letalidade chegou a 60,0%, gerando grande mobilização social e pânico nos municípios afetados.

Entre os anos de 2007 e 2008, ocorreu uma parceria entre os produtores rurais e a prefeitura municipal de Campo Novo do Parecis, sendo criado e executado o Projeto Prevenir, com o objetivo de envolver

os produtores e trabalhos rurais na prevenção da hantavirose, tornando-os ativo nesse processo. Assim foram realizadas visitas a todas as propriedades rurais do município, por técnicos capacitados que inspecionaram e orientaram sobre as medidas preventivas.

Os primeiros casos de SCPH ocorreram em 1999 no município de Campo Novo do Parecis, e até 2010 foram registrados 204 casos. A taxa de letalidade média de Mato Grosso no período foi de 49,1%, variando entre 33,3% e 100,0% e a incidência no estado variou, nesses 12 anos, de 0,08/100.000 habitantes a 1,7/100.000 habitantes (Figura 12).

Figura 12: Incidência (por 100.000/hab.) e Letalidade da Hantavirose em Mato Grosso, 1999 a 2010



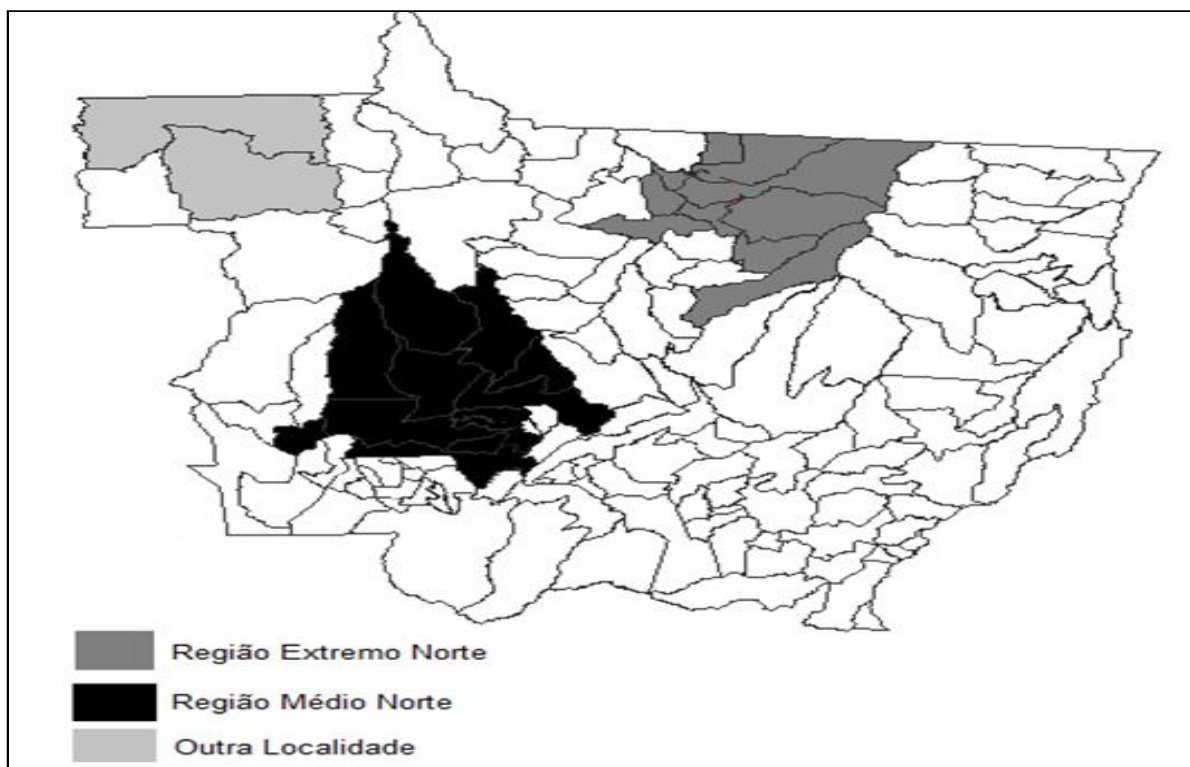
Fonte: SES/SVS/COVEPI

Os pacientes eram em sua maioria do sexo masculino 154 (75,5 %) e 50 (24,5%) do sexo feminino. A idade variou entre 2 e 70 anos, média de 30,2 anos.

Dos 141 municípios do estado 27 apresentam a doença, ao longo dos doze anos, os municípios com maior número de casos foram Campo Novo dos Parecis (52 casos), Tangará da Serra (36 casos), Diamantino (13 casos), Peixoto de Azevedo (13 casos) e Marcelândia (12 casos).

Com relação à distribuição temporal a maioria dos casos ocorreram em duas regiões distintas, região médio norte e região extremo norte, sendo estas as regiões endêmicas de Mato Grosso (Figura 13). Na região médio norte a taxa de letalidade variou entre 20,0% e 100,0%, com média nos 12 anos de 48,7% e na região do extremo norte 0,0% e 100,0%, com uma média de 43,6%.

Figura 13: Localização espacial dos casos de SCPH em Mato Grosso, de acordo com o local provável de infecção no período de 1999 a 2010.



Fonte: SES/SVS/COVEPI

Na região do extremo norte de Mato Grosso, não existe sazonalidade para a SCPH, com ocorrência de casos em todos os meses do ano, porém 20,0% ocorreram no mês de janeiro. Em relação a zona de residência, 69,0% residiam em zona rural e 41,9% possivelmente se infectaram no domicílio enquanto que 47,3% no ambiente de trabalho.

Desde 1999 a região do médio norte de Mato Grosso registrou casos de SCPH em todos os anos, além de apresentar a ocorrência mensal, ou seja, casos em todos os meses do ano ao longo da série histórica. Os locais prováveis de infecção que mais registraram casos foram Campo Novo do Parecis (52), Tangará da Serra (35), Diamantino (13) e Barra do Bugres (10).

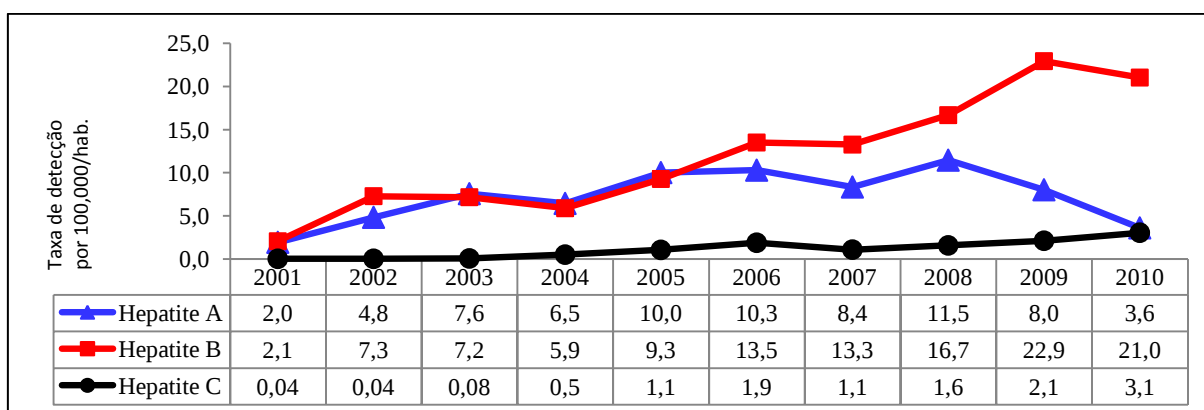
Nesse sentido há necessidade de implementar medidas de prevenção e controle que constituem em ações mais efetivas no enfrentamento da SCPH, tendo em vista que não existem medicamentos, vacinas e/ou medidas terapêuticas eficazes. Além disso, será definida, com base no conhecimento prévio da biologia e do comportamento dos roedores, uma estratégia de controle dos roedores, de acordo com seus habitat em área domiciliar, periodomiciliar ou silvestre.

1.3.4 HEPATITES VIRAIS

A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude varia de região para região, de acordo com os diferentes agentes etiológicos. No Brasil, esta variação também ocorre. As hepatites virais têm grande importância para a saúde pública e para o indivíduo, pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

Ao longo de 10 anos as Hepatites Virais (A, B e C) vem apresentando uma tendência crescente em sua taxa de detecção, porém nos últimos anos observa-se que a hepatite A e B tiveram uma redução de caso. Já a hepatite C teve um acréscimo dos casos a partir de 2005 (Figura 14). Em 2010, nota-se que o estado tem uma taxa de detecção para a Hepatite B em torno de 22 por 100.000 habitantes bem acima da taxa do Brasil (6,1 por 100.000 habitantes).

Figura 14: Taxa de detecção de hepatite A, B e C (por 100.000 hab.) segundo classificação etiológica por ano de notificação. Mato Grosso, 2001 a 2010*



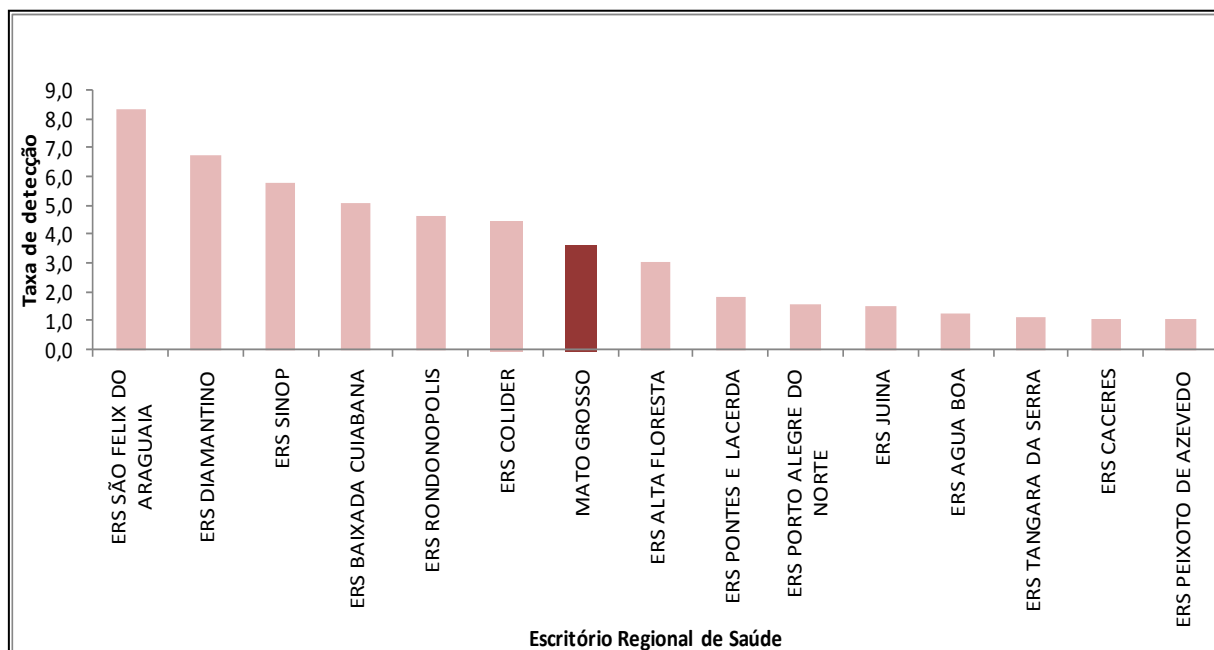
Fonte: SES/SVS/COVEPI

No Brasil, observou-se que os casos de hepatite A, em sua maioria, foram de crianças menores de 13 anos, porém com uma redução da incidência a partir de 2006. Em 2009, a taxa incidência nacional foi de 16,5 por 100 000 habitantes. A região que apresentou a segunda maior taxa (31,0) foi o Centro-Oeste (31,0) e o estado de Mato Grosso de 28,1 por 100 mil habitantes.

Na Figura 15, verifica-se que em 2010 o estado apresentou taxa de 3,5 por 100.000 habitantes e que 8 ERS (Escritórios Regionais de Saúde) apresentaram taxas abaixo deste valor.

Em 2010 as regiões Norte e Sul foram as que apresentaram as maiores taxas 9,7 e 3,8 respectivamente. No gráfico 1, verifica-se que em 2010 o estado de Mato Grosso apresentou taxa de 3,5 por 100.000 habitantes e que 9 ERS (Escritórios Regionais de Saúde) apresentaram taxas abaixo desse patamar.

Figura 15: Taxa de incidência de hepatite A (por 100.000 hab.) segundo regional de residência. Mato Grosso, 2010*.



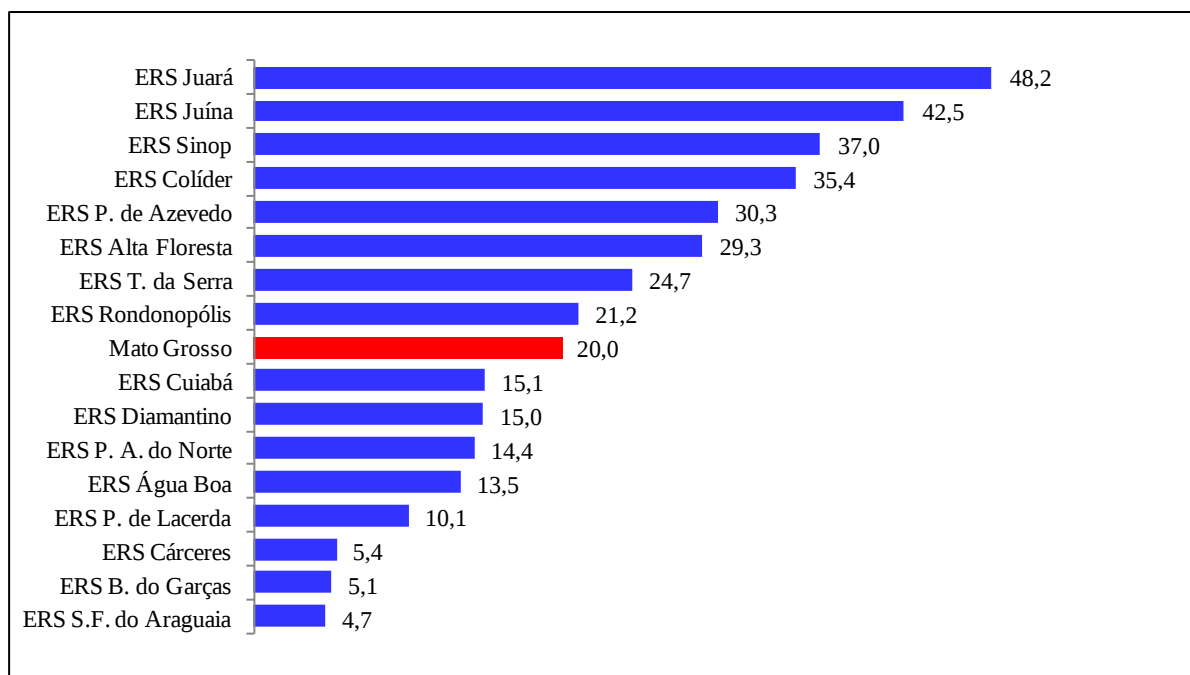
Fonte: SES/SVS/COVEPI

Em relação a faixa etária e sexo, as maiores taxas de incidência de hepatite A no estado estão na faixa etária de 5 a 14 anos em ambos os sexos, e de 25 a 29 anos, com predomínio do sexo masculino.

A Hepatite B (HBV) é considerada uma doença sexualmente transmissível, pois seu vírus está presente no sangue, no espermatozoides e no leite materno. Em pessoas adultas infectadas com o HBV, 90,0 a 95,0% se curam; 5,0 a 10,0% permanecem com o vírus por mais de 6 meses, evoluindo para a forma crônica da doença.

Em 2010, o Estado de Mato Grosso apresentou uma taxa de 20,0/100 mil habitantes e 8 ERS apresentaram taxas menores que o estado, o que confere alta endemicidade no Mato Grosso (Figura 16).

Figura 16: Taxa de detecção de hepatite B (por 100.000 hab.) segundo regional de residência. Mato Grosso, 2010*



Fonte: SES/SVS/COVEPI

No ano de 2010 a maior taxa de detecção para o sexo feminino encontra-se na faixa etária de 20 a 24 anos, com 60,5 casos para cada 100 mil habitantes, enquanto para o sexo masculino a maior taxa foi de 31,9, na faixa etária de 40 a 49 anos.

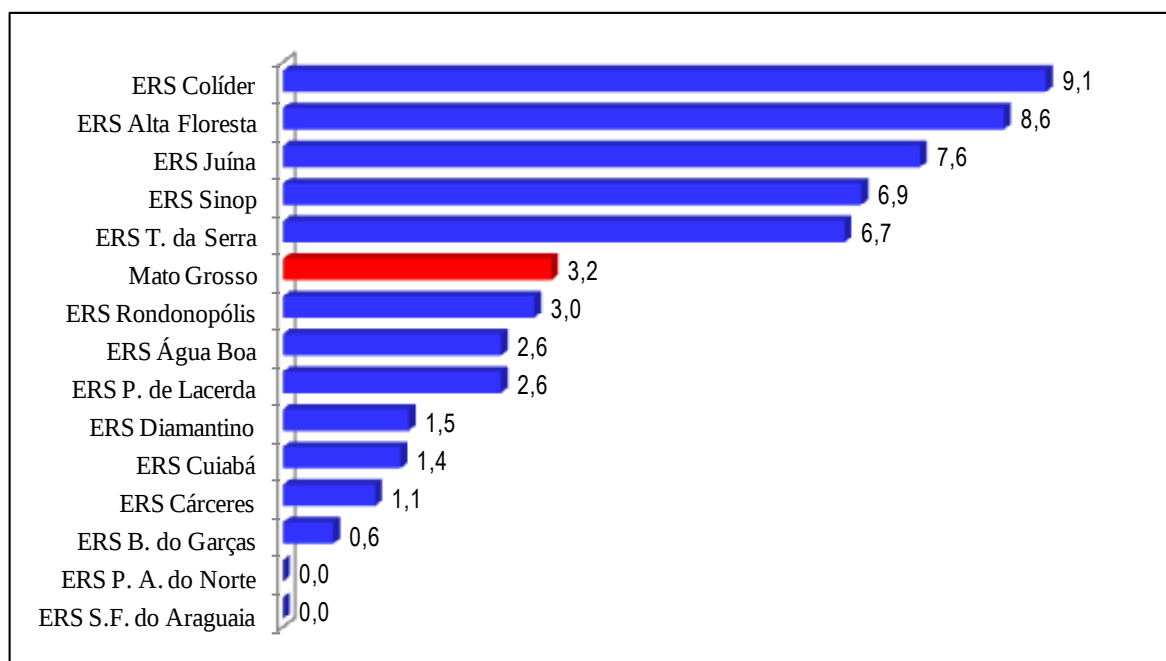
É importante destacar que o percentual de casos confirmados segundo forma clínica está diretamente relacionado com a completitude da ficha de notificação, onde ainda tem-se uma precariedade destes registros, e ainda com muitos casos inconclusivos.

Dentre os casos de hepatite B, um importante destaque deve ser dado às gestantes, devido a possibilidade de transmissão vertical e da existência de medidas profiláticas da infecção no recém-nascido.

Em relação, a taxa de detecção em gestantes foi de 0,5 por mil habitantes, no Brasil. O Mato Grosso apresentou taxa de detecção em gestantes de 2,8 e 3,2 respectivamente nos anos de 2009 e 2010.

Na Figura 17, observa-se que 5 ERS apresentaram taxas maiores que o estado.

Figura 17: Taxa de detecção de Hepatite B em gestantes (por 1000 NV) segundo regional de residência. Mato Grosso, 2010*



Fonte: SES/SVS/COVEPI

Uma das medidas de prevenção da hepatite B é a imunização na faixa etária de 0 a 19 anos, o estado apresentou uma cobertura de 87,5%, abaixo do preconizado que é 95,0%. Porém, quando se estratifica por faixa etária, nota-se a cobertura na faixa etária de 15 a 19 anos foi a mais baixa no ano de 2010 (Tabela 2).

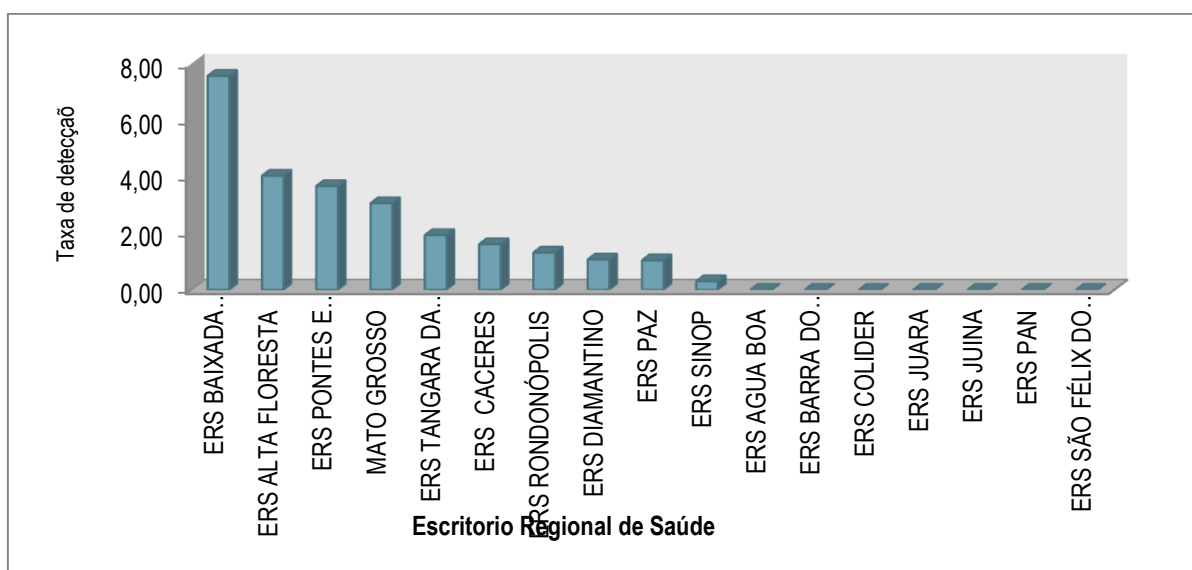
Tabela 2 - Cobertura vacinal de Hepatite B. Mato Grosso, 2010.

Faixa etária	Cobertura
< 1 ano	102,37%
05 a 10 anos	104,33%
11 a 14 anos	93,15%
15 a 19 anos	53,29%
Zero a 19 anos	87,47%

Fonte: SES/SVS/COVEPI

A hepatite C, no período de 1999 a 2010, teve 69.952 casos confirmados no Brasil. Em Mato Grosso a taxa de detecção foi 1,6 e 3,1/100.000 hab. nos de 2009 e 2010, respectivamente, demonstrando um incremento da incidência de Hepatite C no estado. Na Figura 18, observa-se que apenas três ERS tiveram taxas maiores que o estado para hepatite C, no ano de 2010.

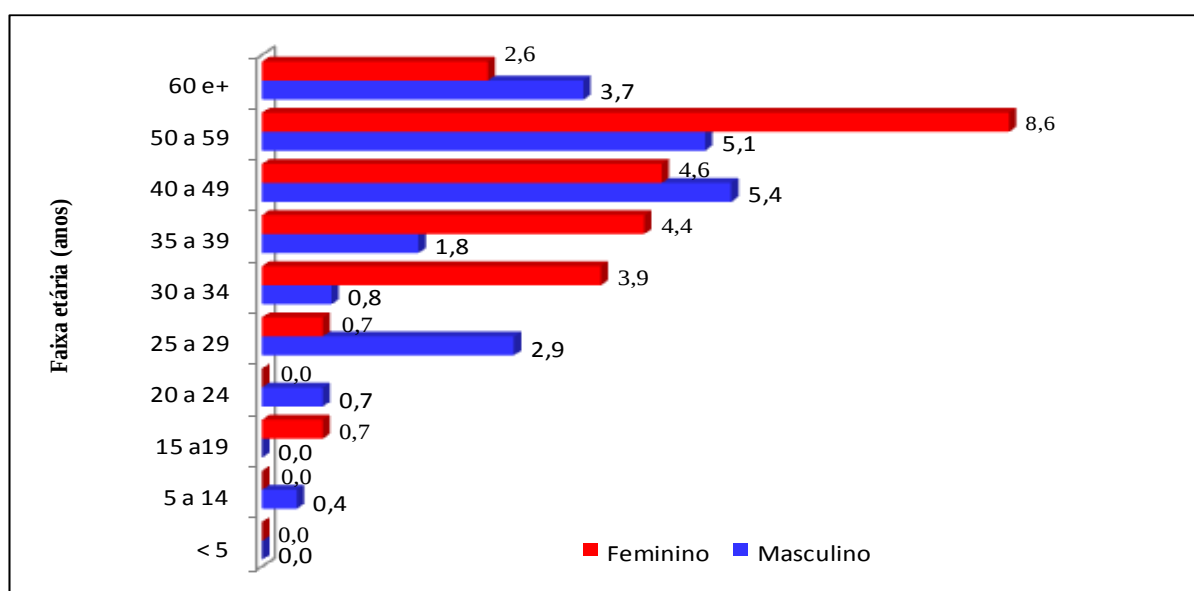
Figura 18: Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 hab.) segundo regional de residência. Mato Grosso, 2010*.



Fonte: SES/SVS/COVEPI

Na Figura 19, observa-se o comportamento das taxas de detecção para Hepatite C em 2010 segundo sexo e a faixa etária. A maior taxa para ambos os sexos ocorre na faixa etária de 50 a 59 anos de idade, sendo 8,6 casos para cada 100 mil habitantes do sexo masculino e 5,1 entre o feminino, o que não difere da realidade nacional, onde as maiores taxas de detecção também são visualizadas nesta faixa etária 16,3 para o sexo masculino e 10,3 para o sexo feminino.

Figura 19: Taxa de detecção de hepatite C (por 100.000 hab.) segundo faixa etária e sexo. Mato Grosso, 2010*



Fonte: SES/SVS/COVEPI

Quanto a provável fonte / mecanismo de infecção, observa-se que as maiores proporções de casos estão relacionadas a transmissão sexual (66,0%), transfusão sanguínea (13,0%), e ao uso de drogas (8,6%) .

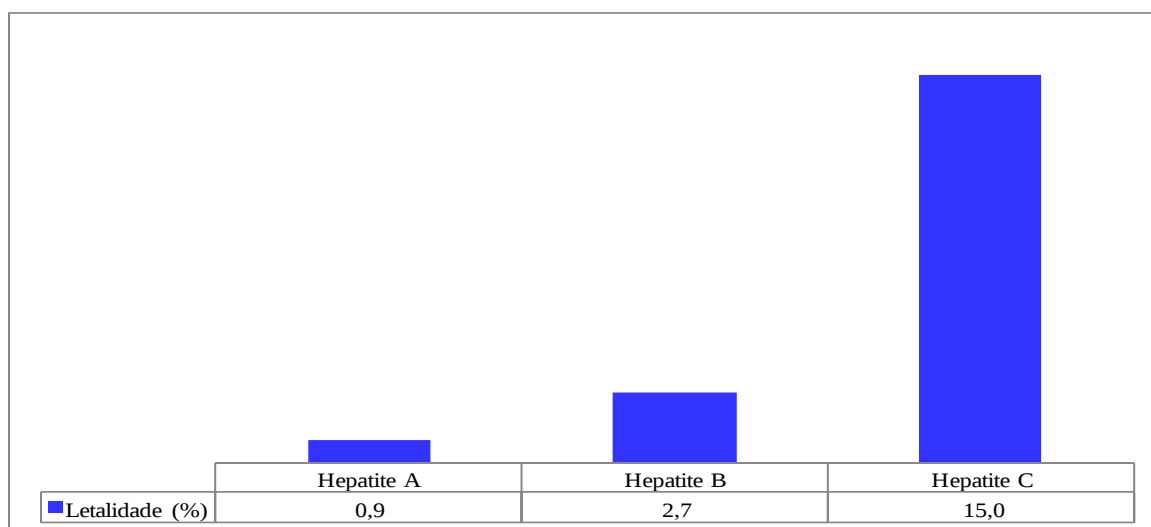
É importante destacar que a hemovigilância tem um papel ímpar quanto a possibilidade de transmissão transfusional, ressaltando que as sorologias para Hepatite C foram incluídas nos bancos de sangue a partir de 1993, e todos os receptores/doadores anterior a este período devem ser investigados e realizar nova sorologia.

A Hepatite D (ou hepatite delta) depende do VHB (Vírus da Hepatite B) para causar infecção. Portanto, o indivíduo só terá hepatite D se tiver com infecção pelo VHB. Os estados do Acre e do Amazonas agregam a maioria dos casos de hepatite delta. No estado de Mato Grosso, são poucos os casos confirmados de Hepatite delta, totalizando no período de 2002 a 2010 vinte e quatro (24) casos confirmados de hepatite Delta.

Em relação a mortalidade, os óbitos atribuídos às hepatites virais no Mato Grosso, considerando apenas causa básica, o maior número registrado entre os anos de 1999 a 2010 foi decorrente da hepatite B, com 122 óbitos. Em seguida a Hepatite C, com 86 óbitos; a Hepatite A com, 26 óbitos; a Hepatite D com um óbito.

No Brasil, os coeficientes de mortalidade por hepatite B são baixos e não ultrapassam 0,3 óbitos a cada 100 mil habitantes. Considerando o ano de 2010, o estado de Mato Grosso apresentou coeficiente de mortalidade de 0,5 para Hepatite B e C. Em relação à letalidade, o maior percentual foi relacionado a hepatite C (Figura 20).

Figura 20 Taxa de letalidade de Hepatites Virais. Mato Grosso. 2010*



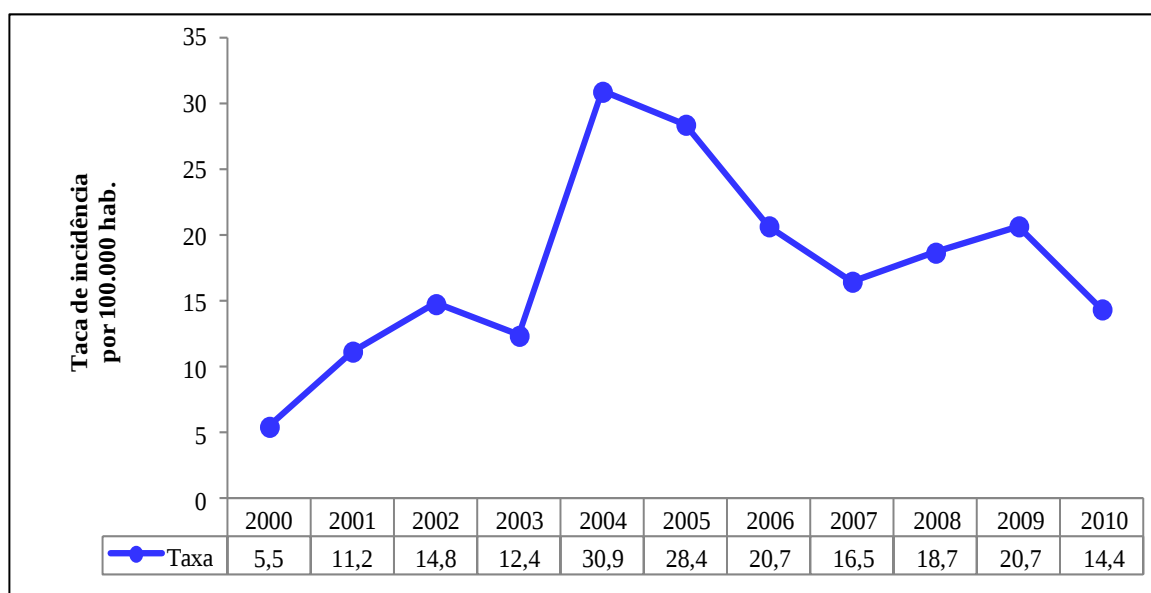
Fonte: SES/SVS/COVEPI

1.3.5 AIDS

Em Mato Grosso, o primeiro caso notificado foi no ano de 1984, transcorridos 26 anos (2010), o número de casos de Aids totaliza 6.937, sendo 6.729 (97,0%) dos casos em adultos (3.973 no sexo masculino, 2.756 no sexo feminino e 02 casos ignorados), sendo que nos menores de 13 anos foram notificados 208 casos. A presença da doença está em 130 municípios (92,1%).

Assim como verificado a nível nacional, a partir de 1989, constatou-se no Estado uma transição de perfil epidemiológico resultante na heterossexualização (aumento dos casos na categoria de exposição heterossexual), feminização (aumento dos casos no sexo feminino), interiorização (atingindo municípios com menor número de habitantes), pauperização, envelhecimento, bem como a tendência da Aids nos jovens.

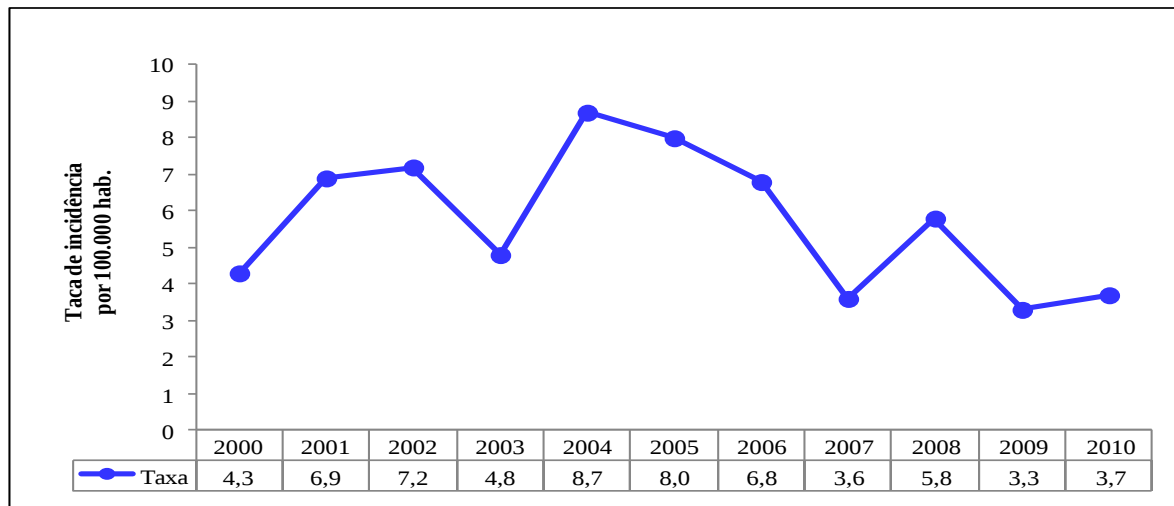
Figura 21: Taxa de incidência de AIDS em Adulto (por 100.000 hab.), por ano de notificação. Mato Grosso, 2000-2010*



Fonte: SES/SVS/COVEPI

A taxa de incidência de Aids adulto e em criança por 100.000 habitantes e razão de sexo podem ser observados nas Figuras 21 e 22. A ocorrência da maior taxa de incidência tanto em adulto como em criança ocorreu no ano de 2004, com declínio nos anos seguintes, vindo a aumentar a partir do ano de 2008. A razão de sexo é predominante no sexo masculino na faixa etária de 35 a 80 anos e mais, na faixa etária de 65 a 79 a razão de sexo é 500 vezes maior no sexo masculino. E nas mulheres a razão é maior nas faixas etárias de 10 a 34 anos.

Figura 22: Taxa de Incidência de AIDS Criança (por 100.000 hab.), segundo distribuição de casos e ano de notificação. Mato Grosso, 2000-2010*



Fonte: SES/SVS/COVEPI

A série histórica segundo município de residência e Escritório Regional de Saúde dos casos de Aids em adulto (1984 a 2010), demonstra que os municípios da Baixada Cuiabana apresentam o maior número de casos, conforme tamanho da população, seguida das regionais de Rondonópolis e Sinop, sendo que a Baixada Cuiabana possui três Serviços Atendimento Especializados (SAE), estando dois em Cuiabá e um em Várzea Grande, Rondonópolis e Sinop conta com um SAE cada, todos funcionando como referência regional.

Com investimento/implementação em capacitação de recursos humanos e ampliação da rede de diagnóstico do HIV, no ano de 2010 observou-se um aumento dos casos de gestantes HIV+ e uma redução dos casos de Aids em criança, visto que o diagnóstico no pré-natal e no momento do parto, tem possibilitado a intervenção medicamentosa na gestante e na criança exposta ao HIV, evitando a transmissão vertical do mesmo.

1.3.6 LEISHMANIOSE VISCERAL

Em Mato Grosso, há publicações de ocorrência de casos desde a década de 1970, todavia somente a partir de 1998 a LV passou a ocorrer de forma contínua em municípios do estado, inicialmente em epidemia no município de Várzea Grande.

Atualmente 31,2 % (44) dos municípios matogrossenses já apresentam registro de casos autóctones da doença. Em relação à ocorrência de vetores, seja a *L. longipalpis* e/ou a *L. cruzi* já foram

identificadas em 58 municípios (41,0%). Já a ocorrência de enzootia canina foi observada em 58,0 % (82) dos municípios pesquisados. Em relação aos municípios que ainda não apresentam registro de casos humanos, em 17,7 % deles já foi identificada a presença de vetores e de cães soropositivos (25 municípios). Estas condições demonstram o grande potencial de expansão para outras regiões ainda sem registro de caso humano, apontando para a necessidade de programar a vigilância nessas áreas.

Na Tabela 3, apresenta-se a situação atual da ocorrência da LV em Mato Grosso, onde verificou-se as taxas de incidência e letalidade atingidas. Principalmente em relação à letalidade houve relativo decréscimo, oriundo das capacitações realizadas nos municípios com transmissão além da execução das medidas de vigilância e controle de vetores e reservatórios preconizadas pelo programa nacional, apesar de também se observar um pequeno aumento desta taxa no ano de 2010 bastante relacionado ao diagnóstico tardio, devido à ocorrência de casos em novos municípios, até então sem transmissão.

Embora a ocorrência da LV não tenha relação com o gênero, observa-se que houve maior número da doença no sexo masculino. Ainda que a doença tenha sua ocorrência mais comum entre crianças e idosos, de forma geral, em Mato Grosso ela está presente em todas as faixas etárias, o que pode ser explicado principalmente pelo fato da expansão recente da LV, atingindo novos municípios, uma vez que a ocorrência nos extremos da faixa etária é mais observada nas áreas onde a presença da transmissão é mais antiga.

Tabela 3: Números de casos, incidência, números de óbitos e letalidade de leishmaniose visceral. Mato Grosso, 2003 a 2010*

Anos	Nº de casos		Incidência	Nº de óbitos	Letalidade
	Confirmados	Autóctones de MT			
2010*	53	50	1,6	7	13,2%
2009	68	67	2,2	7	10,2%
2008	55	53	1,8	9	16,3%
2007	34	33	1,1	9	26,4%
2006	23	22	0,7	3	13,0%
2005	24	22	0,6	5	20,8%
2004	19	18	0,7	3	15,7%
2003	11	9	0,3	-	-

Fonte: SES/SVS/COVEPI

A leishmaniose visceral está distribuída em todas as regiões do estado, todavia, mais recentemente a concentração de casos tem ocorrido principalmente na região centro-sul do estado. Em relação às regionais, 81,2% (13) delas possuem municípios com transmissão da LV, excluídas estão apenas as

regionais de Juara, Tangará da Serra e Pontes e Lacerda que ainda não apresentam casos humanos. Dentre as regionais com maior número de municípios com transmissão da doença estão Rondonópolis (10 municípios), Baixada Cuiabana (8), Barra do Garças (6) e Diamantino (4). A região de Rondonópolis, além de possuir o maior número de municípios com casos é também a regional com maior número de casos do agravo no Estado.

Dentre os municípios do ERS de Rondonópolis com maior registro de casos estão: Rondonópolis, Poxoréu, Primavera do Leste, Pedra Preta, Guiratinga, Jaciara, Juscimeira, Campo Verde, Paranatinga e São José do Povo.

Segundo o risco de transmissão do agravo preconizado pelo Ministério da Saúde que considera a média de casos dos últimos 5 anos, Mato Grosso apresenta a seguinte classificação das áreas com risco de transmissão de LV:

- Rondonópolis: Área de Transmissão Intensa de LV (média de casos $\geq 4,4$)
- Poxoréu: Área de Transmissão Moderada de LV (média de casos entre 2,4 e $<4,4$)
- Cuiabá: Área de Transmissão Moderada de LV
- Os demais municípios do estado que apresentaram casos nos últimos 5 ou 3 anos estão classificados como áreas com Transmissão Esporádica de LV. (média $<2,4$ casos)

As ações de controle da transmissão e expansão da doença no município de Rondonópolis tem sido intensificado continuamente, através de ações de controle de reservatórios (no caso da transmissão urbana é o cão) e dos demais vetores.

A epidemia de LV em Rondonópolis teve início em 2007, todavia já em 2010 foi possível observar um declínio do registro de casos humanos, ao tempo em que a letalidade também apresentou importante queda; reflexos das ações que vem sendo desenvolvidas pelo município, bem como a capacitação dos recursos humanos para o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Em 2010, o Ministério da Saúde destinou ao município de Rondonópolis recursos financeiros para a implantação de um “Plano de Intensificação do Controle da LV” no valor de 100 mil reais para que fosse empregado exclusivamente em ações de prevenção e controle da LV. A duração do projeto foi de outubro de 2010 a outubro de 2011.

Todavia, o potencial para a expansão da ocorrência da doença no município é bastante importante uma vez que segundo os levantamentos entomológicos realizados já em todos os bairros evidenciou que os vetores estão presentes em praticamente todos os bairros do município. A ampla dispersão de reservatórios (cães) soropositivos também já foi evidenciada na maioria dos bairros do município.

Destaca-se a importância da continuidade das ações de prevenção e controle indicadas para a LV que são: Diagnóstico precoce e tratamento adequado, controle químico (vetorial), controle de reservatórios (levantamento da soro-positividade canina e eutanásia dos animais soropositivos), educação em saúde

e manejo ambiental, ações que devem ser trabalhadas sempre de forma integrada para que o resultado seja efetivo, uma vez que nenhuma dessas ações realizada de forma isolada é suficiente para controlar a transmissão da doença.

1.3.7 DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Desde o século passado o perfil de ocorrência de doenças vem se modificando em decorrência de transformações sociais e econômicas, com o predomínio atual de doenças e agravos não transmissíveis – DANT. Entre os fatores que contribuíram para essa transição epidemiológica estão a queda nas taxas de fecundidade e natalidade e um aumento progressivo da população idosa, que favoreceu o aumento das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias); a transição nutricional, com diminuição da desnutrição e aumento do sobrepeso e obesidade; e o aumento dos traumas causados por acidentes, violências e envenenamentos. As doenças e agravos não transmissíveis representam hoje cerca de 70,0% dos gastos em assistência à saúde no Brasil e são causa das maiores taxas de morbi-mortalidade.

As informações sobre as internações hospitalares pagas pelo SUS podem ser usadas na estimativa da morbidade, porém deve-se considerar a influência de outros fatores como disponibilidade de recursos de infraestrutura física, de equipamentos e de recursos humanos, bem como os valores dos procedimentos.

A principal causa de internação hospitalar no SUS, no Estado de Mato Grosso no período analisado (2005-2010) foi por doença do aparelho respiratório (DAR). A Regional de Saúde Tangará de Serra foi a que apresentou maior proporção com 33,5%. Seguida da Regional de Juara 26,7% e Regional de Alta Floresta 25,3% (Tabela 4).

Tabela 4: Proporção de morbidade hospitalar por grupos de causa, segundo anos de internação e Regionais de Saúde. Mato Grosso 2010

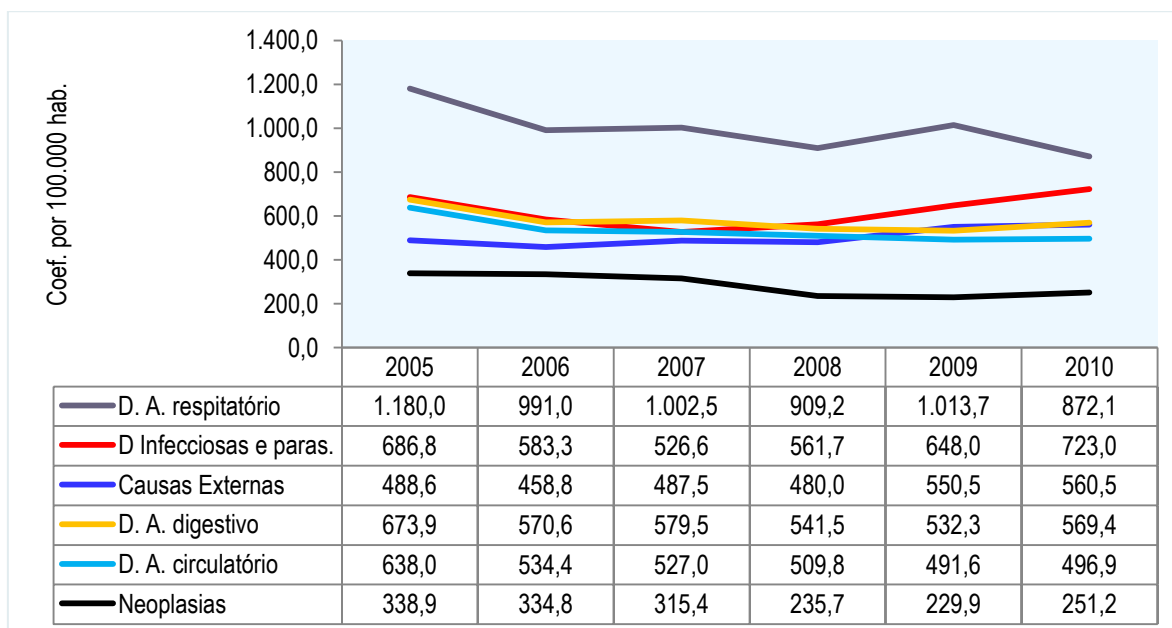
Agravos	Escritório de Saúde															
	A. Floresta	B. Cuibana	B. do Garç	Colider	Cáceres	Diamantino	Juara	Juína	P. Azevedo	P. e lacerda	P.A. do Norte	Rondonópolis	Sinop	S.F. Arag.	T. da Serra	Água Boa
C. ext. morb. mort.	14,9	11,8	13,6	11,6	8,4	7,5	16,9	17,6	12,1	8,7	16,6	16,3	18,1	20,7	7,8	9,6

Malf. Cong. Def. e anom.	0,5	1,1	0,3	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	0,2	0,7	1,3	0,2	0,9	0,5
Alg. Afec. Orig. p. perin.	1,9	2,8	0,4	1,3	1,7	0,7	1,2	0,7	0,6	0,9	1,5	2,6	2,2	0,7	2,4	0,7
D. ap. genit.	11,7	9,7	10,9	10,2	12,5	10,4	9,4	11,0	17,7	14,5	15,1	10,0	13,1	11,9	7,2	14,6
D. sist. ost. E tec. conj	1,9	1,6	1,9	1,2	1,2	1,0	2,2	1,3	1,2	1,0	0,9	1,9	2,4	1,1	1,3	1,3
D. pele e tec. sub.	1,3	2,0	1,5	0,7	1,6	1,2	1,0	1,0	0,8	0,8	1,8	1,5	1,6	1,2	1,4	1,0
D. ap. digest.	9,5	14,1	15,3	12,2	13,8	12,0	10,6	9,1	14,3	10,2	12,1	15,4	13,0	9,2	9,1	14,0
D. ap. resp.	25,3	16,7	21,0	23,3	17,3	21,8	26,7	22,1	30,0	19,8	22,2	18,2	16,1	16,9	33,5	25,1
D. ap. circulat.	10,3	13,4	10,2	10,4	14,3	14,9	12,3	10,3	10,0	7,8	6,5	10,8	10,1	13,3	8,8	8,0
D. end. Nutri. Meta: Neoplasias	5,2	7,8	4,5	3,8	3,7	5,3	3,4	5,2	5,2	3,4	2,1	5,8	7,4	1,9	4,6	3,1
Alg. D. infec. e paras.	14,6	14,3	16,9	20,9	20,5	18,9	12,3	18,9	13,9	29,4	18,5	13,4	12,5	17,8	20,0	18,0

Fonte: SES/SVS/COVEPI

Durante os últimos seis anos, observou-se uma redução nas internações por doença do aparelho respiratório (Figura 23). Em relação à internação por causas externas, esta apresentou tendência de aumento a partir de 2007, tornando-se a terceira causa de internação em 2010, juntamente com a doença do aparelho digestivo (Figura 23).

Figura 23: Coeficiente de morbidade hospitalar (por 100.000 habitantes) por grupos de causas selecionadas, Mato Grosso. 2005 a 2010



Fonte: SES/SVS/COVEPI

Do total das principais causas de internações ocorrido no Estado de Mato Grosso, a faixa etária menor de 1 ano apresentou maior coeficiente de internação por DAR 8.000,3/100 mil hab. Vale ressaltar que entre as DAR encontram-se doenças não transmissíveis, entre elas a asma, a segunda principal causa de internação deste grupo. Na faixa etária acima de 60 anos, o maior coeficiente de internação foram por DAC e DAR (Tabela 5).

Tabela 5: Taxa das principais causas de internações (por 100.000 hab.). Mato Grosso, 2005 a 2010

Faixa Etária (anos)	Alguma doenças inf.e parasitarias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Neoplasias	Causas Externas
<1	3.323,6	106,3	8.000,3	838,6	84,3	181,0
01 a 09	1.074,8	19,4	1.685,7	314,4	114,6	305,8
10 a 19	335,8	46,1	346,9	245,9	106,2	400,2
20-29	333,0	125,8	349,9	430,5	114,7	593,9
30-39	358,8	257,9	375,0	558,5	249,1	555,6
40-49	447,9	593,7	522,4	778,8	509,6	568,3
50-59	627,5	1.372,1	973,0	1.107,3	600,6	593,9
60-69	975,6	2.828,5	2.136,0	1.479,1	970,9	650,8
70 e +	1.824,9	5.997,7	5.160,5	1.871,9	1.226,3	1.078,8
Total	622,0	531,8	992,6	576,9	283,2	505,1

Fonte: SES/SVS/COVEPI

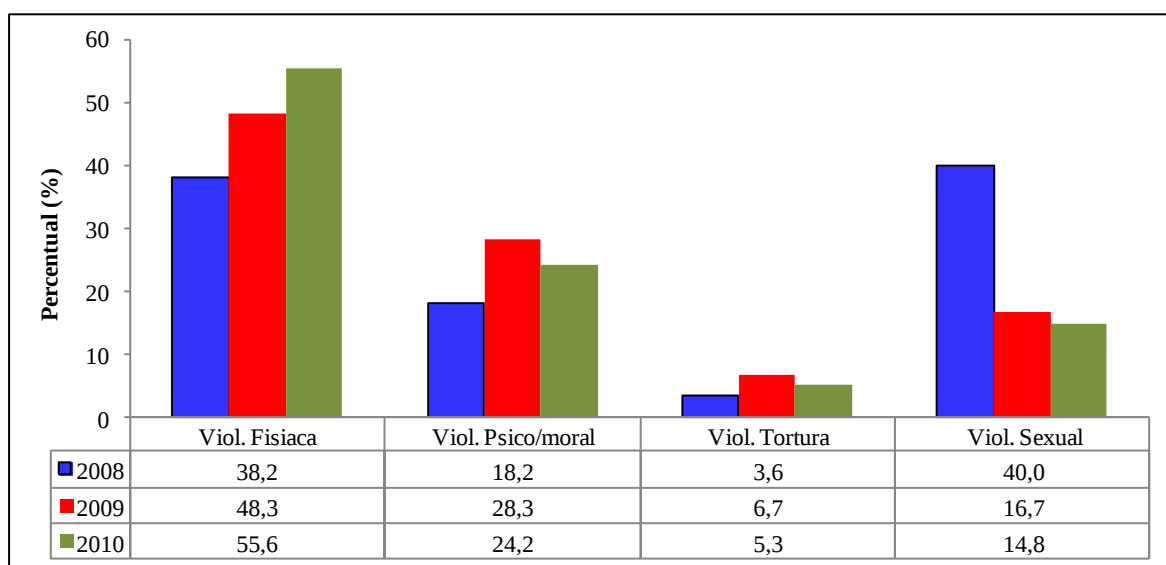
Em relação ao sexo tanto os homens como as mulheres apresentaram maiores coeficientes de internação por doenças do aparelho respiratório com coeficientes de 1.055,1/100mil hab. e 927,3/100mil hab. respectivamente. As causas externas foi a segunda causa de internação no sexo masculino com coeficiente de 730,4/100mil hab. e para o sexo feminino foram as doenças infecto parasitárias com coeficiente de 599,4/100mil hab.

As DAR concentrou o maior gasto hospitalar, no período de 2005 a 2010 o custo com internação foi de R\$106.049.911,9. As DAC, apesar de se apresentarem como a quarta causa de internação no período, são responsáveis por mais de 98 milhões em gastos com internação, sendo assim a segunda principal causa de gasto hospitalar no período.

Além dessas morbidades, hoje se encontra implantado no estado o modulo de notificação compulsória de violência no SINAN NET, o número de notificação compulsória relativo à violência ainda é pequeno, comparados aos outros Estados, ocupando o 5º lugar do país.

De 2008 a 2010, foram registrados 588 fichas notificadas, sendo 197 do sexo masculino e 391 do sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi de 20 a 39 anos com 41% do total dos casos notificados. Os principais tipos de violências mais acometidas foram a sexual com 40% em 2008 dos casos notificados. Em 2009 e 2010 a violência física sobressaiu com 48,3% e 55,6% respectivamente (Figura 24).

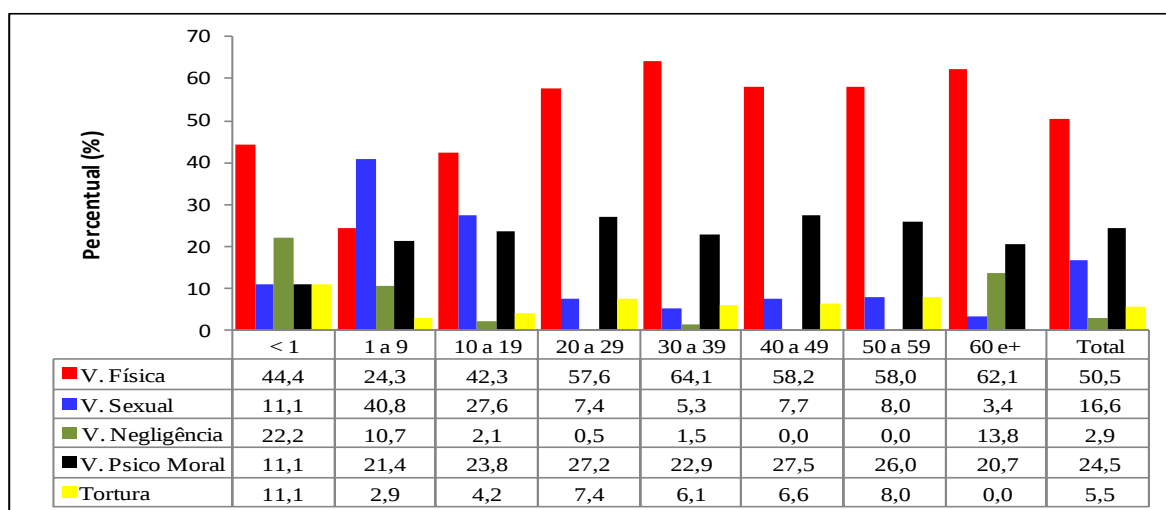
Figura 24: Coeficiente de morbidade hospitalar (por 100.000 habitantes) por grupos de causas selecionadas, Mato Grosso. 2005 a 2010



Fonte: SES/SVS/COVEPI

Em relação às principais violências segundo faixa etária, a violência física sobressai em todas as faixas etárias. Na faixa etária de 1 a 9 anos a violência sexual predominou com 40,8%. Porém crianças e adolescentes de 1 a 19 anos foram as maiores vítimas de violência sexual com 79,5% dos casos notificados no Estado (Figura 25). Por fim, estes números demonstram que a violência doméstica e contra mulher está aparente nestas notificações no estado de MT e tem-se necessidade de controle deste agravo e promoção da saúde.

Figura 25: Proporção das principais violências notificadas pela VIVA, segundo faixa etária em Mato Grosso, 2008 a 2010



Fonte: SES/SVS/COPEPI

1.4 MORTALIDADE

1.4.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) apresentam-se como principal causa de óbitos no Brasil e no Estado de Mato Grosso. No período de estudo foi observado um considerável aumento no coeficiente de mortalidade das DAC, de 118,5/100 mil hab. em 2005 para 131,5/100 mil habitantes em 2010, levando a óbito mais de 22 mil pessoas no período analisado (Tabela 6).

Tabela 6: Número e Coeficiente de mortalidade (por 100 mil hab). Principais grupos de Causa. Mato Grosso, 2005 a 2010

Grupo de Causas	Anos					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
D. Ap. Circulatório	118,5	128	126,8	129,7	128,9	131,5
Causas externas	90,4	88,9	86,6	92,6	97	92,1
Neoplasias	56,1	59	59,1	65,6	61,1	65,7
D. ap. Respiratório	42,4	39,4	40,6	42,6	45,5	47,3
Outras Causas Definidas	93,2	95,9	93,7	97,2	97,4	100,7
Causas mal definidas	29,2	27,3	16,4	16,2	17,2	19,7
D. endócrinas nut. metabólicas	22,3	23,9	25,1	27,6	28,9	31,1
Total	452,1	462,4	448,2	471,3	476	488,1

Fonte: SES/SVS/COVEPI

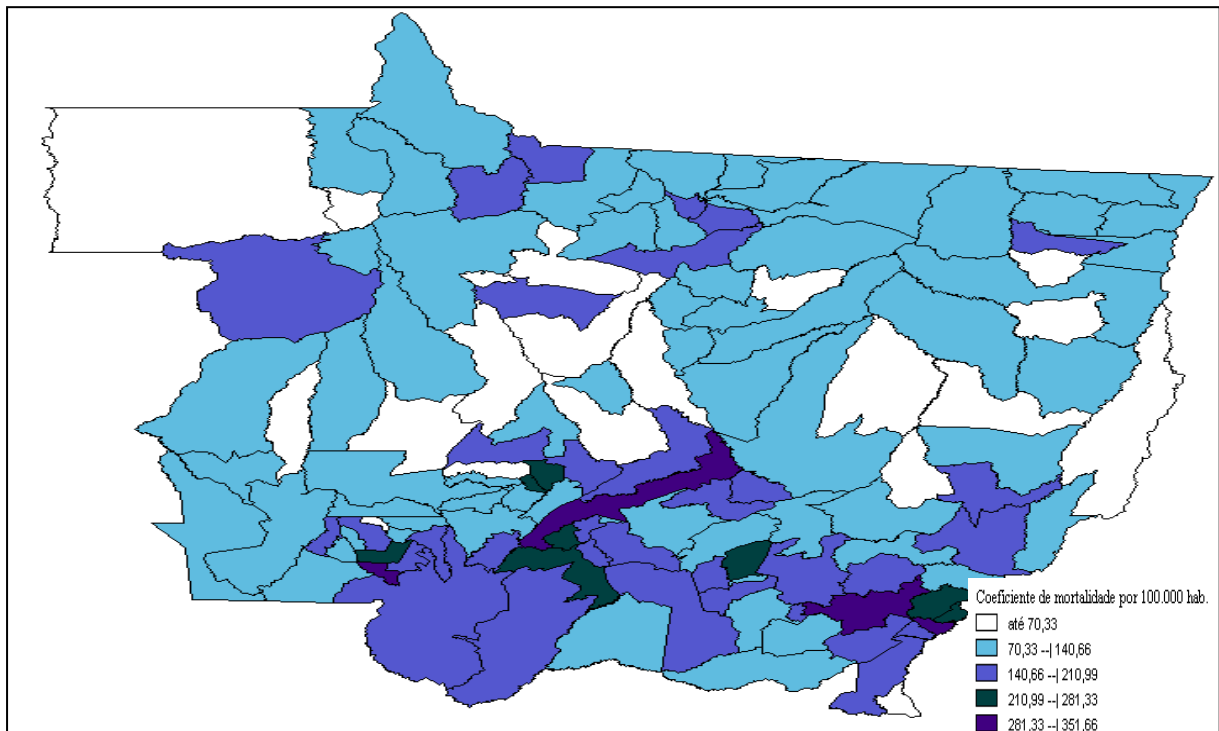
Desagregando-se os grupos de causa de morte das DAC em seus principais componentes, observa-se que as doenças cerebrovasculares foram as mais relevantes no período de 2005 a 2010, com o total de 5.424 óbitos (37,3%). As doenças isquêmicas do coração constituem a segunda principal causa de óbitos entre as DAC sendo observado no período um aumento de 37,1% no coeficiente de mortalidade por este agravo, passando de 28,00/100 mil hab em 2005 para 37,1/100 mil hab em 2010.

As Doenças do Aparelho Circulatório constituem um importante fator de óbitos para ambos os sexos, entre os homens o coeficiente de mortalidade foi de 149,5/100 mil hab. e 104,1/100 mil hab. entre as mulheres no período de 2005 a 2010, evidenciando que o risco de morte entre os homens é mais significativo do que entre as mulheres.

Em relação à faixa etária, verifica-se que as DAC, constituem grandes causas de óbitos para os grupos etários acima dos 60 anos. Entretanto, 29,5 % das mortes por DAC ocorrem antes dos 60 anos, portanto, precocemente.

No interior do Estado de Mato Grosso observa-se municípios com o coeficiente de mortalidade por DAC bem acima do constatado pela média do Estado, como é o caso dos municípios de Guiratinga, Glória do Oeste e Rosário Oeste, com os coeficientes de 351,7/100 mil hab., 350,9/100 mil hab. e 294,1/100 mil hab (Figura 26) respectivamente, o que leva a necessidade de intervenção e promover ações de promoção à saúde.

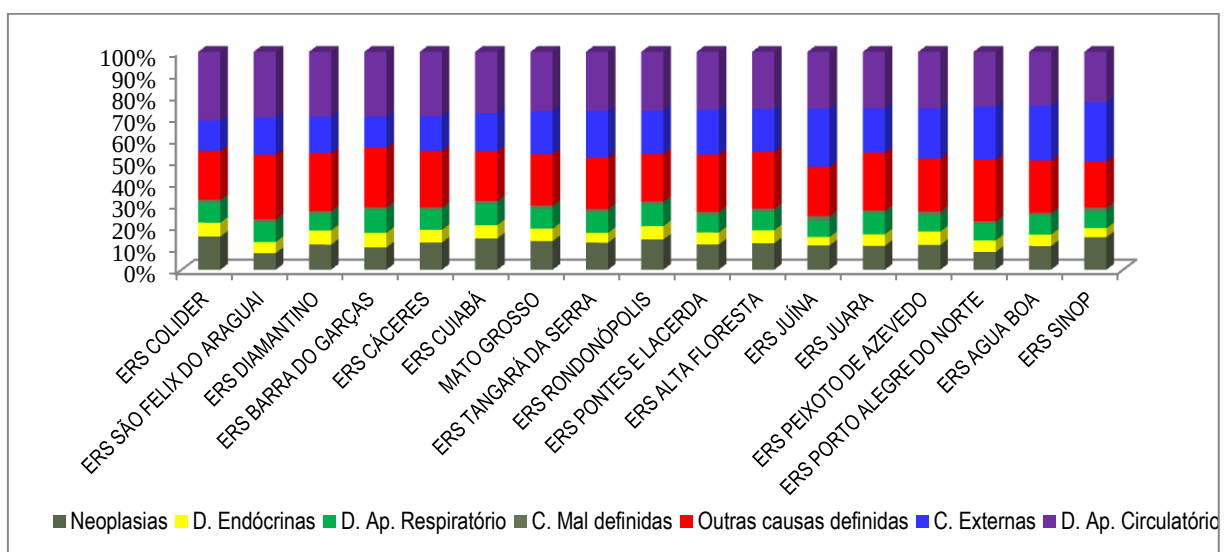
Figura 26: Distribuição espacial do Coeficiente de Mortalidade por 100.000 habitante das Doenças do Aparelho Circulatório. Mato Grosso, 2010



Fonte: SES/VS/COVEPI

Observa-se que as regionais de Colíder e São Félix do Araguaia apresentaram no período de 2005 a 2010 os maiores percentuais de mortalidade para as DAC, 31,5% e 30,1% respectivamente (Figura 27).

Figura 27: Mortalidade Proporcional por Grupos de Causa. Mato Grosso, 2005 a 2010



Fonte: SES/VS/COVEPI

Em Mato Grosso, verificou-se um incremento de mortalidade por Diabetes Mellitus, mantendo-se em alta por quatro anos consecutivos, constando 16,5/100.000 hab em 2005 e em 2010 com 22,7/100.000 hab. O aumento no coeficiente de mortalidade no período de estudo foi mais importante para o sexo feminino 55,6% (16,5 para 25,7 por 100 mil hab.) do que para o masculino 19,7% (16,4 para 19,7 por 100 mil hab.). Em relação à faixa etária, o grupo mais acometido foram os idosos (60 anos e mais), com o coeficiente de 222,0/100.000 hab. ???

O maior coeficiente de mortalidade por diabetes mellitus no período de 2005 a 2010 foi observado nas regionais de Diamantino e Rondonópolis, com 26,2 e 24,8 por 100 mil habitantes respectivamente.

As Neoplasias não apresentaram grandes variações nos coeficientes de mortalidade, em 2005 (56,1/100 mil hab.) 2010 (57,2/100 mil hab. em 2009), a qual representa a terceira causa de mortes no estado. Destaca-se a neoplasia de traquéia, brônquios e dos pulmões, representando 12,1 % no período de 2005 a 2010 do total de neoplasias, apresentando o coeficiente de mortalidade em 2010 de 7,9/100.000 hab. na população geral.

A neoplasia de próstata apresentou-se no período de 2005 a 2010 como a principal causa de óbitos para população masculina, com um coeficiente de mortalidade em 2010 de 11,0/100 mil homens (Tabela 07). Para o sexo feminino, verifica-se um maior risco de morte para a neoplasia de mama com o coeficiente de mortalidade de 8,5/100 mil mulheres no período de 2005 a 2010, observando-se um aumento de 63,8% no coeficiente de óbitos (Tabela 7).

Tabela 7: Coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) por neoplasias segundo sexo. Mato Grosso 2005 a 2010

Causa (CID10 BR)	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem
Neop. M. do estômago	6,4	2,6	6,9	3,6	6,7	3,0	5,6	2,0	6,7	2,2	6,1	2,9
N. M. do colo, reto e anus	3,1	2,9	3,2	2,7	2,0	2,6	3,9	3,1	3,4	3,2	3,4	3,4
Neopl. Traquéia, brônquios e dos pulmões	10,2	4,4	9,7	4,3	9,8	4,2	8,8	6,1	10,1	5,1	10,2	5,6
Neoplasia maligna da mama	0,1	5,2	0,1	6,6	0,2	7,1	0,3	7,7	0,3	7,6	0,2	8,6
Neop. M.do colo do útero	0,0	5,9	0,0	5,6	0,0	6,1	0,0	5,7	0,0	5,2	0,0	5,7
Neo M. da próstata	9,0	0,0	9,7	0,0	10,4	0,0	11,6	0,0	10,3	0,0	11,0	0,0

Fonte: SES/VS/COVEPI

Em relação às Regionais de Saúde, destacam-se três regionais com os maiores taxas de óbitos por Neoplasia no período de 2005 a 2010, sendo Baixada Cuiabana, Rondonópolis e Cáceres, com 74,5/100 mil hab., 71,5/100 mil hab. e 66,63/100 mil hab. respectivamente.

1.4.2 CAUSAS EXTERNAS

Em Mato Grosso foram registrados entre 2005 e 2010 o total de 81.975 óbitos, sendo que 16.034 são decorrentes das Causas Externas (19,6%). A maioria dos óbitos por causas externas no período incidiram no sexo masculino com 13.519 óbitos (84,3 %). A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 39 anos com 7.491 óbitos (46,7%). Em relação à raça, a cor parda representou 57,3 % do total de óbitos e com relação à escolaridade 50,6% dos óbitos tinham ensino fundamental incompleto (Tabela 8).

Atualmente, a predominância dos óbitos por causas externas na população mato-grossense é visivelmente significativa. No período estudado evidencia-se que a primeira causa de óbito na população de 1 a 49 anos são as causas externas e na população com faixa etária de 10 a 39 anos, dos 15097 óbitos, 61,6% são decorrentes de causas externas.

Os óbitos por causas externas se concentram em três fatores preponderantes, os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios. Estes três fatores externos de mortalidade foram responsáveis por 76,5% dos 16.034 óbitos por causas externas e 14,9% do total de óbitos no período de 2005 a 2010 em Mato Grosso.

Tabela 8: Número e percentual de mortalidade por causas externas segundo algumas variáveis, Mato Grosso, 2005 a 2010.

Variáveis	Nº	%	Coeficiente por 100.000 hab.
Sexo			
Masculino	13.519	84,3	150,5
Feminino	2.504	15,6	29,2
Faixa Etária			
< 1 ano	106	0,7	33,06
1 a 9 anos	495	3,1	16,5
10 a 19 anos	1.811	11,3	52,4
20 a 29 anos	4.201	26,2	125,8
30 a 39 anos	3.290	20,5	117,0
40 a 49 anos	2.514	15,7	118,9

50 a 59 anos	1.564	9,8	119,1
60 a 69 anos	877	5,5	120,8
70 anos e +	1.035	6,5	219,1
Raça/Cor			
Branca	5455	34,0	-
Parda	9.184	57,3	-
Preta	1.101	6,9	-
Outras	123	0,8	-
Escolaridade			
Analfabeto	1.095	6,8	-
1 a 7 anos de estudo	8.118	50,6	-
8 a 11 anos estudo	3.069	19,1	-
12 anos e mais	926	5,8	-
Total Geral	16.034	100,00	91,3

Fonte: SES/VS/COVEPI

* Excluídos os ignorados e não informados: Sexo - 11; faixa etária - 141; Raça/ cor - 171, e escolaridade -2826.

O acidente de transporte é a primeira causa de óbito entre as Causas Externas, com 35,3% do total de óbito, e o coeficiente de mortalidade de 32,2/100 mil hab. (Tabela 8). O risco de morte por acidentes de transporte para o sexo masculino é de 51,5/100 mil hab, 4,3 vezes a mais do que para o sexo feminino que apresentou no período o coeficiente de 12,0/100 mil hab. As principais vítimas de acidentes de transporte foram os motociclistas onde os óbitos mantiveram-se em constante crescimento entre os anos analisados, onde se observa que o risco de morte quase dobrou o coeficiente de mortalidade no período de 2005 a 2010, foi de 7,0 / 100 mil habitantes para 12,5/ 100 mil habitantes.

O homicídio destacou-se como a segunda causa de óbito entre as Causas Externas no Estado de Mato Grosso, apresentando no período de 2005 a 2010 34,8% do total de óbitos por causas externas e o coeficiente de mortalidade de 31,8/100 mil hab.(Tabela 9) Quando se estratifica por sexo, o masculino foi mais acometido por homicídios (90,6%), com o coeficiente de óbitos 56,3 /100 mil homens, sendo verificado o risco de 9,3 vezes maior do que para o sexo feminino.

Nas faixas etárias de 20 a 29 anos (jovem) os homicídios atingem sua expressão máxima, apresentando um coeficiente de mortalidade de 56,4 /100 mil hab. no período. Em Mato Grosso, o coeficiente na população não jovem masculina (de 0 a 9 anos e 30 anos e mais) diminuiu 5,8% passando de 46,8/100 mil hab em 2005, para 44,1/100 mil hab em 2010. Na população jovem

masculina, de 10 a 29 anos, houve aumento de 14,9% no período, passando de 65,4/100 mil homens em 2005 para 75,2/100 mil homens em 2010.

Tabela 9: Número e coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) por causas externas, segundo tipo de causa e ano de ocorrência, Mato Grosso, 2005 a 2009.

Causa (CID10 BR)	Acidentes de transporte	Suicídio	Agressões	Outras C.E.	Total
2005	29,0	5,4	32,1	23,9	90,4
2006	28,7	6,2	32,1	21,9	88,9
2007	30,2	5,5	30,3	20,5	86,5
2008	33,9	6,1	31,5	21,1	92,5
2009	35,61	6,3	33,3	21,8	97,0
2010	35,62	5,2	31,5	19,8	92,1
Total	32,24	5,8	31,8	21,5	91,3

Fonte: SES/SVSCOPEPI

Em Mato Grosso, os homicídios por arma de fogo se sobressaíram com maior coeficiente de mortalidade, correspondendo a 18,3 /100 mil hab. no período de 2005 a 2010.

A mortalidade por suicídio foi a terceira causa de óbito entre as causas externas no período de 2005 a 2010, é importante salientar que a dificuldade de identificar um possível sub-registro decorrente de modificação da causa básica pode subestimar a gravidade deste agravo. O coeficiente de mortalidade por suicídio da população de Mato Grosso no período foi de 5,8/100 mil hab. As mortes por suicídio corresponderam a 6,3% do total de óbitos por causas externas no período estudado. O coeficiente de mortalidade por suicídio no sexo masculino foi de 9,0/100 mil hab., no sexo feminino foi de 2,4/100 mil hab. A razão entre as taxas dos sexos aponta uma sobre mortalidade masculina importante, superior a 3,7.

Ao analisar a distribuição etária das taxas de mortes por suicídio, no período de 2005 a 2010, observou-se que o risco de morrer por suicídio é maior entre os idosos (60 anos e mais) onde apresentou no período o coeficiente de 19,9/100 mil hab.

Em relação aos Escritórios Regionais de Saúde, a Regional de Rondonópolis foi a que apresentou maior coeficiente de mortalidade por acidentes de transporte 45,3 /100 mil hab. Para os homicídios, a Regional de Juína foi a que apresentou maior coeficiente, 47,1 /100 mil hab. e na Regional de Água Boa observou-se maior coeficiente mortalidade por suicídios 8,7 /100 mil hab. (Tabela 10).

Tabela 10: Número e coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) por causas externas, segundo tipo de causa, nos ERS, Mato Grosso, 2005 a 2010

ERS - Res.	Ac. transporte	Suicídio	Agressões	Outras C.E.	Total
Água boa	31,5	8,7	27,9	22,1	90,1
Alta Floresta	27,5	7,1	27,9	26,1	88,6
Barra do Garças	31,7	7,8	14,7	17,6	71,9
Cuiabá	27,3	4,2	38,4	21,3	91,2
Cáceres	30,4	8,4	26,5	20,4	85,7
Diamantino	34,2	5,1	26,4	24,1	89,8
Juara	25,8	4,3	30,4	22,7	83,3
Juína	26,4	7,5	47,1	28,0	109,0
Peixoto de Azevedo	32,4	4,1	33,0	26,3	95,7
Pontes e Lacerda	36,3	5,1	25,3	16,5	83,2
Porto Alegre do Norte	23,5	6,1	36,1	17,4	83,0
Rondonópolis	45,3	7,2	28,4	21,4	102,3
Sinop	35,5	5,9	29,6	19,4	90,3
Tangará da Serra	35,1	6,1	26,6	21,4	89,3
Colider	21,7	3,5	14,7	18,4	58,3
São Felix do Araguaia	23,0	1,6	15,6	18,9	59,0
Total	32,2	5,8	31,8	21,5	91,3

Fonte: SES/VS/COVEPI

Diante deste contexto, as doenças não transmissíveis são responsáveis por uma parcela significativa e crescente na carga de doença e óbitos no Estado de Mato Grosso. Cerca de dois terços de doenças no Estado não são transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e outras) ou são provocadas por fatores externos (acidente e violências). Diante da situação epidemiológica das DANT no Estado e da necessidade de Diretrizes de intervenção e monitoramento de seus fatores de risco, é prioritário o desenvolvimento das ações de vigilância em DANT.

1.5 GRUPOS E POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Atualmente, tem-se uma estratégia de articulação transversalizada das políticas públicas, dos mecanismos de participação e controle social e bem como a equidade para os grupos e populações vulneráveis.

Nesse sentido, a importância de políticas de saúde para a atenção às populações e grupos segundo suas especificidades de gênero, por faixa etária, por condição de agravos, de determinados modos de vida em condições de vulnerabilidade. Diante disso, é um desafio que reúne contingente expressivo da população mato grossense, os quais são representados por crianças, adolescentes e jovens, mulheres, trabalhadores, homens, idosos, pessoas com deficiência, pessoas privadas de liberdade e entre outras que necessitam de intervenções específicas para ter uma condição melhor de vida.

1.5.1 SAÚDE DA MULHER

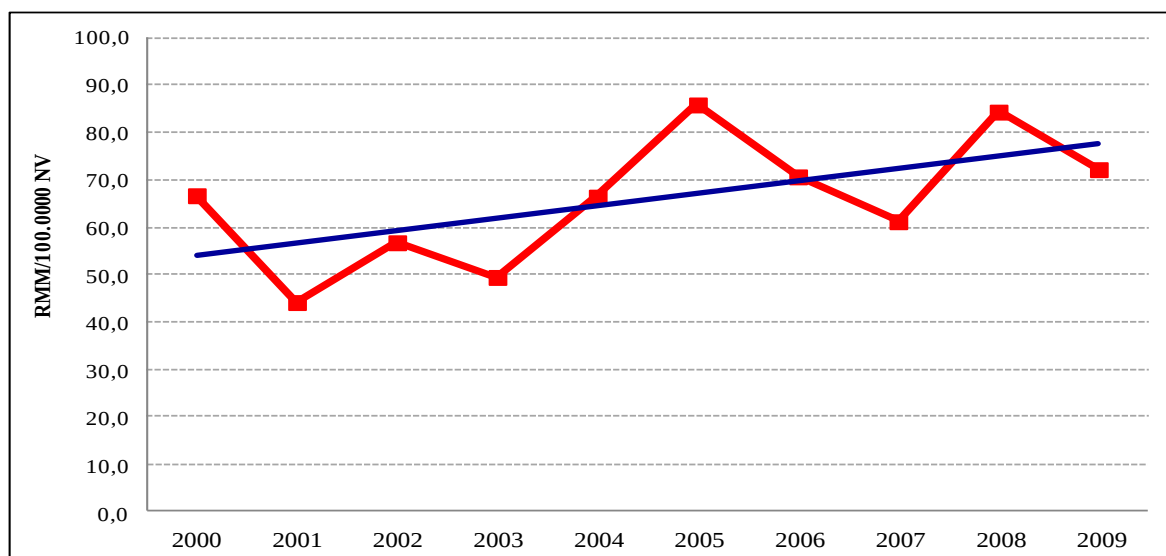
De acordo com dados do IBGE, em 2010 as mulheres representavam a maioria da população brasileira (51,0%), assim também ocorre no Estado de Mato Grosso (49,0%). Os municípios que apresentaram população feminina maior que 50,0% foram Barra do Garças, Várzea Grande, Araputanga e Cuiabá. Ao considerar o acesso de homens e mulheres na rede SUS estadual, as mulheres são as principais usuárias do SUS, vivem mais que os homens, mas adoecem com maior frequência.

Na faixa de 10 a 49 anos, encontram-se 67,3% do total da população feminina, e a taxa de fecundidade, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Mato Grosso recuou de 2,4 em 2000, para 2,2 em 2009, sendo a Assistência ao Planejamento Familiar um dos fatores que contribuíram para esta redução. Concomitante a esta redução, o número de nascidos vivos, passou de 49.009 em 2000, para 48.109 em 2010, sendo que destes, 47,0% concentraram-se nas Regionais da Baixada Cuiabana e Rondonópolis.

A mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razões de Mortalidade Materna elevadas podem ser indicativo de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade.

Entretanto, ainda não se visualiza a melhoria no indicador de mortalidade materna - Razão de Morte Materna (RMM) - no Estado nos últimos 10 anos. Observa-se que a RMM oscila de 44,1 a 84,4/100.000 NV (Figura 28). Segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado a RMM aceitável até 20 óbitos por 100.000 NV. No entanto, estes números são preocupantes e inaceitáveis.

Figura 28: Razão de Mortalidade Materna (100.000 NV). Mato Grosso, 2000 a 2009



Fonte: SES/SAS/COAPRE

Em relação o percentual de óbitos por faixa etária, destaca-se a de 60 anos e mais, cujo percentual passou de 54,3 em 2007, para 57,3 em 2010. Já faixa de idade fértil (10 a 49 anos), a redução foi de 9,0%, no mesmo período.

No período de 2007 a 2009, Mato Grosso registrou no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 14.561 óbitos na população feminina, destes 31,1% foram Doenças do Aparelho circulatório, 15,5% de Neoplasias, 10,3 Doenças do Aparelho respiratório e Causas Externas com 8,8%.

No tocante as mulheres em idade fértil, verificou-se no mesmo período, 3.187 óbitos, entre os quais as causas externas foram a principal causa de morte com 24,8%, seguidas das neoplasias (18,5%) e as Doenças do Aparelho Circulatório (18,0%) e Infecções e respiratórias (9,0%).

Em relação os óbitos maternos, destaca-se Cuiabá e Várzea Grande, os quais concentram-se 30,2%, durante o período de 2007 a 2009. Porém, vale ressaltar que 5 municípios com população menor que 20.000 mil habitantes registraram 13,2 % óbitos maternos totais no mesmo período no Estado.

Dos óbitos maternos ocorridos no período de analisado, de acordo com a *“Lista de Causas de Mortes Evitáveis em Maiores de Cinco até 75 anos de idade por Intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil”*, 100,0% seriam evitáveis.

Diante deste contexto, o Governo Federal juntamente com os Estados assinaram o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e mais recentemente, em 2009, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil trouxe estratégias que permeiam a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a redução não só da mortalidade infantil como também da mortalidade materna.

Considerando a atenção obstétrica, verificou-se um incremento no número de consultas de Pré-natal no estado no período de 2007 a 2009, o percentual de mulheres que realizaram 4 ou mais consultas passou de 93,0 para 93,6%, e as com 7 ou mais consultas, elevou-se de 60,2% para 63,9%. Estratificando esta cobertura por Regionais de Saúde, observou-se que maioria tiveram um incremento nas de 7 ou mais consultas: São Félix do Araguaia, Juína, Peixoto de Azevedo, Água Boa, Colider, Pontes de Lacerda, Diamantino e Juara. Porém, 3 Regionais de saúde apresentaram uma redução nesta proporção: Sinop, Alta Floresta e Tangará da Serra.

Mesmo com o aumento da cobertura de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência ainda é precária. Situação esta observada pelo alto coeficiente incidência por sífilis congênita (2,4/1000NV em 2007 e 2,6/1000NV em 2010), quando comparado com coeficiente de incidência média no país (1,2/1000NV). Verificando ainda, os registros das síndromes hipertensivas que continuam como uma das causas mais freqüentes de morte materna.

Em relação a faixa etária das mães de nascidos vivos no período de 2007 a 2009, observou-se uma maior proporção de nascimentos em mulheres jovens (20-24 anos). No entanto, houve um aumento proporcional de 2007 a 2009, na faixa etária de 25 a 39 anos. O número de nascidos vivos de mães que freqüentaram pelo menos 8 anos de estudos aumentou no período, o que possivelmente pode ter contribuído para o aumento da cobertura de consultas de pré-natal.

Na assistência ao parto o estado apresenta uma dificuldade de acesso e carência de leitos para a rede obstétrica. Privando assim, a gestante de ter conhecimento e a vinculação a maternidade onde receberá assistência, de acordo com a Lei 11.634/2007.

Por outro lado, o tipo de parto cesáreo, das mães dos nascidos vivos, em Mato Grosso, nos últimos anos vem apresentando percentuais acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (15,0%). Estes percentuais também foram identificados nas Regionais de Saúde, apenas Alta Floresta e Diamantino apresentaram redução neste indicador. Segundo o Ministério da Saúde, há evidências de que, quanto mais os percentuais se distanciam do preconizado, mais forte fica sua associação com a mortalidade materna e com a neonatal.

Apesar da consulta puerperal estar preconizada no elenco mínimo de ações a serem realizadas dentro do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, com vistas a prevenção da mortalidade materna, verificou-se um baixo número de atendimento, sendo que para cada parto no SUS ocorrido, uma consulta de puerpério deveria ter sido realizada. Em 2008, o número de procedimentos (consultas puerpério) no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), foram de 8.304, e em 2010, 12.347, um aumento de 48,7%.

A Lei 11.108 (Lei do acompanhante), uma das estratégias para a redução da mortalidade materna e infantil, publicada no ano de 2005, garante a mulher o direito a um acompanhante de sua livre escolha

no momento do pré-parto, parto e pós-parto. Esta Lei contribui para a mudança dos paradigmas do modelo de atenção ao parto e nascimento, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres em um momento importante de sua vida e de seu filho, e trazendo benefícios, tais como: tranquilidade e segurança durante o processo e redução do tempo do trabalho de parto e conseqüentemente diminuição no número de cesáreas. Entretanto, Mato Grosso ainda não conseguiu efetivá-la, vez que os gestores hospitalares na maioria das vezes argüem a falta de espaço físico, o despreparo do acompanhante e, principalmente a resistência da equipe.

Quanto a Assistência ao Planejamento Familiar, ainda não está efetivado como rotina e prioridade da atenção primária. Muitos municípios não conseguem implantar/implementar estratégias necessárias para a efetiva escolha livre e informada para a anticoncepção e a concepção. Não seguem o protocolo de assistência, não garantem o acompanhamento dos (das) usuários (as), não desenvolvem ações educativas e de aconselhamento, o que conseqüentemente contribui para uma gravidez inoportuna, abortamento em condições inseguras e, por fim, mortalidade materna.

Em relação aos métodos contraceptivos, verifica-se, ainda, dificuldades que devem ser superadas, quer seja em decorrência da aquisição e logística de distribuição, de responsabilidade do Ministério da Saúde, quer seja quanto ao controle de estoque, divulgação/oferta de cada método. Em 2010, 46,1% dos municípios do Estado manifestaram interesse em receber o DIU, uma vez que possuíam profissional habilitado; cerca de 9,0% alegaram que não possuíam profissional habilitado para a inserção, e os demais não se manifestaram. Vale lembrar, que o DIU está disponível na rede desde 2000.

Quanto à laqueadura e vasectomia, verifica-se, a necessidade de estruturar a rede, no sentido de garantir, quando esta for a escolha do casal/homem/mulher a realização do procedimento mediante o aconselhamento por equipe multidisciplinar.

Em 2011, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 26 municípios matogrossenses, num total de 32 estabelecimentos, estavam credenciados para a realização dos procedimentos de esterilização, havendo, portanto a necessidade de estabelecer e efetivar referências municipais ou regionais para garantir o acesso dessa população.

Destaca-se que a assistência à infertilidade integra o Planejamento Familiar: a Organização Mundial de Saúde estima que 8,0 a 15,0% dos casais possuem algum problema de infertilidade durante sua vida fértil. No entanto, mesmo diante da demanda são muito poucos os serviços públicos que oferecem este tipo de assistência. A referência para Mato Grosso é o Centro de Reprodução Humana Assistida do Hospital Regional da Asa Sul de Brasília, sendo o tempo de espera de, aproximadamente, 4 anos. Alguns outros hospitais realizam o atendimento, porém demanda o Tratamento Fora de Domicílio

(TFD), exigindo valores considerados razoáveis para o pagamento dos medicamentos para Reprodução Humana Assistida.

Ressalta-se a importância de se assegurar, os medicamentos para Reprodução Humana Assistida no elenco da Farmácia de Alto Custo, com vistas a amenizar o impacto financeiro do casal/família e, com isso viabilizar o direito a maternidade/paternidade. A Reprodução Humana Assistida, assim como a reversão da vasectomia, não integram a tabela de procedimentos SUS, o que impossibilita a concretização do acesso desta população aos serviços. Desta forma, faz-se necessário a integração e compromisso das 03 esferas de governo com vistas ao fortalecimento e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

1.5.2 SAÚDE DA CRIANÇA

A população infantil do Estado apresentou no período de 2000 a 2010 uma redução de aproximadamente 4,0%, seguindo a tendência de queda da taxa de natalidade e fecundidade apontada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Durante uma década (2000-2009) os nascimentos dos nascidos vivos houve um predomínio do sexo masculino.

Em relação ao peso ao nascer, o baixo peso em 2007 foi de 6,9%, sendo que em 2009 este indicador aumentou para 7,1%, estando acima do aceitável³. Em 2009, verificou-se que 6 regionais de saúde apresentaram um percentual de baixo peso ao nascer inferior a 6,0%: Alta Floresta, Barra do Garças, Juína, Peixoto de Azevedo, Diamantino e São Félix do Araguaia.

No que tange, a mortalidade da criança, a qual é uma das principais metas das políticas para a infância em todos os países. A atenção se concentra principalmente no primeiro ano de vida, faixa em que ocorre a maior parte dos óbitos. Usadas como indicadores básicos de desenvolvimento humano, a taxa de mortalidade infantil, número de crianças que morrem antes de completar um ano de vida para cada mil nascidos vivos, e a taxa de mortalidade de menores de cinco anos, também chamada de taxa de mortalidade na infância, revelam muito sobre as condições de vida (sociais, econômicas, culturais e de saúde) e a assistência de saúde em um país.

Diante disso, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, juntamente com 192 países, entre eles o Brasil, definiu em Assembléia Geral 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), detalhados em metas e indicadores, dentre eles: Mortalidade Infantil, cuja meta proposta pelo Estado foi a redução de 2/3 dos óbitos infantis, ou seja, alcançar 8,9/1.000 NV até 2015.

3 Segundo RIPSa (2008) – Proporção de baixo peso - Até 6,0% - Aceitável e Acima de 10,0% - Inaceitável.

Em 2009, o Estado de Mato Grosso, firmou o compromisso, nas 3 esferas de governo, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), o qual tem meta de reduzir, anualmente, a mortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal, em 5,0%. O PRMI foi assinado pelos estados do Nordeste Brasileiro, bem como aqueles que integram a chamada “Amazônia Legal”. Em Mato Grosso, 11 municípios (Cuiabá, Várzea Grande, Poconé, Cáceres, Alta Floresta, Juína, Barra do Garças, Rondonópolis, Sinop, Sorriso e Tangará da Serra) foram considerados prioritários pelo Ministério da Saúde e mais 3 pelo Estado (Juara, Pontes e Lacerda e Campinápolis), em função do alto coeficiente de mortalidade infantil⁴.

Em 2010, o Observatório Regional Base de Indicadores de Sustentabilidade – ORBIS publicou uma breve análise sobre a situação dos Indicadores de Desenvolvimento do Milênio em todos os Estados, com a finalidade de apoiar processos locais de promoção dos ODM. Segundo esta análise, no período de 2000 a 2008 houve uma melhoria de 26,7% no indicador da mortalidade infantil, tendo Mato Grosso alcançado 40,0% da meta.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registrou 2.367 óbitos em menores de 1 ano no período de 2007 a 2009 no estado, destes 48,3% foram neonatal precoce, 16,8% neonatal tardio e 34,9% pós-neonatal. Segundo *“Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS*, os óbitos neonatais (0-27 dias) podem ser evitáveis em 60,0% e destes, 25,4% poderiam ter sido evitados e/ou reduzidos por adequada atenção ao recém-nascido, 22,2% reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, 11,4% reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto e dentre outras causas.

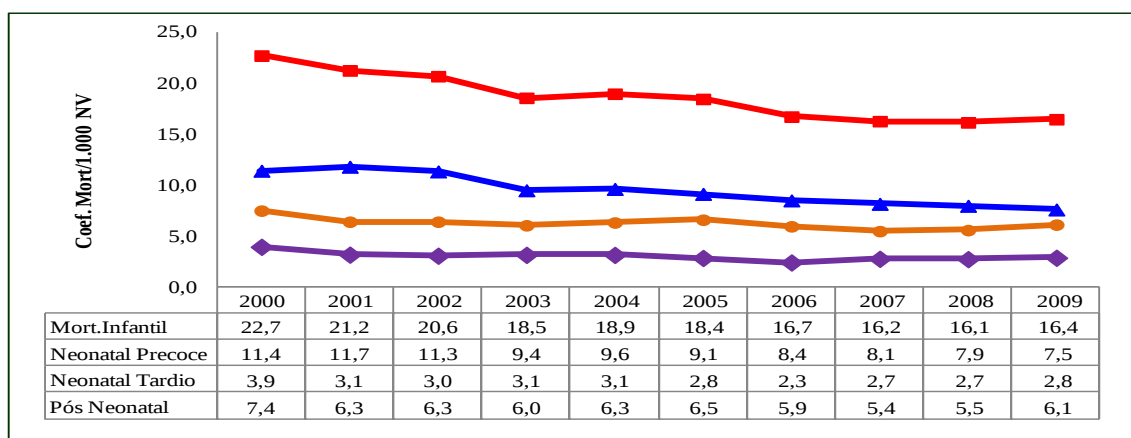
Durante o período de 2007 a 2009, verificou-se que as cinco principais causas de mortalidade em menores de 1 ano foram: desconforto respiratório do recém-nascido, septicemia bacteriana, transtorno relacionado à gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, outras malformações congênitas do coração e pneumonias por microorganismo não especificado. Na faixa etária de 1 a 4 anos, ocorreram 522 óbitos e as principais causas de óbitos foram: pneumonias por microorganismo não especificado, diarreias e gastroenterites originadas infecções presumidas, desnutrição protéica calórica, pneumonia bacteriana e afogamentos. De 5 a 9 anos, registrou-se 260 óbitos, tendo como as principais causas o afogamentos e submersão, pneumonias por microorganismo não especificado e pedestre traumatizado por colisão com ônibus.

Em relação o coeficiente de mortalidade infantil no Estado apresentou uma tendência decrescente passando de 22,7 em 2000 para 16,4/1.000 NV em 2009 (Figura 29). Observou-se que dentre os componentes da mortalidade infantil, neonatal precoce, apesar da redução nos últimos anos manteve-

4 Parâmetros do Ministério da Saúde - Alta - > 50 óbitos por 1000 NV; Média - 20 e 49 óbitos por 1000 NV; Baixa - < 20 óbitos por 1000 NV.

se estável, indicando uma preocupação para o estado no compromisso da redução da mortalidade infantil. Em 2009, 4 regionais de saúde apresentaram um coeficiente de mortalidade de infantil de médio risco: Barra do Garças (31,6/1.000 NV), Água Boa (24,3/1.000 NV), Porto Alegre do Norte (24,1/1.000 NV) e Juara (20,4/1.000 NV).

Figura 29: Mortalidade infantil (1.000 NV) segundo faixa etária. Mato Grosso, 2000 a 2009



Fonte: SES\SAS\COAPRE

Algumas ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, configuram-se como importantes estratégias para auxiliar na redução da mortalidade infantil. De acordo com a “*II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal*”, realizada em 2008, Cuiabá foi a Capital que teve a menor prevalência de aleitamento exclusivo de 0 a 6 meses (27,1%), quando comparada as demais capitais, bem como ao resultado da pesquisa anterior em 2000.

Rede Amamenta, cujo objetivo é fomentar as ações de promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, postos, centros de saúde e unidades da saúde da família. Em Mato Grosso, a implantação da Rede iniciou-se no município de Rondonópolis com a realização da primeira oficina de Tutores da Rede. No entanto, para dar continuidade a esta estratégia, enfrenta-se entraves como a rotatividade de profissionais e a adesão dos gestores municipais.

A Diretriz Hospital Amigo da Criança (IHAC), busca estabelecer e fortalecer o vínculo entre mãe e bebê, favorecendo assim a amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses e continuada até os 2 anos ou mais. O Estado de Mato Grosso credenciou, no ano de 2010, o Hospital Santa Helena, que permanece como único Hospital Amigo da Criança. As principais dificuldades para a implantação da IHAC em outros hospitais decorrem da necessidade do cumprimento dos “*10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*” e do compromisso, sensibilização e capacitação dos profissionais médicos e gestores.

Outra estratégia desenvolvida nos hospitais é a implantação do Método Canguru, que visa fortalecer o recém-nascido prematuro através do estreitamento do contato mãe/bebê, reduzindo o tempo de internação e seus riscos. Atualmente, Mato Grosso não conta com nenhuma maternidade credenciada nessa estratégia, sendo que os maiores entraves argüidos são o cumprimento dos requisitos e adequação do espaço físico.

Atualmente, o Estado, possui com 2 Bancos de Leite Humano e um posto de coleta no município de Cuiabá, cujo objetivo é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A Santa Casa de Misericórdia de Rondonópolis, contemplada no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) para a instalação do primeiro Banco de Leite Humano no interior, encontra-se em fase de adequação do espaço físico.

Em relação a consulta de puericultura, ação de fundamental importância para a promoção à saúde da criança e prevenção de agravos, principalmente em seu primeiro ano de vida. Em 2008, no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) foram registrados 14.722 consultas de puericultura, já em 2010, este número aumentou para 31.425. Porém ainda insuficiente para impactar na redução da mortalidade infantil, tendo em vista a sistematização destas consultas na atenção primária e na média complexidade.

Por fim, os coeficientes de mortalidade materna refletem as dificuldades que persistem ao longo dos anos referentes ao compromisso superficial dos gestores, a organização deficiente da rede de serviços, a fragilidade da atenção primária, a precarização da força de trabalho, a dificuldade de captação/fixação dos profissionais, a inadequada estrutura física, a falta de equipamentos para a atenção ao binômio mãe-filho, desde a atenção básica até a alta complexidade, o incipiente processo de regulação da rede da assistência materno-infantil, e insuficiente monitoramento e avaliação com foco na mortalidade materna e infantil.

1.5.3 SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano situado entre a infância e a vida adulta, e marcada por profundas transformações biopsicossociais. O acelerado crescimento físico dessa fase é acompanhado pela maturação sexual, sendo a sua capacidade de abstração e o pensamento crítico se desenvolve, juntamente com um maior senso de independência emocional e de autoconhecimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita o período entre 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 a 24 anos como juventude. De acordo com dados do

IBGE em 2010, a população de adolescente e jovens (10 a 24 anos) em Mato Grosso corresponde a 852.011 (28,1%) do geral, destes 9,3% de jovens pré-adolescentes (10 a 14 anos), 9,4% de jovens adolescentes (15 a 19 anos) e jovens adultos (20 a 24 anos) 9,4%. Em todas as faixas etárias, observou-se um predomínio do sexo masculino. Quanto ao domicílio, verificou-se que 82,5% desta população residem na área urbana, apenas 17,5% na área rural.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, que norteia a implantação da Política Estadual em Mato Grosso, fundamenta-se no reconhecimento de que adolescentes e jovens são pessoas em processo de desenvolvimento, demandando uma atenção especial ao conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais. Os pressupostos desta Política são a integralidade da atenção, a universalização, a efetividade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação juvenil, visando: (1) a melhoria da qualidade de vida de adolescentes e jovens brasileiros, (2) a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e (3) a eliminação ou redução dos agravos à saúde. Esta Política representa o compromisso de incorporar a atenção à saúde da população jovem à estrutura, mecanismos de gestão, ações e rotinas do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos seus níveis.

Para a efetivação da política estadual de saúde do adolescente, caberá à Secretaria de Estadual de Saúde desenvolver e subsidiar a implementação de programas, projetos e ações em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens de forma integrada com o nível federal e municipal, contribuindo para o desenvolvimento saudável, a melhoria da qualidade de vida e a redução da morbimortalidade na faixa etária de 10 a 24 anos, com ênfase no Programa Saúde na Escola, Projeto Olhar Brasil, Saúde e Prevenção na Escola realizada dentro da Estratégia Saúde da Família – ESF.

Os adolescentes e jovens adultos (10-24 anos) representam um grande desafio para o setor público por ser um ciclo de vida muito vulnerável aos fatores de risco à saúde. Problemas sociais e de saúde tais como gravidez na adolescência, uso e abuso de álcool e outras drogas, contaminação pelo HIV/AIDS e outras DST's e a violência que vitima os adolescentes, causando inclusive a morte de muitos, deve-se às dificuldades que os mesmos encontram em suas escolas, principalmente o baixo aproveitamento escolar em função das péssimas condições do ensino público no país, à grande facilidade na compra e consumo de álcool e outras drogas.

Quanto à gravidez na adolescência (10-19 anos) o percentual de nascidos vivos de mães nesta faixa foi de 22,6% e a taxa de natalidade de 40,74/1.000 NV, em 2009. Porém, há diferença na distribuição desta taxa segundo regionais de saúde, variando de 34,0 a 50,3/1000 NV. As Regionais de Saúde com taxas superiores a do Estado foram: Porto Alegre do Norte (50,3/1.000 NV), Água Boa (49,4/1.000 NV), Pontes de Lacerda (46,6/1.000 NV), Cáceres 43,4/1.000 NV), Juína (47,8/1.000 NV), Juara (42,8/1.000

NV), Barra do Garças (42,7/1.000NV), São Felix do Araguaia (42,6/1.000 NV) e Rondonópolis (42,5/1.000 NV).

Em relação, os casos de AIDS no estado nesta população, no período 1989 a 2010, segundo os Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foram registrados 1.182 casos diagnosticados e confirmados, destes foram 29,6% ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos e 70,4% entre os jovens adultos. Na faixa etária de 10-24 anos, o sexo feminino foi o grupo mais atingido (56,8%) e na categoria de exposição, o heterossexual com 75,9% dos casos diagnosticados.

A grande vulnerabilidade desta população está relacionada geralmente a prática do sexo sem proteção, pouca informação sobre as transformações relacionada a sexualidade, necessidade de explorar e experimentar tudo a sua volta, a ausência de práticas saudáveis de convivência e cuidados com o corpo, famílias com pouca capacidade de educar e proteger os seus filhos, pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde, além da escassez de ações provenientes do poder público que garantam prevenção, tratamento e assistência. A assistência em saúde para essa faixa etária é pouco eficiente em função da ausência de serviços qualificados. Os poucos que existem, funcionam de modo pontual e isolado.

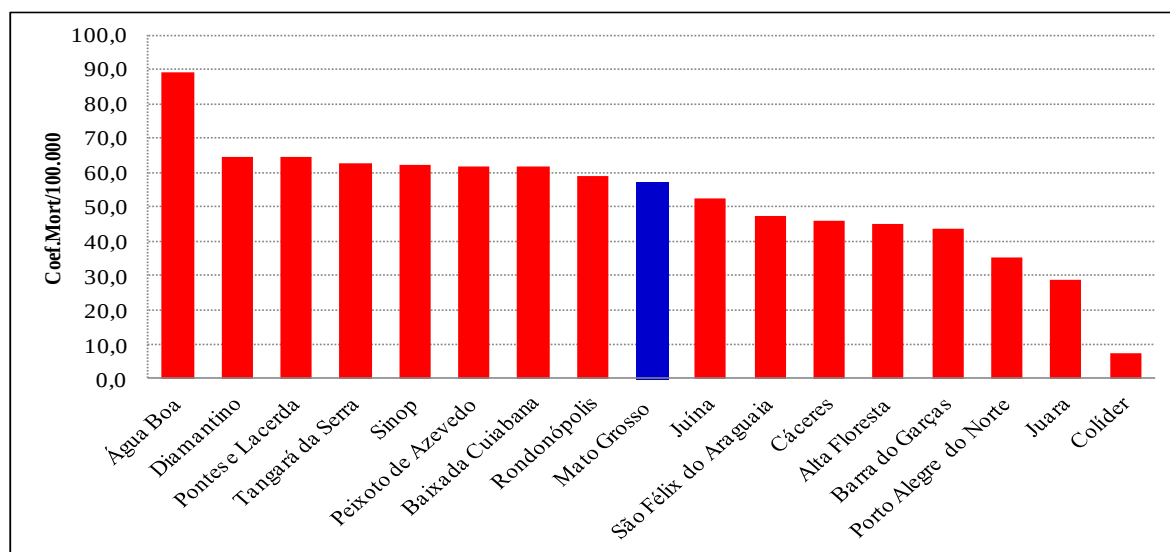
No tocante a mortalidade, no período de 2007 a 2009, 9,6% dos óbitos de residentes em Mato Grosso foram de adolescentes e jovens; destes 12,2% foram de jovens pré-adolescentes, 34,6% de jovens adolescentes e 53,3% de jovens adultos (20 a 24 anos). O sexo masculino com 78,1%, contra 21,9% do feminino. No mesmo período e na faixa etária (10-24 anos) as causas externas configurou-se a principal causa de morte (72,9%) e como segunda causa as neoplasias (4,8%).

Os óbitos por causas externas mostram tendência crescente na população de 10 a 24 anos no estado, em 2007 foram 612 óbitos e em 2009, 750 óbitos, um incremento de 22,5% de óbitos. Estas provocam as lesões traumáticas em adolescentes e jovens, provenientes da violência urbana, os acidentes de trânsito e de trabalho que podem levar esta população a se tornarem vítimas fatais.

Vale ressaltar, que dos 885 óbitos por causas externas (2007 a 2009) na faixa etária de 10-19 anos, 26,8% foram por agressões por disparo de arma de fogo, 7,7% por agressões por objeto cortante ou penetrante (arma branca), 5,6% de afogamento e submersão em águas naturais e os motociclistas traumatizados por acidentes de trânsito com 5,5%

Em 2009, o coeficiente de mortalidade por causas externas no estado foi de 57,13/100.000 adolescentes e 8 Regionais de Saúde apresentaram o risco de morrer nos adolescente maior que do estado: Água Boa, Baixada Cuiabana, Tangara da Serra, Rondonópolis, Peixoto de Azevedo, Pontes de Lacerda, Diamantino e Sinop (Figura 30).

Figura 30: Coeficiente de mortalidade por causas externas (por 100.000) em adolescentes de 10 a 19 anos, segundo Regional de Saúde. Mato Grosso, 2009



Fonte: SES\SAS\COPARE

No uso de drogas, inclusive álcool e tabaco, onde pode estar a raiz de diversos agravos à saúde de adolescentes e jovens, entre os quais acidente de trânsito, violência intrafamiliar e sexual, comportamento de risco no âmbito sexual, transmissão do HIV pelos usuários de drogas injetáveis, além dos problemas de saúde especificamente decorrentes da substância utilizada.

Para promover a prevenção destes fatores de riscos, a SES vem buscando parcerias com a Secretaria Estadual de educação e segurança Pública no intuito de coibir pratica que facilitam aos adolescentes e jovens o consumo dessas drogas. Bem como contribui para o cumprimento a lei de combate e prevenção as drogas licitas e ilícitas; com a divulgação junto aos meios de comunicação e entres os estudantes nas escolas e universidades. E para assistência a saúde destas vítimas identificadas como usuário de álcool e outras drogas ou aqueles adolescentes e jovens que apresentam sintomatologia indicativa de alterações comportamentais os serviços de CAPS vem sendo fortalecidos e com ampliação de cobertura populacional.

Outra estratégia de acompanhamento da saúde desta faixa etária específica foi a Caderneta do adolescente (menino e menina) no final do ano de 2009, para serem implantadas inicialmente em alguns municípios do Brasil que já desenvolvia o programa saúde na escola. Em Mato Grosso foram contemplados 20 municípios que estão desenvolvendo o projeto piloto, a fim de atingir a clientela da faixa etária de 10 a 16 anos nesse primeiro momento. Após esse primeiro será ampliando para os adolescentes na faixa etária 10 a 19 anos e todos os municípios do estado.

Entre os temas abordados na caderneta que são trabalhados pelos profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, nutricionista) estão: tabela de crescimento e desenvolvimento (peso X estatura), IMC,

saúde bucal, alimentação saudável, imunização, orientações dos métodos contraceptivos para meninos e meninas, mudança corporal, estágios de Tanner (menino e menina), higiene e sexualidade e direitos básicos garantidos no Estatuto da Criança e Adolescente - ECA.

Porém, em Mato Grosso há uma dificuldade quanto ao profissional médico responsável pelos adolescentes, visto que em alguns momentos é o profissional pediatra, em outros é o clínico geral e em alguns casos o ginecologista. Com isso, o adolescente fica sem a referência no serviço de saúde, principalmente no serviço hospitalar. Outra ação de prevenção dos adolescentes e jovens é Imunização/vacinas, que visa prevenir os das doenças acometidas pelos vírus/bactérias produzindo anticorpos contra as doenças mais suscetíveis. Para isso necessário faz-se necessário intensificar as ações de divulgação para sensibilização para maior adesão a imunização dos adolescentes e jovens.

Para tanto o Programa Saúde na Escola – PSE/SPE trabalha também essa temática e tem conseguido atingir alguns desafio propostos com a parceria importante dos profissionais da educação, visto que a maioria destes jovens está na escola, devendo perceber as orientações de prevenção e promoção a sua saúde, trabalhando a conscientização destes adolescentes e jovens, junto aos agravos que acometem sua saúde, no que tange também a vulnerabilidade. Haja vista, que a escola tem um papel fundamental para formação crítica política e social dos adolescentes e jovens.

O Estado vem fortalecendo e intensificando as ações voltadas para esta população, por meio da intersetorialidade com a Secretaria Estadual de Educação – SEDUC e a participação no comitê da Juventude em MT/SETECS, por meio da disponibilização e realização do Teste Rápido nas Unidades Básicas de saúde e equipe saúde da família; descentralização das ações do CTA para as unidades básicas de saúde e equipe saúde da família; capacitação dos profissionais da saúde e educação na prevenção das DST/AIDS/HIV, face ao programa PSE e SPE.

Além dessas ações, vem realizando anualmente Mostras sobre os temas que integram o programa Saúde na escola e DST/HIV/AIDS em parceria com a Secretaria estadual de Educação – SEDUC. Também promove a disponibilização de preservativo feminino; Fortalecimento e efetivação das ações do Plano Estadual de enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DSTs entre crianças, adolescentes, jovens, homossexuais, travestis, gestantes, homens, mulheres, idosos e população indígena; Fortalecimento e expansão das ações do Programa Saúde na Escola - PSE/SPE para todos os municípios do Estado; Monitoramento e assessoria das ações do programa PSE/SPE nos municípios que recebem incentivos pelo PAM e que destinam valores para desenvolver ações deste programa no combate a epidemia do HIV/AIDS; Fortalecimento da rede de jovens vivendo e convivendo com AIDS E HIV, garantindo acesso aos serviços de saúde conforme as suas necessidades psíquico-social.

1.5.4 SAÚDE DO HOMEM

As ações de Atenção Integral à Saúde do Homem em Mato Grosso é norteadas pela Política Nacional; cuja implantação fundamenta-se no reconhecimento de que o homem, na sua existência e princípios culturais, demanda de uma atenção especial às suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais.

Diante das estatísticas nacionais, verifica-se que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam na rotina, como as mulheres, os serviços de atenção à saúde.

Em relação aos tratamentos crônicos, em geral, tem-se uma menor adesão dos homens, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente e em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. As causas da baixa adesão aos serviços de saúde e as ações de saúde são constituídas, entre outras, pelas barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais. Além do mais, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Outra questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada à sua posição de provedor. Alegam que o horário de funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho.

A população masculina residente no Estado de Mato Grosso representa 51,0% de 3.035.122 da população geral conforme o censo do IBGE/2010. Esta população é composta por maior contingente de homens adultos entre de 25 a 59 anos de idade (47,6%) e jovens de 10 a 25 anos (28,0%). Na distribuição por faixa etária e sexo, verifica-se que a população masculina é maior que a feminina em todos os grupos etários.

Em relação às principais morbidades hospitalares no SUS do sexo masculino, aparecem em primeiro lugar as doenças do aparelho respiratório (18,8%), seguido-se das lesões (16,5%), doenças infecciosas (14,9%), aparelho digestivo (11,9%) e aparelho circulatório (10,6%). Analisando por ciclo de vida, observa-se diferenças importantes, na infância (menores de 10 anos) as hospitalizações concentram-se nas causas respiratórias (37,0%); nos adolescentes e adultos, verifica-se maior frequência no atendimento de lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas com respectivamente 28,7% e 24,7%, e entre os idosos, surgem em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, em segundo as doenças do aparelho respiratório, seguido do aparelho digestivo, geniturinário e doenças infecciosas (Tabela 11).

Tabela 11: Principais causas de internação do sexo masculino segundo ciclo de vida e Capítulo CID-10. Mato Grosso, 2009.

Ciclo de Vida	% por Capítulo – CID 10*				
	1° lugar	2° lugar	3° lugar	4° lugar	5° lugar
Infância (0 a 9 anos)	D. Ap. Resp. (37,0%)	D. infecciosas (26,0%)	Perinatais (8,2%)	Lesões (6,2%)	D. Ap. Digest. (5,7%)
Adolescência (10 a 19 anos)	Lesões (28,7%)	D. infecciosas (19,2%)	D. Ap. Resp. (14,1%)	D. Ap. Digest. (11,2%)	Ap. Geniturinário (7,1%)
Idade Adulta (20 a 59 anos)	Lesões (24,7%)	D. Ap. Digest. (15,4%)	D. infecciosas (11,7%)	D. Ap. Resp. (10,1%)	D. Ap. Circ. (9,8%)
Idoso (60 ou + anos)	D. Ap. Circ. (24,9%)	D. Ap. Resp. (19,9%)	D. Ap. Digest. (11,2%)	Ap. Geniturinário (7,1%)	D. infecciosas (9,0%)
Geral – Masc.	D. Ap. Resp. (18,8%)	Lesões (16,5%)	D. infecciosas (14,9%)	D. Ap. Digest. (11,9%)	D. Ap. Circ. (10,6%)

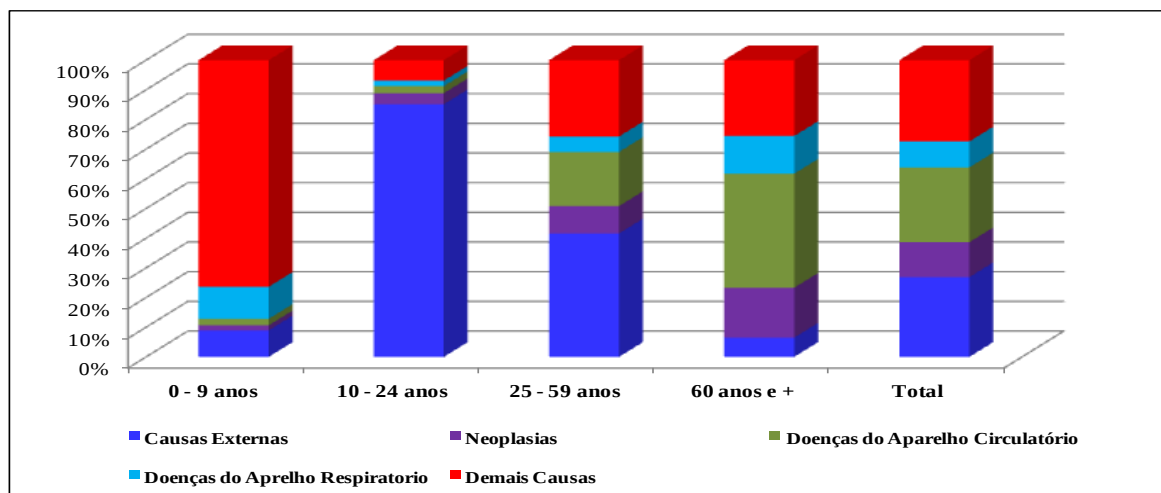
Fonte: SES/SAS/COAPRE

* Os percentuais foram calculados excluindo as causas ligadas a gravidez, parto e puerpério

Em 2009, registrou-se 9.111 óbitos masculinos no estado, destes 26,9% foram de causas externas, 25,2 % de doenças do aparelho circulatório, 11,8% neoplasias e 8,7% das doenças do aparelho respiratório. Dentro das causas externas sobressaem os homicídios e acidentes de transporte; já nas doenças do aparelho circulatório as mais frequentes foram as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares.

No tocante a mortalidade por faixa etária, observa-se que as de 25 a 59 e 10 a 24 anos, juntas responderam por aproximadamente 87,0% dos óbitos por causas externas, Nos homens com idade $\geq$ 60 anos, as causas mais frequentes foram às doenças do aparelho circulatório, neoplasia e doenças do aparelho respiratório (Figura 31).

Figura 31: Principais causas de óbito (Cap.CID 10) na população masculina segundo faixa etária. Mato Grosso, 2009.



Fonte: SES\SA\ICOAPRE

Vale ressaltar, que nas neoplasias predominam os cânceres de próstata, importante crescimento no período de 1996 a 2009 com 157,4% de aumento do número de óbitos. Diante deste contexto, o fortalecimento das parcerias e ações de prevenção e promoção é primordial nas áreas saúde da mulher, criança e adolescente, das doenças cardiovasculares, das populações vulneráveis, das psicossociais, testagem sorológica, diagnóstico, aconselhamento, tratamento e acompanhamento das infecções por DST's e HIV.

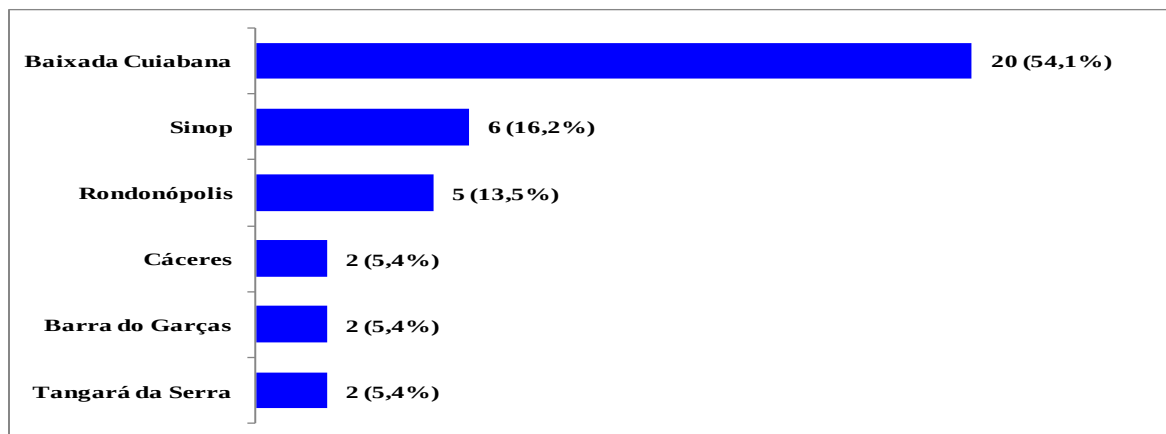
Desta forma, a importância da Política de Saúde do Homem, com estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, estimulando o auto cuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Para efetivação da Política de Saúde do Homem faz-se necessário que o homem seja contemplado nas as ações de saúde com enfoque nos seguintes contextos:

- **O homem no contexto saúde doença** - no sentido da efetivação da Humanização e da Promoção em Saúde o que, por sua vez contribuirá na inserção de fato e de direito, do homem nos fluxos dos serviços de saúde.
- **O homem em quanto usuário** - compreende-se a necessidade da adoção de estratégias pelas unidades priorizando a busca e atendimento primário desta população.
- **O homem e oferta de serviço** - ressaltando de que um dos profissionais necessários para compor a organização de redes de referência e contra-referenciais na Atenção à Saúde do Homem é o médico especialista em urologia. Porém, o Estado não possui em seu quadro de servidores esta

categoria (urologista), estes profissionais estão na rede privada e principalmente concentrados nos principais grandes centros. Segundo a Sociedade Brasileira de Urologista (SBU), em 2011, o estado contava com 37 médicos urologista, onde 55,0% destes atuam na Baixada Cuiabana (Figura 32).

Figura 32: Distribuição de médicos urologistas no setor privado segundo Escritório Regional de Saúde, Mato Grosso. 2011



Fonte: SES\SAS\COAPRE

Portanto, este enfoque tem como papel primordial a implantação da política saúde do homem no estado de Mato Grosso, com a sensibilização voltada as necessidades do recorte populacional do sexo masculino em toda a sua faixa etária, levando em consideração as demais políticas e programas já implantadas nos serviços de saúde, tais como: Saúde da Criança, Saúde do Adolescente e Jovens, Saúde do Idoso.

Baseado nessas políticas já consolidadas, torna-se mais fácil a implementação dos serviços, para as demais necessidades voltadas ao atendimento do homem, isso nos remete a pensar em otimização de tempo e adequação de rede de serviço para uma nova visão do atendimento ao homem e suas vulnerabilidades. Nessa visão propiciará a interlocução e transversalidade da política nos demais setores e programas evitando assim dispersão desnecessárias de recurso.

1.5.5 SAÚDE DO IDOSO

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional está ocorrendo de forma acelerada e o número de idosos aumentará em média quinze vezes até 2025 e a população geral será apenas cinco vezes maior. Atualmente a população brasileira, segundo Censo/IBGE (2010) é composta por 10,8% de idosos (60 anos e mais), sendo as regiões Sul (12,0%), Sudeste (11,9%), Nordeste (10,3%), Centro-Oeste (8,8%) e Norte (6,8%).

O país, nos últimos anos, vem passando pelo processo de transição demográfica ocasionada pela redução da mortalidade, baixa fecundidade e aumento da expectativa de vida, repercutindo no

envelhecimento demográfico acelerado. Assim, em 2050 o Brasil defrontar-se-á com a difícil situação de atender uma sociedade mais envelhecida do que a da Europa atual, onde ocorreu uma transição etária muito mais lenta, acompanhado do desenvolvimento social e econômico. O desafio colocado pela transição demográfica para a população idosa relaciona-se à necessidade de geração de recursos e efetivação das políticas públicas que permitam um envelhecimento ativo.

É notável o aceleramento do envelhecimento demográfico no estado, pois se em 2000 a população idosa era de 144.318 (5,8%), em 2010 cresceu para 239.626 (7,9%), o mesmo não se pode dizer na implementação e implantação de serviços para atendimento desta demanda, visto que não se dispõe de fluxo e protocolo específicos e/ou atenção especializada, pois é direcionada ao fluxo natural de atendimento.

Essa transformação demográfica virá acompanhada de uma mudança no perfil epidemiológico da população, com aumento significativo na prevalência de doenças crônicas degenerativas, que coloca em evidência uma população idosa crescente, com múltiplas co-morbidades, as quais potencializam o aparecimento de síndromes geriátricas que comprometem a independência e a autonomia, gerando incapacidade, fragilidade, institucionalização e morte.

Os dados epidemiológicos (MS, SIH/SUS, 2009) revelam que as principais causas de óbitos em idosos referem-se a 38,9% de doenças do aparelho circulatório; 15,9% de neoplasias; 12,8% doenças respiratórias; 8,2% doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e 5,1% doenças do aparelho digestivo.

Em relação às principais causas de internações, nessa faixa destacam-se a insuficiência cardíaca (10,8%), pneumonia (9,6%), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (6,5%), diabetes (4,5%) e Hipertensão primária (3,3%). Em relação ao gênero as principais causas de internações ocorrem em sua maioria no sexo masculino (56,3%).

Dentre os fatores de risco, para a saúde do idoso, há a fragilidade, que está diretamente relacionada à vulnerabilidade e envolvem declínios em múltiplos domínios fisiológicos, incluindo força e massa muscular, flexibilidade, equilíbrio, coordenação e função cardiovascular, que pode gerar elevados índices de quedas, declínio funcional, hospitalização e morte. A fragilidade leva à deterioração da qualidade de vida, aumento da sobrecarga dos cuidadores e altos custos com cuidados à saúde.

As quedas, portanto, são marcadores de fragilidade e da perda de capacidade funcional, não podendo ser negligenciadas e estão mais relacionadas ao sexo feminino, à alteração musculoesquelética e do sistema nervoso, déficit cognitivo, hipotensão postural, redução da acuidade visual e auditiva, polifarmácias, alterações ambientais (falta de infra-estrutura urbana e residencial, iluminação pública e doméstica, posicionamento de móveis e objetos nos domicílios). Entretanto, independentemente da gravidade da lesão, a queda pode provocar impacto psicológico negativo, como sequelas devastadoras

para a vida do idoso, por exemplo, o medo de cair e a perda da confiança na realização das tarefas do cotidiano, restrição nas atividades sociais, aumentando a dependência, descondicionamento, restrição da mobilidade e isolamento social.

O número de internações por quedas em idosos de 60 a 69 anos em Mato Grosso correspondem a 38,8%, entre 70 a 79 anos é de 30,3% e para idosos de 80 anos e mais a proporção é de 30,9%. Dentre a classificação dessas internações, a queda do mesmo nível para idosos (quedas, escorregões, tropeços e passos em falso) pode estar relacionada ao fator fragilidade, nesse sentido é importante frisar que 35,8% referem-se a esse tipo de queda, dentre outras se destacam quedas sem especificações (41,5%); outras quedas do mesmo nível (11,3%); outras quedas de um nível a outro (3,1%).

A ocorrência da queda pode ocasionar fratura de fêmur em idosos, indicador, pactuado junto ao Ministério da Saúde, nesse sentido, as internações ocorrem principalmente na Baixada Cuiabana (30,7%); Cáceres (13,0%); Rondonópolis (17,7%), Sinop (6,4%); Tangará da Serra e Barra do Garças (5,7%), considerando que são regionais onde há melhor estrutura hospitalar e ambulatorial no Estado.

A identificação dos fatores associados ao histórico de quedas em idosos é de grande importância para que se possam traçar, na assistência à saúde, métodos preventivos e de intervenção terapêutica, que devem ter o objetivo de manter ou melhorar a capacidade funcional e prevenir danos físicos, internações hospitalares e institucionalizações, diminuindo os altos custos que acarretam ao sistema de saúde e mantendo uma boa qualidade de vida para essa população.

Outras ocorrências de internações por causas externas que caracterizam fatores de risco em idosos são agressões/violência (7,7%) e suicídio (7,4%). Além dos aspectos epidemiológicos há que considerar que os fatores socioeconômicos interferem na qualidade de vida, portanto são sinalizadores de riscos e vulnerabilidade desse grupo populacional.

No país e na região Centro-Oeste a população idosa é majoritariamente composta por mulheres (Tabela 12), o mesmo não ocorre em Mato Grosso que está distribuída em masculina (51,7%) e feminina (48,3%), residentes na área urbana (79,5%) e rural (20,5%), sendo este último considerado, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), grupo de vulnerabilidade, tendo em vista a dificuldade de acesso aos serviços sociais e de saúde.

Tabela 12: Proporção de população idosa, segundo sexo e área de residência, 2010

Variável	Brasil (%)	Centro-Oeste (%)	Mato Grosso (%)
Sexo			
Masculino	44,5	47,9	51,7
Feminino	55,5	52,1	48,3

Zona de Residência			
Urbana	84,1	87,2	79,5
Rural	15,9	12,8	20,5

Fonte: SES\SAS\COAPRE

Considerando a escolaridade da população idosa (Tabela 13), Mato Grosso apresenta valor acima à

média nacional e regional, no que refere aos idosos sem instrução e menos de 1 ano de estudo (14,3%). Porém quando especificado 9 anos ou mais de estudo, apresenta a menor proporção (7,1%). Consequentemente, o rendimento pode ser resultante do baixo grau de escolaridade, sendo que em relação ao Brasil e ao Centro Oeste, os idosos do estado é de até ½ salário mínimo (17,1%), mas quando comparado a mais de 2 salários o estado apresenta a menor proporção de idosos recebendo esse valor (15,8%). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (2007), os idosos de Mato Grosso possuem baixa escolaridade e pouco rendimento, que se complementam enquanto fatores de risco e vulnerabilidade desse segmento.

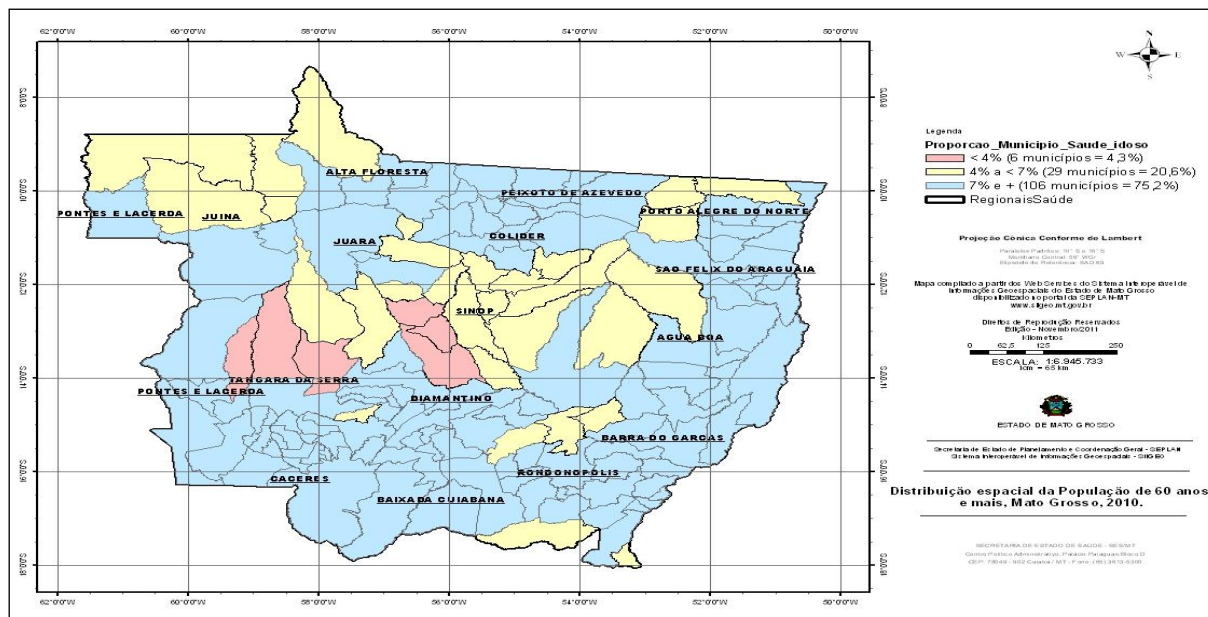
Tabela 13: Distribuição da proporção da população idosa, por escolaridade e rendimento, 2007

Variável	Brasil (%)	Centro-Oeste (%)	Mato Grosso (%)
Escolaridade (em anos de estudo)			
Sem instrução e menos de 1 ano	32,2	36,9	14,3
1 a 3 anos	20,4	22,2	24,0
4 a 8 anos	32,2	26,9	24,5
9 ou mais	15,1	14,0	7,1
Rendimento			
Até ½ salário	12,6	11,5	17,1
½ a 1 salário	31,7	35,0	38,2
1 a 2 salários	28,0	27,1	24,6
Mais de 2 salários	23,4	23,1	15,8

Fonte: SES\SAS\COAPRE

Em 2010, dos 141 municípios de Mato Grosso, 106 (75,2 %) apresentaram um percentual de pessoas envelhecidas $\geq 7,0\%$ (Figura 33), destes aproximadamente 35,0% (36) municípios com proporções superiores à do Brasil (10,8%), região Centro Oeste (8,8%) e do Estado 7,8%.

Figura 33: Mapa de distribuição dos municípios, por percentual de população de 60 anos e mais. Mato Grosso, 2010



Fonte: SES/MS/COPARE

Considerando os dados epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, bem como outros fatores de risco para pessoas idosas, é importante que os serviços de saúde sejam sistematizados e planejados para atender tais demandas, exigindo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças e minimização na evolução das complicações, prevenindo incapacidades ao longo da vida e óbitos precoces.

De acordo com Art. 230 da Constituição Federal de 1988 “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.” Tendo em vista a especificidade na área da saúde para esse segmento, o Estatuto do Idoso, (Lei N° 10.741, de 01/10/2003), no Art.15 assegura “a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.”

Apesar do envelhecimento representativo nos municípios de Mato Grosso, da repercussão destes nos dados epidemiológicos, bem como do respaldo legal, os serviços de saúde não se encontram estruturados para atendimento prioritário e especializado dessa demanda, visto que estão inseridos no fluxo normal, fundamentalmente as doenças e agravos não transmissíveis. Nesse aspecto, o SUS tem como política de assistência o princípio da descentralização, existência dos consórcios intermunicipais e a estruturação dos serviços de atenção à saúde, em referência e contra-referência, voltada à

abordagem integral, tendo a atenção básica como porta de entrada para as intervenções de nível secundário e terciário.

Levando em conta os níveis de atenção pode-se dizer que as diretrizes do Ministério da Saúde encontram-se mais direcionadas à atenção primária, visto que foram criados instrumentos para avaliação e diagnóstico da população idosa, como a caderneta de saúde da pessoa idosa que tem como objetivo rastrear as fragilidades; o caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa (2007), enquanto recurso para educação permanente dos profissionais neste nível de atenção; materiais educativos referentes à prevenção de quedas, saúde auditiva, prevenção da violência e vacinação.

Dentre as ações de abordagem ao idoso na atenção primária, existem Diretrizes dos municípios como a formação dos grupos de idosos, grupos de caminhada, parcerias com os Centros de Convivência voltados às orientações e estímulo aos hábitos alimentares adequados e outras atividades físicas e sociais que são desenvolvidas pelas unidades de saúde da família.

Entretanto, há necessidade de especificação para abordagem geriátrica e gerontológica, integral e integrada em nível ambulatorial e hospitalar, considerando os fatores de risco e fragilidade da pessoa idosa. Dentre esses serviços, a assistência farmacêutica é de fundamental importância, devendo englobar medicações pertinentes à condição de saúde, tendo em vista as interações medicamentosas e indicações específicas, além da garantia do acesso e continuidade ao tratamento.

Importante ressaltar que a atenção ao idoso envolve ainda o apoio e acompanhamento aos familiares e cuidadores que lidam com esta atividade contínua e estressante, sendo frequentemente negligenciados. As equipes de saúde poderão contribuir na atenção ao cuidador e na orientação para organização do tempo, das atividades e do autocuidado, através de abordagem individual ou em grupo, possibilitando que os serviços de cuidado formal sejam acessíveis, principalmente à população da área rural, com maior dificuldade nos acessos às unidades de saúde.

No processo de organização de tempo e das atividades para o cuidado, faz-se primordial o desenvolvimento da atenção domiciliar, bem como a articulação com a rede de suporte social formal ou informal (centros de convivência, associações, instituições religiosas, grupos sociais e outras instituições, governamentais e não governamentais que atendem a demanda) existente nos municípios e/ou nas áreas de abrangência da unidade de saúde.

Para a efetivação da Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e das ações e serviços são importantes a pactuação e divulgação das leis e diretrizes e capacitação profissional, tendo em vista a elaboração, o planejamento e a gestão de suas estratégias em nível local e regional.

1.5.6 SAÚDE DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA

Com o propósito de assegurar uma atenção integral à saúde à população carcerária, a Secretaria de Estado de Saúde e da Justiça executam conforme estabelecido na Portaria Interministerial Nº 1.777, 09/09/2003, o Plano Operativo Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário(POESSP) aprovado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.712, de 18 de agosto de 2004, que qualifica o Estado de Mato Grosso a receber o Incentivo para a Atenção à Saúde das sete (7) Unidades Penitenciárias, em parceria com as Secretarias: de Justiça e Direitos Humanos e Municipais de Saúde, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Resolução Nº 053 de 30/10/2003, definindo e implementando ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O plano também prevê a constituição de Equipes Básicas de Saúde – EBS, lotadas nas unidades prisionais, para a execução de ações da atenção básica e média complexidade, custeadas por incentivo financeiro federal, repassado mensalmente, as equipe, registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. A atuação dos profissionais visa, sobretudo, atender de forma resolutiva às necessidades de saúde dessas pessoas privadas de liberdade.

As equipes multidisciplinares de saúde são compostas pelos profissionais: médico/a, enfermeiro/a, auxiliar/técnico de enfermagem, odontólogo/a, psicóloga/a, assistente social e auxiliar de consultório dentário. Em 2011, no estado apresentava 7 equipes distribuídas em 5 municípios Rondonópolis, Água Boa, Sinop, Cuiabá e Santo Antônio de Leverger. Considerando que o parâmetro de cobertura da Equipe de Saúde é uma Equipe para até quinhentos (500) presos, observa-se 3 das unidades prisionais que não atendem os parâmetros esperados (Tabela 14).

Tabela 14: Número e percentual de presos e total de equipes de saúde, segundo Unidades Penitenciárias. Mato Grosso, junho de 2011

Unidade Penitenciária	Nº de presos	% de presos	Equipes de Saúde (EPEN) no CNES
Centro de Ressocialização de Cuiabá	1.297	22,0	1
Penitenciária Feminina	433	7,3	1
Penitenciária de Rondonópolis	950	16,1	1
Penitenciária de Sinop	654	10,1	1
Penitenciária de Água Boa	465	7,9	1
Penitenciária Central do Estado	2.085	35,4	1
Colônia Agrícola Palmeiras	14	0,2	1
Total	5.898	100,0	7

Fonte: SES\SAS\COAPRE

O Estado de Mato Grosso apresenta um total de aproximadamente de 12.000 presos sentenciados e custodiados distribuídos nos 64 estabelecimentos (7 penitenciárias, 1 casa de albergados feminina e 2 masculina, 53 cadeias e 1 Centro de Detenção Provisória (CDP)) onde estes cumprem sentença.

As sete (7) Unidades Prisionais contempladas no POESSP (Tabela 14) conta com 5.898 presidiários, destes 64,7% encontram-se nas unidades penitenciárias de Cuiabá.

Poucos avanços foram contabilizados para efetivação do POESSP. As unidades de saúde implantadas apresentam fragilidades em sua infra-estrutura com condições sanitárias precárias incompatíveis com o processo de trabalho das Equipes de Saúde para o desenvolvimento das ações básicas. Nesse sentido, a operacionalização do plano tem necessidade de ser implementada para rever pontos críticos, como por exemplo, as referências para média e alta complexidade. A experiência mostrou que por despreparo, pouco compromisso e a inadequação do fluxo de encaminhamento, essa clientela muitas vezes não está sendo atendida.

Faz-se necessário uma gestão compartilhada das Secretarias de Saúde e de Justiça e Direitos Humanos para superação de desafios, priorizando a readequação da infra-estrutura que considere às ações da equipe multidisciplinar, bem como a cobertura dessa equipe ao total da população presidiária.

1.5.7 SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

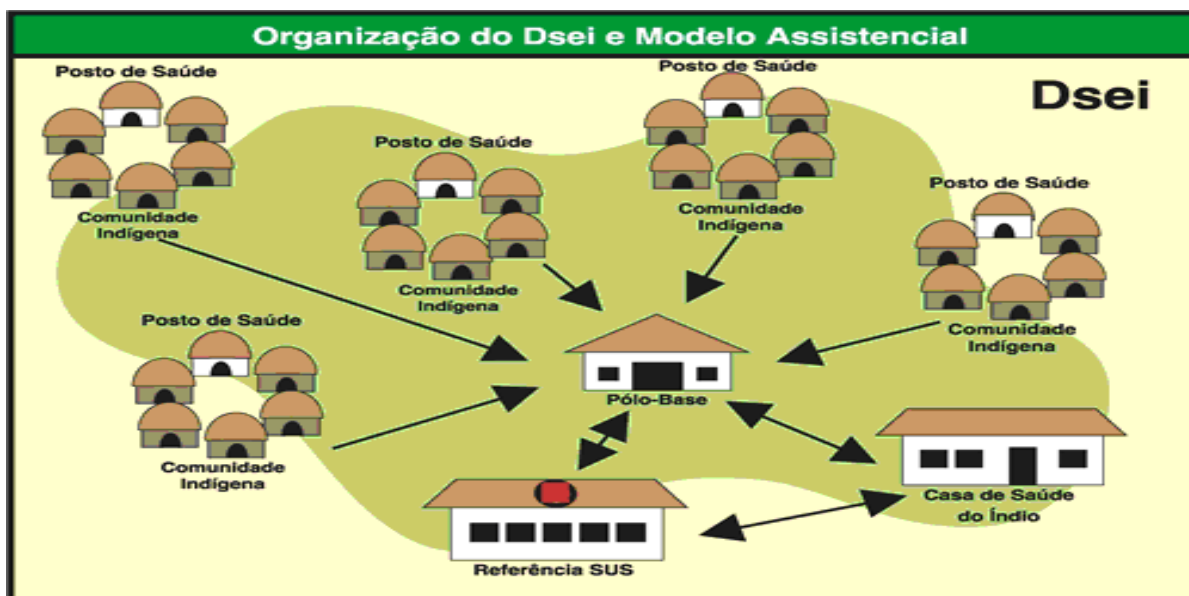
A lei 9.836 de 23/09/1999, conhecida como lei Sérgio Arouca acrescenta dispositivos à lei 8.080/90 e institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena definindo a União, por meio da FUNASA como responsável pelas ações de saúde em território indígena. Tal organização dos serviços de saúde indígena vigorou até o ano de 2010. Por meio do decreto 7.336/2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde que passa a ser a responsável pela execução das ações de atenção básica em território indígena no Brasil.

O Subsistema de Saúde Indígena está estruturado e organizado por meio de Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEIS) que são conceituados “como um modelo de organização dos serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado que não guarda relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas”. (Chaves et al, 2006, p. 297)

Os DSEIS são compostos por postos de saúde dentro das terras indígenas que contam com Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN); por pólos bases com Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e as Casas de Saúde Indígena (CASAIs) que apóiam os serviços de média e alta complexidade referenciados a rede SUS (Figura 34).

A legislação vigente da saúde indígena define que Estados e municípios têm atuação complementar no custeio e execução das ações de saúde inclusive no âmbito da atenção básica. No Estado de Mato Grosso, 39 municípios, envolvendo 15 regionais de saúde, recebem do Ministério da Saúde o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), totalizando R\$ 2.141.200,00 (dois milhões cento e quarenta e um mil e duzentos reais). O Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI) é recebido por 19 estabelecimentos hospitalares do estado, envolvendo 15 regionais de saúde, totalizando R\$ 78.343,00 (setenta e oito mil, trezentos e quarenta e três reais) (FNS, 2011). Cabe a SES/MT, articular com os municípios e DSEI's, os programas e ações estratégicas, a organização da rede e dos serviços de saúde para garantia do acesso das populações indígenas.

Figura 34: Organização interna de um DSEI e Fluxo de Atenção à Saúde



Fonte: MS/DAB

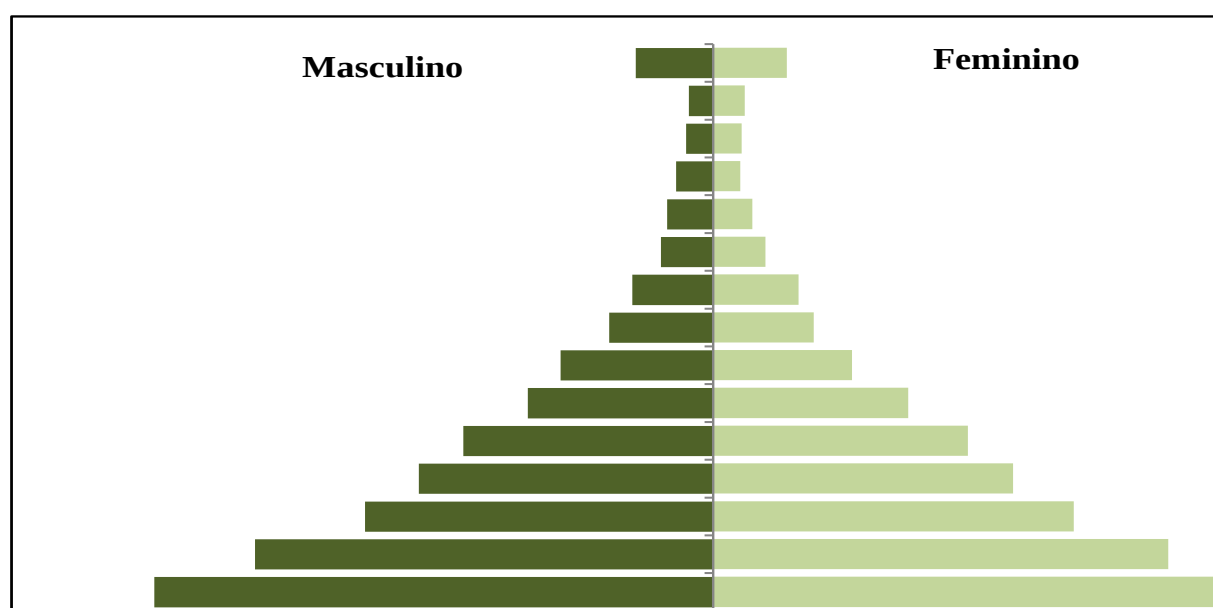
Atualmente no Brasil, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), há 600.518 indígenas cadastrados, distribuídos em 4.774 aldeias em 615 terras indígenas, correspondendo a 448 municípios em 24 Estados brasileiros. Ainda segundo o SIASI, nas regiões Norte e Centro-Oeste do país residem 64% da população indígena, em 98% das terras indígenas.

Com a coleta de dados demográficos no SIASI observou-se que a população indígena cadastrada registrou um aumento de 293.669 pessoas desde 2000, com uma população inicial de 306.849, representando 95,0% de crescimento.

A população de Mato Grosso segundo censo 2010 do IBGE, é de 3.035.122 pessoas. A população indígena, segundo dados do SIASI, representa 1,19% do total da população mato-grossense, totalizando 36.118 pessoas, sendo 18.439 homens e 17.678 mulheres.

A pirâmide populacional indígena de Mato Grosso, conforme pode ser observado na Figura 35, reflete uma dinâmica populacional caracterizada por elevados níveis de natalidade e de mortalidade nos primeiros anos de vida, resultando em uma estrutura etária composta de 47,3% dos indivíduos com idade abaixo dos quinze anos, sendo que 15,82% é constituído pela população de zero a quatro anos. O estreitamento dos retângulos que representam a população em idade adulta reflete também a alta mortalidade e o pequeno volume da população. O contingente no grupo etário de 65 anos e + é pronunciado, indicando provável aumento da longevidade. Em resumo, a pirâmide mostra que a população indígena de Mato Grosso, é predominantemente jovem, com predominância do sexo masculino e possui características de populações que experimentam altos níveis de natalidade e de mortalidade.

Figura 35: Pirâmide Populacional Indígena de Mato Grosso, 2010



Fonte: SES\SASICOAPRE

O estado, apresenta grande diversidade étnica social com 45 etnias e diferentes números populacionais, distribuídas em 7 DSEI's, sendo 4 sediados em MT e 3 com área de atuação interestadual (Tabela 15). Cabe ressaltar também que esses povos possuem cultura e línguas diferenciadas.

Tabela 15: Distribuição da população indígena por Distrito Sanitário Indígena (DSEI).Mato Grosso, 2010

DSEIS	Pop. Indígena MT	Municípios de MT com população indígena	N.º de etnias indígenas em MT
Dsei Araguaia (MT, GO, TO)	1.468	7	3
Dsei Cuiabá (MT)	6.345	16	10
Dsei Kayapó (MT)	2.699	6	11
Dsei Porto Velho (RO, AM, MT)	585	1	1
Dsei Vilhena (RO, MT)	3.966	9	5
Dsei Xavante (MT)	15.299	12	1
Dsei Xingu (MT)	5.835	8	14
DSEIS: 07	36.197	59	45

Fonte: SES/SASICOAPRE

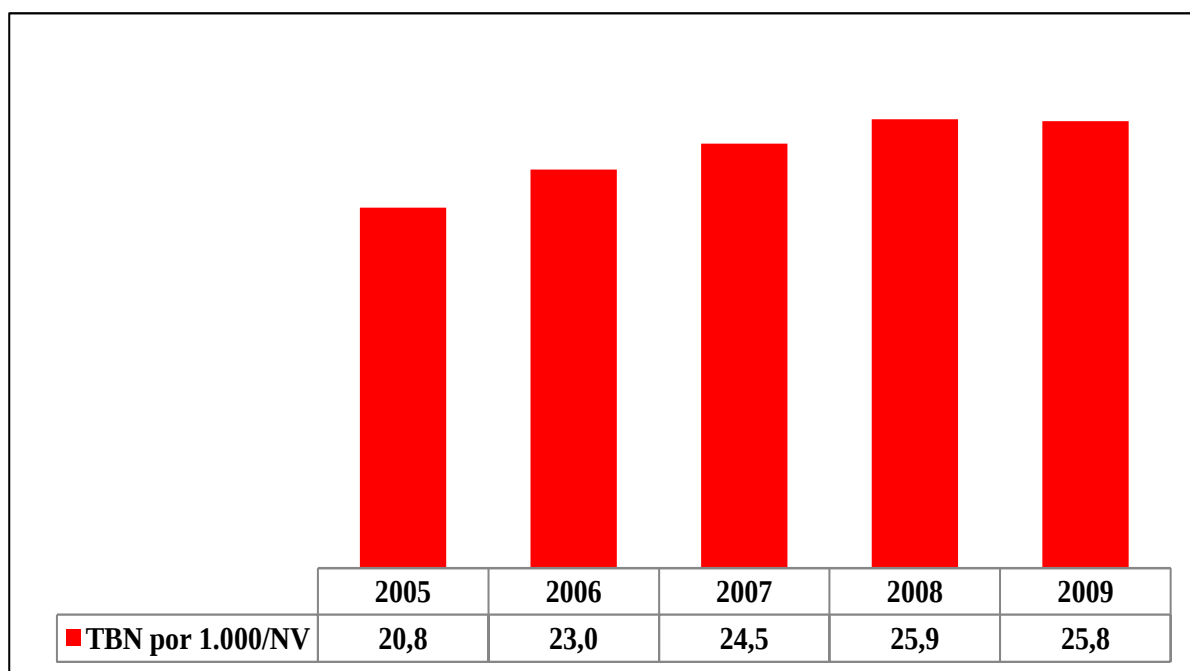
A situação de saúde dos povos indígenas do Brasil está historicamente ligada ao processo de expansão das frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do Estado ao longo dos anos. O avanço do setor agrícola, madeireiro e minerador em Mato Grosso, impacta sobremaneira no modo de viver e no processo saúde-doença das populações indígenas.

Um dos problemas a ser destacado nessa área está relacionado ao fato do Estado não dispor de perfil epidemiológico de sua população indígena. De uma forma geral, diversos autores referendam que há poucas publicações sobre o perfil epidemiológico da população indígena brasileira, sendo mais comuns alguns dados com base em estudos de caso focados em alguma etnia.

Diante da falta de dados epidemiológicos mais aprofundados e específicos da população indígena mato-grossense, descreveremos abaixo alguns dados obtidos por meio dos sistemas de informação de nascidos vivos – SINASC, de agravos notificáveis – SINAN, e de mortalidade – SIM

Em relação aos nascimentos, a população indígena de Mato Grosso apresentou em 2005 uma taxa bruta de natalidade 20,8 por mil habitantes, passando em 2009 para 25,8 por mil habitante (Figura 36), ocorrendo no período um incremento de aproximadamente 24,0% nesta taxa. A tendência crescente observada a partir do ano de 2005 pode provavelmente ser inferida à melhoria na captação dos registros de nascimento.

Figura 36: Taxa Bruta de Natalidade (1.000 hab.) na população indígena. Mato Grosso, 2005 a 2009



Fonte: SES\SAS\COAPRE

Com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi verificado que no período de 2007 a 2010 ocorreram 4.034 notificações de doenças transmissíveis na população indígena, destas 50,6% (2.041) do sexo feminino e 49,4(1.993) do sexo masculino.

Os agravos que mais acometeram a população indígena do sexo feminino foram:

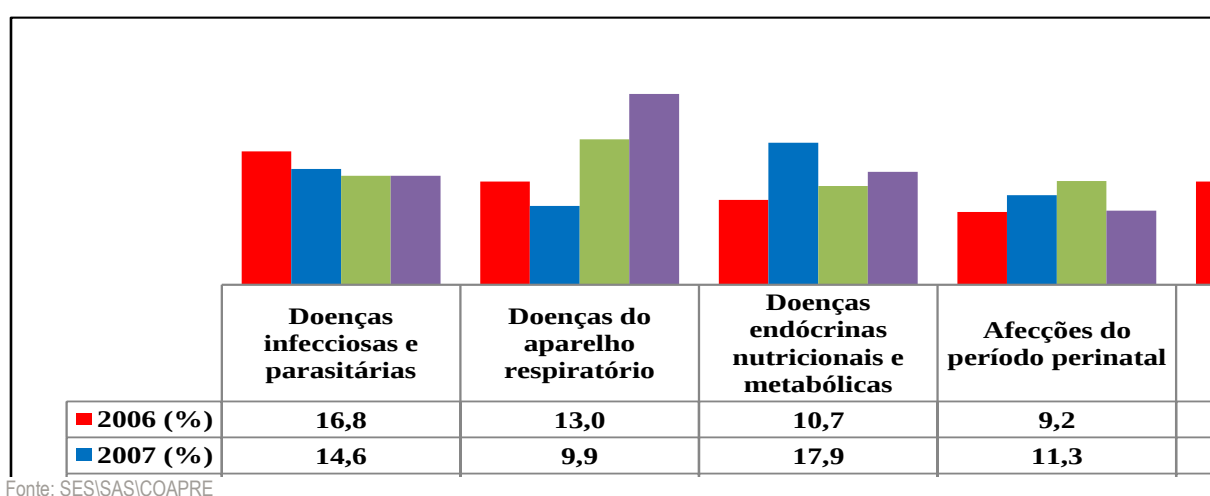
- Síndrome do Corrimento Cervical (2007: 22,4%; 2008: 37,8%; 2009: 19,7% e 2010: 27,3%),
- Leshmaniose Tegumentar Americana (2007: 12,8%; 2008: 5,7%; 2009: 19,9% e 2010: 8,5%) e Dengue (2007: 13,0%; 2008: 6,9%; 2009: 23,4% e 2010: 19,4%).
- Outros agravos também notificados em quantidade relevante foram: Hepatites virais (2007 a 2009) e Varicela (2010).

Na população indígena masculina os agravos que mais acometeram esse grupo foram:

- Leshmaniose Tegumentar Americana (2007: 21,0%; 2008: 15,7%; 2009: 32,1% e 2010: 22,6%),
- Dengue (2007: 14,0%, 2008: 8,0%; 2009: 25,2% e 2010: 20,4%) e
- Acidentes por Animais Peçonhentos (2007: 9,3%; 2008: 9,5%; 2009: 7,6% e 2010: 8,3%).
- Outros agravos também notificados em quantidade relevante foram: Hepatites Virais, Tuberculose e Atendimento Anti-Rábico.

Dentre as cinco principais causas básicas de morte indígena, classificados segundo capítulos – CID 10, no período de 2006 a 2009 (Figura 37), destaca-se as doenças infecciosas e parasitárias, onde a diarreia e gastroenterite aparece como principal causa; doenças do aparelho respiratório, as pneumonias; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, a desnutrição; afecções do período perinatal e causas mal definidas. As causas mal definidas apresentam tendência decrescente, sugerindo melhoria no diagnóstico e classificação dos óbitos indígenas.

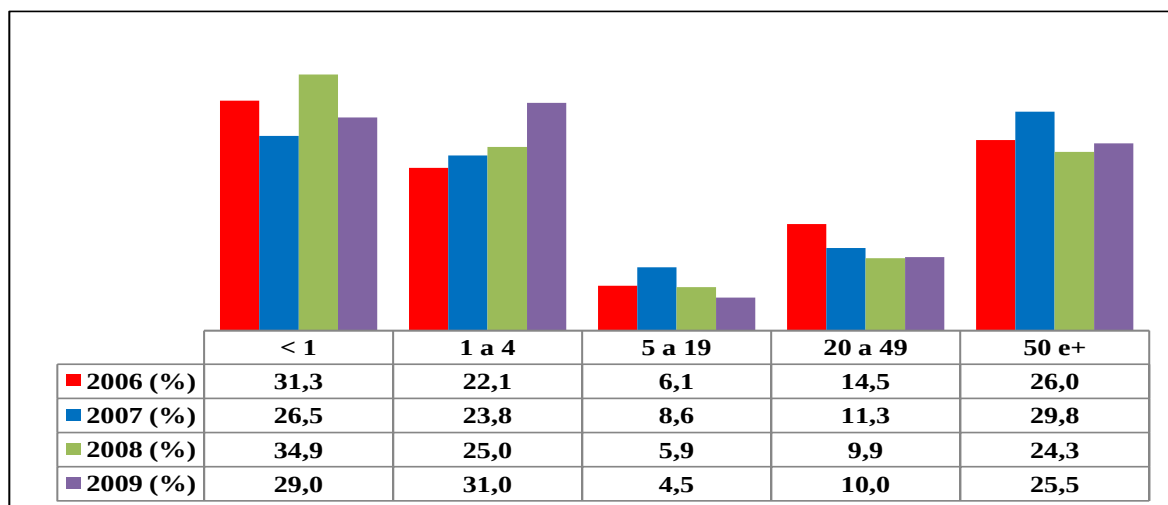
Figura 37: Mortalidade proporcional (%) em indígenas, segundo principais causas Capítulo CID 10. Mato Grosso, 2006 a 2010



Analisando o comportamento do óbito indígena, segundo sexo, verifica-se que as três primeiras causas básicas de óbitos (doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas) são semelhantes para ambos os sexos. No sexo masculino chama atenção o aumento progressivo dos óbitos por causas externas e no sexo feminino os óbitos por afecções originadas no período perinatal, aparece como quarta causa de óbitos entre as mulheres indígenas.

Entre os valores da mortalidade proporcional segundo idade (Figura 38), verifica-se expressiva concentração de óbitos em menores de 04 anos de idade, com destaque para grupo de menores de 1 ano de idade. Do total de óbitos registrados no período 2006 a 2009, aproximadamente 40,0% do óbito neste grupo etário. A população de 5 a 19 anos apresenta menor proporção de óbitos. Para o grupo de 50 e mais, é pequena a proporção de mortes se comparado à mortalidade de crianças (0 a 4 anos). Em suma, a maior parte das mortes registrados em Mato Grosso nos anos de 2006 a 2009 aconteceu em crianças menores de 1 ano de idade, o que corresponde aproximadamente a 3,0% da população total.

Figura 38: Distribuição proporcional (%) dos óbitos de indígenas por faixa etária. Mato Grosso, 2007 a 2010

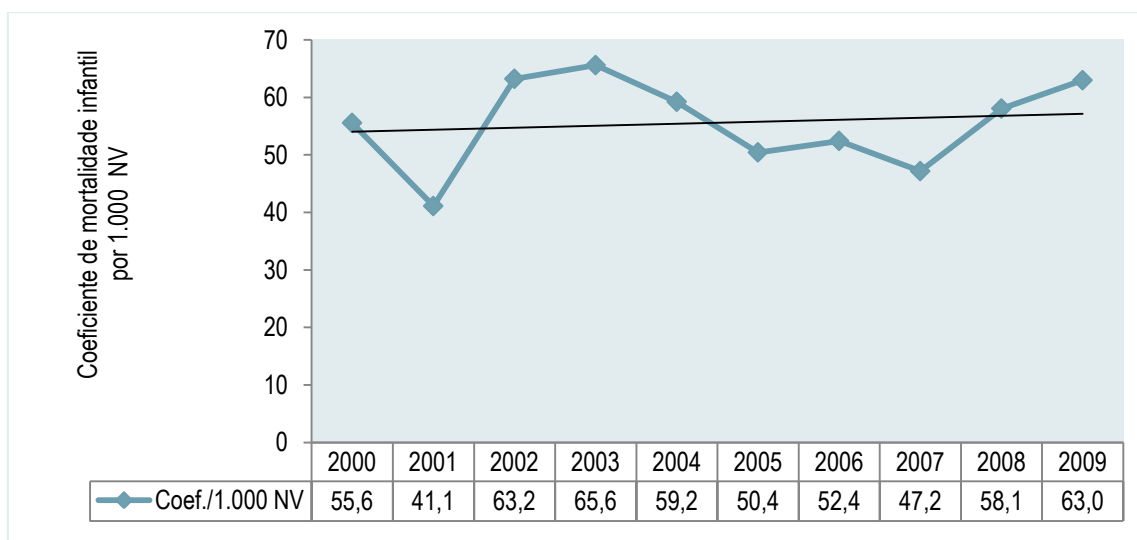


Fonte: SES\SAS\COAPRE

Chama atenção a mortalidade infantil na população indígena de Mato Grosso (Figura 39), que apesar de apresentar uma linha de tendência relativamente estável de 2000 a 2009, matem-se com alto risco de mortalidade (≥ 50 óbitos/1.000 NV). Dentre as principais causas de óbito nesta faixa etária, destacam as afecções originadas no período perinatal e doenças do aparelho respiratório.

Percebe-se ampla variação no coeficiente de mortalidade infantil, desde 41,1 por mil, em 2001, 65,6 por mil em 2003, 47,2 por mil em 2007, até 63,0 por mil, em 2009. A oscilação de dados observada no período analisado, é provavelmente um demonstrativo da má qualidade da informação, em função das dificuldades de acesso e até mesmo culturais.

Figura 39: Taxa de mortalidade infantil (1.000 NV) na população indígena. Mato Grosso, 2000 a 2009



Fonte: SES\SAS\COAPRE

No processo de articulação entre DSEIS, Municípios e SES fica possível evidenciar alguns destaques como a fragilidade na relação entre municípios e os DSEIS com dificuldade de diálogo entre as partes. Para melhorar essa fragilidade a SES/MT tem estimulado a participação dos DSEIS nos colegiados de gestão regional, a fim dos gestores buscarem de forma conjunta a melhoria das condições de saúde da população indígena. Outro ponto que cabe ser mencionado refere-se à falta de definição e/ou conhecimento dos fluxos dos sistemas de saúde entre os DSEIS, Municípios e SES/MT, fato esse que merece ser melhor definido nos próximos anos. Também há desconhecimento (ainda que já pactuados) por parte dos municípios e DSEIS das referências de média e alta complexidade do SUS.

O Sistema de Informações em Saúde Indígena (SIAI) não faz comunicação com os demais sistemas de informação do Ministério da Saúde e os municípios e Estado encontram dificuldades em obter informações e dados das ações produzidas pelos DSEIS em território indígena.

Os profissionais de saúde que trabalham nas terras indígenas são em sua grande maioria contratados via recursos financeiros dos incentivos indígenas porém, uma característica evidenciada em todos os DSEIS é a alta rotatividade desses profissionais o que somado a outros fatores, ocasionam uma atenção primária precária, ocasionando uma alta demanda de população indígena acessando os serviços de saúde dos municípios. Importante ressaltar que os profissionais de saúde dos municípios e Estado encontram-se despreparados para atuação em contexto intercultural.

Há municípios em MT que não tem terra indígena em seu limite territorial e é utilizado como referência de atendimento pela população indígena gerando queixas dos gestores municipais que alegam ou não receber o incentivo indígena para tal fato ou de que os valores do mesmo encontram-se defasados frente as demandas atendidas pela rede pública municipal. Um problema identificado em relação aos incentivos indígenas refere-se a pouca transparência ou mesmo desconhecimento por parte dos gestores da correta utilização desses recursos financeiros.

No que diz respeito a situação de saúde da população indígena, há relatos por parte dos profissionais de saúde que trabalham diretamente com os índios, de aumento considerável das doenças crônicas não transmissíveis, álcool e drogas nessa população o que evidencia a necessidade de estudos mais aprofundados sobre essa temática.

Assim, observa-se que os agravos em saúde dos usuários indígenas ultrapassam o âmbito da atenção básica e se estendem para os demais níveis de atenção à saúde, exigindo, desta forma, estratégias locais e regionais que garantam o acesso aos serviços de saúde não localizados em terras indígenas.

1.5.8 SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador tem como objetivo monitorar as relações entre trabalho e saúde bem como realizar a prevenção, a promoção e a recuperação da Saúde do Trabalhador urbano ou rural, do setor formal ou informal de trabalho. A vigilância em saúde do trabalhador é articuladora das ações de intervenção na relação entre o processo de trabalho e a saúde. Sob o olhar da epidemiologia são situados riscos e efeitos em um contexto espacial, social, tecnológico e interdisciplinar

Com o propósito de implementar as ações de Saúde do Trabalhador em Mato Grosso, foi criado em 2004 o Observatório Estadual em Saúde do Trabalhador com o objetivo de buscar informações nos bancos de dados de Informações em Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e IBGE, a fim de monitorar os agravos relacionados com a saúde do trabalhador, de acordo com a portaria GM/MS nº 104/2011 e estabelecer a relação entre estes agravos e a atividade desenvolvida pelo trabalhador, considerando ainda que a informação é elemento deflagrador e de avaliação das ações, sendo fundamento essencial à vigilância.

Estas informações com abordagem territorial estão em consonância direta com os pressupostos do modelo de intervenção por distritos sanitários, em que os determinantes de saúde e os agravos devem ser mapeados e analisados em relação ao potencial impacto sobre a saúde.

No caso da vigilância em saúde do trabalhador a tarefa essencial a ser desempenhada é a localização espacial dos agravos relacionados ao trabalho e às atividades laborais. Desta forma, a vigilância norteia suas ações com base em indicadores do mercado de trabalho compilados pelo censo de 2000 e Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009. No Quadro 01, observa-se que no ano de 2009 a taxa de analfabetismo diminuiu (passando de 10,4 para 9,24) tendo sido maior esta diminuição no sexo masculino. Considerando que este indicador foi calculado para a população com 10 anos e mais (população economicamente ativa), a diminuição dessa taxa relacionou-se também com a melhoria da qualificação desses trabalhadores para o mercado. A proporção de população economicamente ativa (PEA) passou de 46,27% no ano 2000 para 54,41% em 2009 (percentuais calculados baseados nos números apresentados).

Este cenário reflete que, concomitantemente ao aumento da disponibilização da força de trabalho, houve também uma absorção desta mão de obra, já que a taxa de desemprego caiu para menos da metade, passando de 14% para 6,15% no ano de 2009. Em consonância com estas mudanças, tem-se que a razão de trabalhadores formais aumentou de 0,73 (censo 2000) para 1,03 trabalhadores formais para cada trabalhador informal (dados calculados não apresentados em tabela segundo o PNAD 2009), ou seja, a partir de 2009 houve uma inversão nesta razão, onde o número de trabalhadores formais foi maior que o número de trabalhadores informais no estado de Mato Grosso. O PNAD 2009 também

apresentou um número expressivo de 395 trabalhadores infantis. Este dado, mesmo que subnotificado, especialmente quando se considera apenas crianças de 5 a 9 anos como ponto de corte, reflete a gravidade deste problema em Mato Grosso.

Quadro 1: Indicadores do mercado de trabalho para o Estado de Mato Grosso, 2000 e 2009.

Indicadores	CENSO / 2000			PNAD / 2009		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
População Residente	1.287.550	1.217.694	2.505.244	1.533.562	1.523.699	3.057.261
Taxa de Analfabetismo (%) (1)	10,39	10,41	10,4	8,98	9,50	9,24
Pop. Economicamente Ativa	755.996	403.140	1.159.136	971.673	691.927	1.663.600
PEA Desocupada	69.904	72.506	142.410	43.857	58.489	102.346
PEA Ocupada	686.092	330.634	1.016.726	927.816	633.438	1.561.254
Taxa de desemprego (%)	9,24	17,98	14,00	4,51	8,45	6,15
De 16 a 24 anos	163.491	83.335	246.826	173.474	111.826	285.300
Rendimento Médio (em R\$)	685,72	427,64	601,79	1246,83	842,90	1090,51
Trabalhadores Formais (2)	239.763	117.345	357.108	394.365	210.612	604.977
Branca	103.307	61.296	164.603			
Preta	16.398	5.102	21.500			
Amarela	742	593	1.335			
Parda	116.464	49.171	165.635			
Indígena	1.280	441	1.721			
Trabalhadores Informais (3)	378.980	108.430	487.410	409.371	177.829	587.200
Branca	163.732	55.204	218.936			
Preta	25.205	4.897	30.102			
Amarela	1.493	533	2.026			
Parda	184.689	46.589	231.278			
Indígena	1.784	534	2.318			
Trabalho infantil (4)				395		395

Fonte: SES/VS/SICOSTRA

Notas:

(1) Taxa de analfabetismo para pessoas de 10 anos ou mais de idade

(2) Compreende os empregados com carteira, militares e estatutários

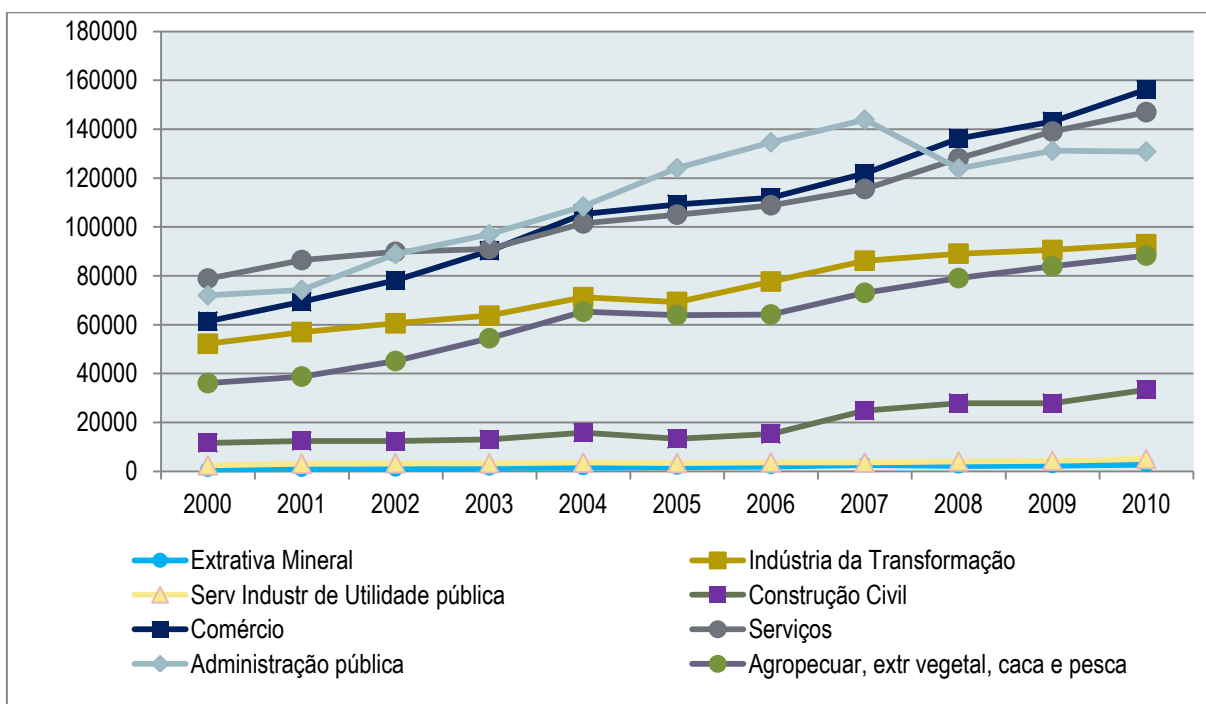
(3) Compreende os empregados sem carteira e os conta-própria

(4) Crianças de 5 a 9 anos de idade ocupadas

A Figura 40 apresenta a evolução do emprego formal no Estado de Mato Grosso segundo a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) de 2000 a 2010. Em dezembro de 2010, o estoque de emprego formal foi de 656.542 mil empregos formais, apresentando um aumento de 5,48% quando comparado ao ano 2009, quando o total de trabalhadores formais era de 622.459 (dados não

apresentados). Em termos setoriais, os setores do comércio e de serviços apresentaram-se em evidente ascensão (especialmente o primeiro) desde o ano 2000; apenas entre os anos de 2009 e 2010 o comércio gerou mais de 13 mil novos postos de trabalho com aumento de 9,10% e o setor de serviços gerou quase 8,0 mil novos empregos, com incremento de 5,70%.

Figura 40: Evolução do estoque de emprego formal segundo classe de CNAE, Mato Grosso. 2000 a 2010



Fonte: SES/VS/COSTRA

Contudo, a indústria da transformação apresentou um crescimento pouco expressivo em relação ao estoque de empregos formais (89.060 empregos em 2008 e 92.928 empregos em 2010). Ao contrário dos demais setores, a administração pública demonstrou uma visível queda de 13,9% em seu estoque de empregos no final de 2008.

Quanto ao setor da construção civil, observou-se um crescimento de 19,8% (o maior em termos relativos) comparando 2009 e 2010. Há perspectivas de um aumento ainda maior para o setor nos próximos anos, dado o aquecimento relacionado ao mercado imobiliário em vias de Copa do Mundo em 2014. Os setores que formalmente mais empregaram no Estado em 2010 foram o Comércio, Serviços e Administração Pública.

Observando a Tabela 16 percebe-se na série histórica de 2004 a 2009 um declínio na taxa de letalidade dos acidentes de trabalho. Esta diminuição se deve provavelmente a dois fatores: uma diminuição percentual da gravidade destes acidentes ou a melhora no atendimento às vítimas. Por outro lado, o

advento do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP⁵) instituído pelo INSS propiciou um importante incremento no total de acidentes de trabalho (53,6%) entre os anos de 2006 e 2007. Ao contrário, a letalidade apresentou uma queda de 58,7% no período de 2004 para 2009, intensificada especialmente a partir de 2007 (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição dos Acidentes de trabalho registrados segundo motivo, número óbitos e letalidade, Mato Grosso, 2004 a 2009

Ano	Total	Motivo			Óbito	Letalidade (%)
		Típico	Trajetos	Doença do Trabalho		
2004	6881	5694	919	268	147	2,1
2005	7080	5752	1050	278	146	2,1
2006	7544	6288	1042	214	146	1,9
2007	11589	7287	1210	208	144	1,2
2008	13832	8021	1411	217	130	0,9
2009	13968	7840	1465	220	123	0,9

Fonte: SES/VS/COSTRA

Essa queda expressiva na letalidade pode ser entendida como um efeito produzido pelo aumento da “detecção” dos acidentes de trabalho (que compõem o denominador do indicador) pelo NTEP. Por outro lado, foi observada apenas uma pequena diminuição em números absolutos no número de óbitos (numerador). A Tabela 17 apresenta a distribuição dos acidentes de trabalho registrados em números absolutos segundo Escritório Regional de Saúde nos anos de 2004 a 2009. No período, observa-se que os acidentes foram mais frequentes nas ERS Cuiabá, Rondonópolis e Sinop.

5 O **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário** (NTEP) é uma metodologia que identifica quais doenças e acidentes estão relacionados com a prática de uma determinada atividade profissional de modo que quando o trabalhador adquirir uma enfermidade relacionada à atividade profissional, fica qualificado automaticamente o acidente de trabalho. Caso não o seja, é a empresa que deverá provar que as doenças e os acidentes de trabalho não foram causados pela atividade desenvolvida pelo trabalhador, ou seja, o ônus da prova passa a ser do empregador e não mais do empregado.

Tabela 17: Distribuição dos Acidentes de trabalho registrados segundo Escritório Regional de Saúde. Mato Grosso, 2004-2009

ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE	ACIDENTES DE TRABALHO REGISTRADOS						Total	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	N	%
CUIABÁ	1.715	1.906	2.020	3.387	4.020	4.046	17.094	28,1
RONDONÓPOLIS	1.322	1.222	1.334	1.978	2.273	2.537	10.666	17,5
BARRA DO GARÇAS	137	172	197	383	481	439	1.809	3,0
CÁCERES	399	530	556	828	868	633	3.814	6,3
JUÍNA	245	234	165	261	493	362	1.760	2,9
PAN	133	228	282	263	281	250	1.437	2,4
SINOP	1.074	923	793	1.229	1.837	2.192	8.048	13,2
TANGARÁ DA SERRA	727	646	965	1.313	1.211	1.292	6.154	10,1
DIAMANTINO	317	320	268	372	508	485	2.270	3,7
ALTA FLORESTA	192	191	142	307	426	404	1.662	2,7
JUARA	94	95	88	153	250	288	968	1,6
PEIXOTO DE AZEVEDO	64	117	117	174	191	154	817	1,3
ÁGUA BOA	102	98	100	177	205	221	903	1,5
PONTES E LACERDA	215	248	330	424	469	404	2.090	3,4
COLÍDER	125	121	162	288	241	194	1.131	1,9
SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	20	29	25	47	69	59	249	0,4
MATO GROSSO	6.881	7.080	7.544	11.589	13.823	13.960	60.877	100,0

Fonte: SES/VS/COSTRA - Obs: 5 ignorado em 2007, 9 em 2008 e 8 em 2009

A Tabela 18 demonstra a distribuição dos agravos de saúde do trabalhador em todo o estado os anos de 2008 a 2010 registrados Sistema de Informação de Agravos de Notificação on line (SINAN-NET). Apenas os Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico, Acidentes de Trabalho Graves e Intoxicações Exógenas Ocupacionais foram notificados homogeneamente e em quantidade significativa, o que permitiu se analisar apenas estes grupos de tipos de notificação segundo Regional de Saúde. Cabe ainda, em outro estudo, verificar qualitativamente o porquê da baixa notificação dos demais agravos. Na maioria dos agravos, observa-se uma melhoria no número de notificações no ano 2010, muito embora haja uma grande subnotificação ainda presente.

Tabela 18: Distribuição dos agravos de notificação compulsória relacionados à Saúde do Trabalhador ocorridos em Mato Grosso. 2008 a 2010

Agravos de Saúde do Trabalhador	2008	2009	2010
Acidente de Trabalho Grave	258	535	845
Acidente de Trab. com Exposição à Material Biológico	254	322	436
Intoxicações Exógenas Ocupacionais	149	117	133
Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho	31	11	14
Dermatoses Ocupacionais	01	02	04
Transtorno Mental	01	08	00
Perda Auditiva Induzida por Ruído	02	00	01
Câncer Relacionado ao Trabalho	00	00	01
Pneumoconiose	00	00	00
Total	696	995	1.436

Fonte: SES/VS/COSTRA

Em 2009 registrou no Sistema de Informação de Agravos de Notificação on line (SINAN-NET) 535, destes nota-se que nos municípios pertencentes aos ERS da Amazônia Legal (Juína, Juara, Colíder e Peixoto de Azevedo) ocorreram mais notificações de acidentes graves exceto a Regional de Alta Floresta (Figura 41). Observa-se que aproximadamente 90,0% das notificações dos acidentes graves ocorrem no sexo masculino. Destaca-se que o trabalho do setor madeireiro, pode estar relacionados à maior gravidade dos acidentes de trabalho, considerando que o mesmo exige a operação de equipamentos e maquinários pesados e perigosos, o que talvez justifique o maior número de casos dos acidentes de trabalho grave nestas Regionais. Possivelmente, a ocorrência deste registros do tipo de acidentes esteja relacionada a uma maior eficiência da notificação pelos serviços de saúde e um maior comprometimento na detecção e notificação destes agravos pelos trabalhadores das Unidades Notificadoras Sentinelas.

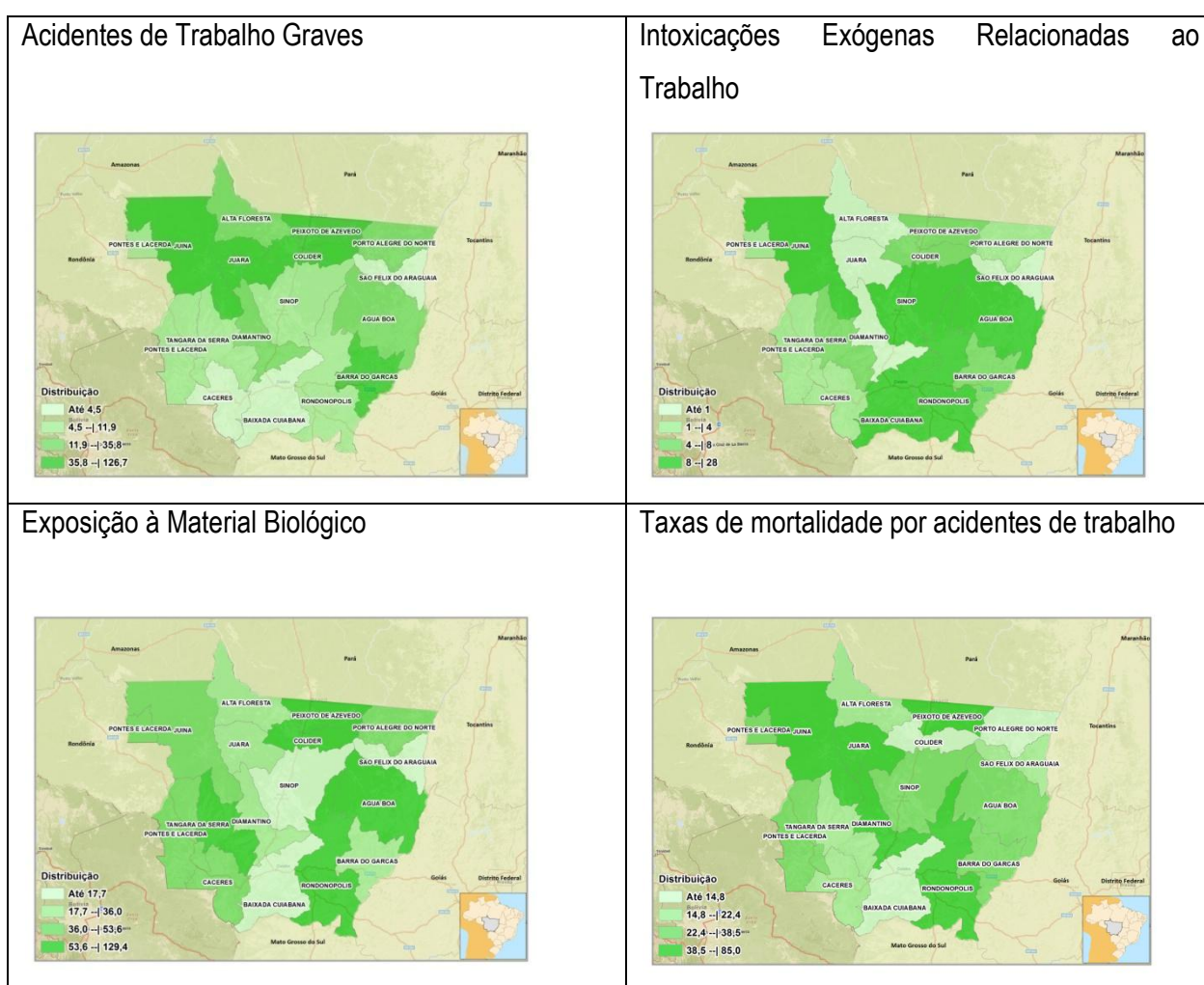
Em relação, de intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho, notificadas em 2009, os ERS de Sinop, Rondonópolis, Baixada Cuiabana, Água Boa e Juína apresentaram as maiores taxas de notificações (Figura 41). Houve também o predomínio do sexo masculino nas intoxicações. Vale destacar, que a manipulação de materiais tóxicos é rotineira no setor agrícola, caracterizado pelos estes ERS que possuem maior atividade agrícola, em extensão territorial, em Mato Grosso.

Quanto aos acidentes com Material Biológico, percebe-se que os ERS de Rondonópolis, Tangará da Serra e Peixoto de Azevedo foram aqueles que possuíam o maior número de unidades sentinelas

pactuadas e também onde mais se notificou acidentes por material biológico (Figura 40). Chama atenção para o sexo, onde as mulheres respondem por 80,0% das notificações.

No que tange, mortalidade por acidentes de trabalho, verifica-se os ERS de Juína, Peixoto de Azevedo e Juara, todos pertencentes ao bioma amazônico, se destacaram entre aqueles onde ocorreram mais óbitos por acidentes de trabalho. Nota-se também sua semelhança com a distribuição das notificações por acidentes graves (Figura 41).

Figura 41: Distribuição espacial das notificações de acidentes de trabalho e taxa de mortalidade por 100 mil trabalhadores. Mato Grosso, 2009

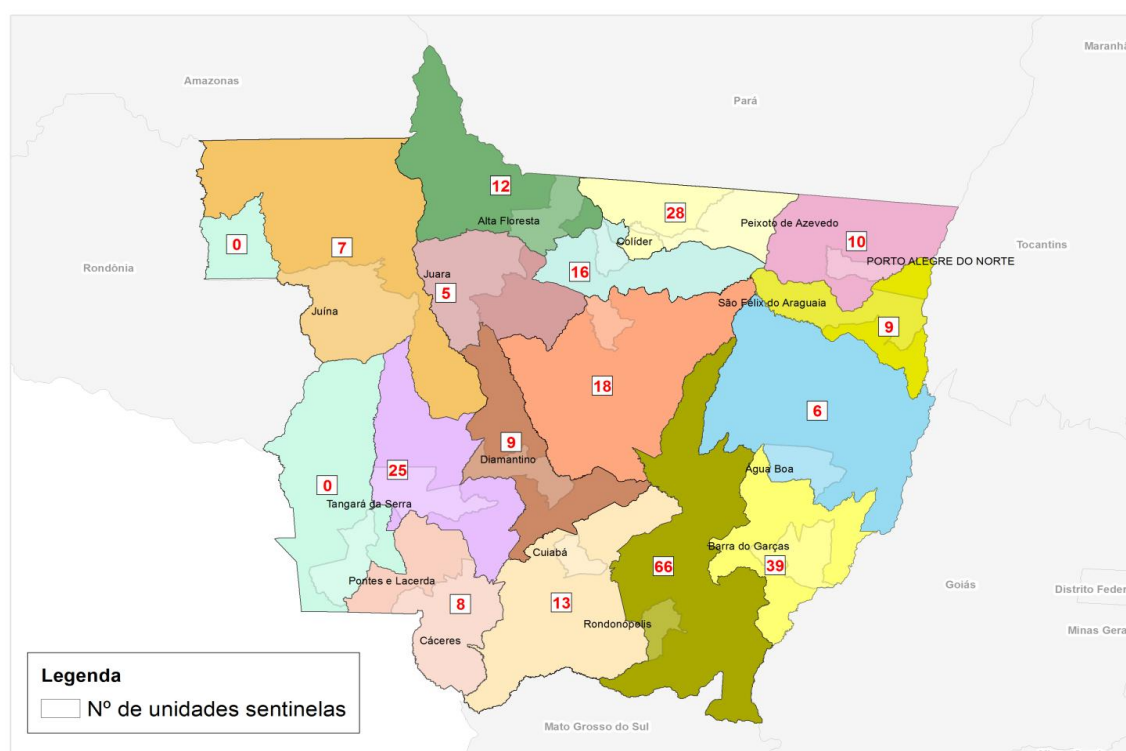


Fonte: SES/ISV/SICOSTRA

Para efetivação da vigilância da saúde do trabalho, uma das estratégias instituídas foi a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- RENAST com a implantação das Unidades Sentinelas no SUS, que firmam o compromisso de fazer o diagnóstico, investigação, notificação, tratamento e recuperação da saúde do trabalhador.

Apesar de serem recentes as pactuações das Unidades Sentinelas entre a Secretaria Estadual e Municipais de Saúde, pode-se perceber, ainda que tímida, uma melhora da qualidade e quantidade das notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Em 2011, os ERS que concentram maior número de unidades sentinelas pactuadas foram: Rondonópolis, Barra do Garças, Peixoto de Azevedo e Tangará da Serra (Figura 42).

Figura 42: Distribuição Espacial das Unidades Sentinelas, segundo Escritório Regional de Saúde. Mato Grosso, 2010



Fonte: SES/VS/ICOSTRA

O conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesses para o desenvolvimento das práticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, da morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios.

O processo de produção de dados epidemiológicos acerca dos acidentes e agravos/doenças relacionadas ao trabalho, através das fichas de investigação e notificação, ainda se mostram ineficazes para retratar o que de fato acomete a população trabalhadora, conforme relação com as CAT's. Há regiões em que a subnotificação atinge níveis superiores a 96%. Isto se deve, dentre outros motivos,

ao fato de haver uma severa recusa dos profissionais responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e notificação dos casos, uma vez que o profissional médico é imprescindível para realização do nexo causal entre o agravo/doença e a atividade laboral exercida pelo trabalhador.

Mesmo com as subnotificações tanto das informações em saúde quanto das CAT's, foi possível identificar as regionais onde será necessária a realização de intervenções com o propósito tanto de diminuir o número de acidentes graves e doenças relacionados ao trabalho quanto o de aumentar o número destas notificações, em especial nas regionais silenciosas, considerando a principal atividade econômica de cada região. Para isto, para estas regionais serão estabelecidas metas de ações da Vigilância em saúde do Trabalhador além de capacitações dos trabalhadores das unidades sentinelas desses escritórios em protocolos clínicos e linhas de cuidados especiais em saúde do trabalhador com o objetivo da melhoria quantitativa e qualitativa da identificação e notificação das doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Diante do exposto, pressupõe-se que será necessário acentuar as ações de sensibilização dos profissionais que realizam o processo de identificação e notificação dos casos de acidentes e agravos/doenças relacionados ao trabalho, bem como lançar mão de estratégias que visem inserir na rotina dos profissionais que realizam assistência, a suspeita imediata de casos relacionados à saúde do trabalhador, quando do assistido se enquadrar no perfil da população trabalhadora da região (Ex.: PEA), no perfil dos agravos/doenças que possuem correlação com as atividades laborais desenvolvidas em seu território de atuação.

Quanto as Unidades de Saúde que são Unidades Sentinelas aos agravos à saúde dos trabalhadores, cabe a continuidade da ampliação desta rede, aumentando sua cobertura no estado, visto que existem regiões no estado que não possuem tais unidades para a detecção desses agravos. Mas para que esta rede se torne efetiva no seu papel de cuidadora e notificadora são necessários esforços para torna-la capaz de identificar as atividades produtivas e o perfil epidemiológico dos trabalhadores na região de sua abrangência e ainda, que esta rede esteja devidamente capacitada para identificar e monitorar casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários.

A Rede de Urgência e Emergência constitui local privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas. Nesta ótica, será preciso aumentar a pactuação desta rede, para que se possa dar suporte a estes agravos de notificação imediata. Ainda, considerando a lógica operacional da regionalização das ações e serviços de saúde, a Rede de Serviços de Especialidades é estratégia essencial para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionada ao trabalho, devendo ser esta pactuada como Unidades Sentinelas de Referência para Agravos de Saúde do Trabalhador.

Cabe ainda ressaltar que se torna necessário a criação de um serviço de suporte técnico especializado, no que tange os protocolos clínicos de agravos à saúde dos trabalhadores, para dar subsídios aos profissionais dos SUS, nas unidades de saúde, uma vez que se torna dispendioso e moroso o processo de atualização desses profissionais nos protocolos, e a criação de um serviço para auxiliar de forma imediata estes profissionais, aumentaria consideravelmente a capacidade desses profissionais em diagnosticarem corretamente os casos de agravos/doenças relacionadas ao trabalho.

Vale ponderar que o aumento das notificações dos agravos à saúde dos trabalhadores - tanto quantitativamente quanto qualitativamente - neste primeiro momento, é de vital importância para realizar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, de forma preventiva, pois somente é possível identificar e intervir na origem do problema quando os agravos são sistematicamente notificados, subsidiando as análises de situação e as tomadas de decisões, uma vez que o fator motriz do agravo pode ocasionar que outros trabalhadores venham a sofrer do mesmo mal.

1.5.9 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiência mental, motora, sensorial e múltipla. As principais causas de deficiências no Brasil, são transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência, ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violência e acidentes de trânsito. Outra importante causa está relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, relacionada aos males crônico-degenerativos, como hipertensão arterial, diabetes, infarto, AVC, Alzheimer, câncer e outros (Portaria GM/MS n. 1060/2002).

Por meio da Portaria GM/MS n. 818/2001, o Ministério da Saúde cria mecanismo para organização e implementação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física e determina às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas redes estaduais em conformidade com as normas para cadastramento, constantes da referida portaria.

Em Mato Grosso, a criação da Rede de Atenção a Saúde à Pessoa com Deficiência apoiou-se na Portaria GM 818 de 05 de Junho de 2001, com a finalidade de reordenar e instituir a Rede de Reabilitação do Estado de Mato Grosso. Nesse período fez-se a classificação e hierarquização das Unidades Descentralizadas de Reabilitação –UDR's – para redefinição dos fluxos na lógica da nova organização dos serviços, sendo assim distribuídos: Serviços de Reabilitação – primeiro nível de

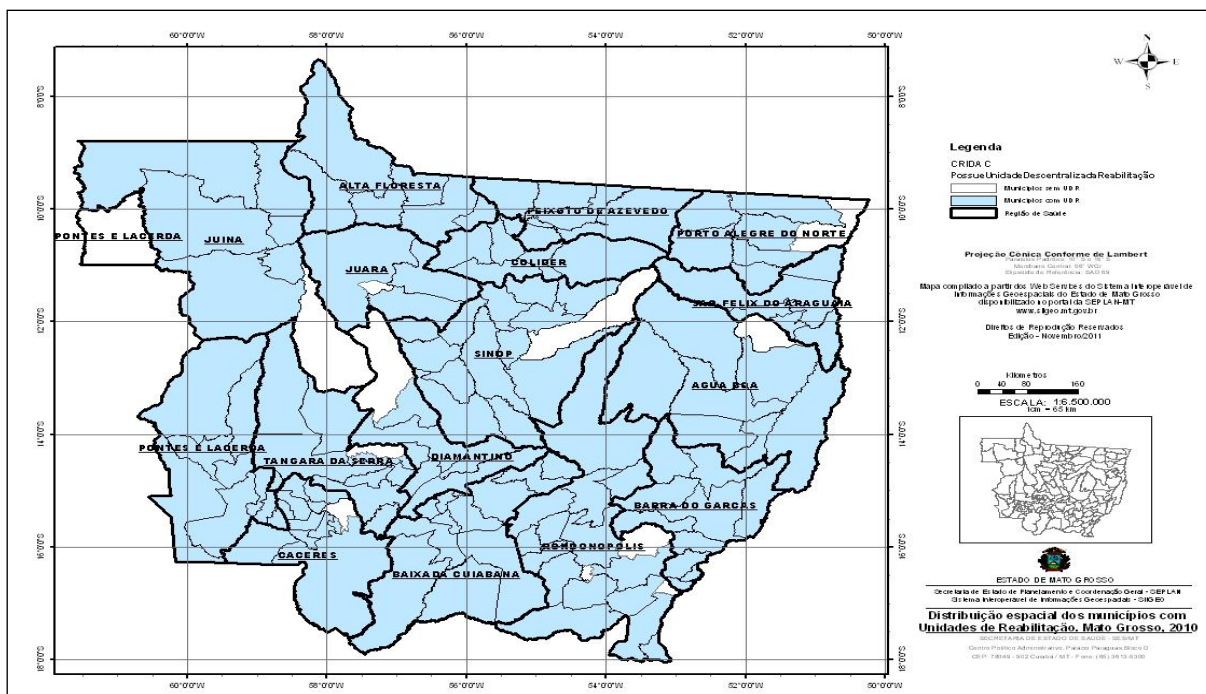
referência intermunicipal (01), nível de referência intermediária (02) e serviço de referência em medicina física e reabilitação (3), classificado de acordo com os critérios de instalações físicas, recursos humanos e ações de reabilitação que desenvolvem. Todas devidamente cadastradas no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS.

A Política Estadual de Reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual e múltipla) é conduzida pela SES-MT, sendo coordenada pelo Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC), que busca garantir o atendimento das necessidades básicas e específicas de saúde da pessoa com deficiência, por meio da promoção, prevenção, reabilitação e principalmente a inclusão social, numa estrutura organizada de assistência a atenção primária, média e alta complexidade em consonância com as diretrizes e organização do SUS.

Nesse sentido, o estado realiza a microrregionalização com desejo de alavancar o processo de interiorização dos serviços, democratizando os procedimentos da reabilitação e levando esses serviços o mais próximo possível do usuário dos municípios mato-grossenses.

Em 2011, o processo de descentralização dos serviços de Reabilitação conta com 133 unidades descentralizadas de Reabilitação – UDR's, distribuídas em 129 municípios, sendo que 17 Unidades de Reabilitação são de nível II e 05 unidades estão em Cuiabá (Figura 43).

Figura 43: Distribuição das Unidades Descentralizadas de Reabilitação –UDR's. Mato Grosso, 2011.



Fonte: SES/CRIDAC

Os serviços ofertados à população mato-grossense são: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Enfermagem, Acupuntura, Psicopedagogia, Nutrição, Psicologia,

Laboratório de Voz, Arte Terapia, Atendimento em Grupo, Atenção a Saúde da Mama, Órteses e Próteses, Atenção a Saúde do Trabalhador e Adequação Postural em Cadeiras de Rodas.

Além dos serviços disponibiliza também uma unidade de diagnóstico de exames, tais como: Bera, Audiometria, Impedanciometria, Emissões Otoacusticas, Eletrocardiograma, Eletroneuromiografia e Eletroencefalograma. As especialidades médicas ofertadas são: Ortopedia, Pediatria, Fisiatria, Otorrinolaringologia, Neurologia, Neuropediatria, Urologia, Cardiologia, Clínica Geral e Anestesista.

Os serviços de reabilitação física foram classificados em 3 níveis de acordo com os critérios de instalações físicas, recursos humanos e ações de reabilitação que desenvolvem. Todas devidamente cadastradas no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS. O Primeiro Nível de Referência Intermunicipal (nível I), Nível Intermediário (nível II) e os serviços de Referência em Medicina Física em Reabilitação (nível III-CRIDAC), garantindo a acessibilidade aos serviços de reabilitação.

Na Saúde Auditiva, o estado está em processo de descentralização de 01 serviço de média complexidade. Ao longo de 10 anos, o CREADA – Centro de Referência Estadual de Atendimento ao Deficiente Auditivo vem realizando os serviços de média e alta complexidade.

No que se refere à Reabilitação Visual, Mato Grosso está aguardando projeto encaminhado ao Ministério da Saúde para implantar o referido serviço e as diretrizes nacionais sobre a Deficiência Intelectual.

No Brasil, os dados do Censo de 2000, realizado pelo IBGE, indicam um percentual de 14,5% da população total, o que equivale a 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Isso significa que essa população se beneficia das leis e programas relacionados à melhoria da qualidade de vida. Deste total 70,0% vivem abaixo da linha da pobreza, 33,0% é analfabeto ou com até 03 anos de escolaridade e 90,0% está fora do mercado de trabalho.

No Censo Demográfico de 2000, aproximadamente 3,0% do total da população tinha alguma deficiência, deste 1,5% apresentam grande dificuldade ou incapacidade visual, 0,8% auditiva e 0,6%, física (necessitando de algum tipo de órtese ou prótese).

É importante destacar que a proporção de pessoas com deficiência aumenta com a idade, passando de 4,3% nas crianças até 14 anos, para 54% do total das pessoas com idade superior a 65 anos. À medida que se tem uma população mais envelhecida, a proporção de deficiência aumenta, surgindo um novo elenco de demandas para atender as necessidades específicas deste grupo.

Vale destacar, que o Brasil está entre os 05 países mais inclusivos das Américas, reconhecido por sua legislação e políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência, em razão dos resultados alcançados nos últimos anos, cujo modelo de atenção com base em ações assistenciais, vem sendo

substituído pelo paradigma da inclusão social, respeitando as diversidades e equiparação de oportunidades, sob a perspectiva dos direitos humanos.

De acordo com o censo de 2000, Mato Grosso possuía 464.887 pessoas com algum tipo de deficiência. Desse total, 70.954 pessoas possuíam deficiência auditiva, 249.357 com deficiência visual, 87.802 pessoas com deficiência motora, 20.801 pessoas com deficiência física e 35.973 são pessoas com deficiência intelectual. Os municípios que possuem maior população com deficiência são Cuiabá, Várzea Grande, Rondonópolis e Cáceres, respectivamente 58.915, 24.983, 20.332 e 13.896.

Em recente análise realizada pelo CRIDAC em 2011, dos prontuários de pacientes amputados que necessitam de prótese de membro inferior (PMI), as seis maiores causas de amputação detectadas foram:

- 1ª – Acidente de Trânsito (22,55%);
- 2ª – Acidente de Trabalho (16,65%);
- 3ª – Diabetes (11,90%);
- 4ª – Trombose (8,90%);
- 5ª – Deficiência Congênita (7,15%); e
- 6ª – Seqüelas por acidente (5,95%).

Ao longo dos últimos 20 anos de criação do Sistema Único de Saúde o serviço de reabilitação teve um grande avanço. No entanto, o desafio é maior porque a crescente demanda causada por algumas patologias, por acidentes de trabalho e no trânsito, tem alarmado a todos: clientela alvo do SUS, trabalhadores da saúde e Governantes. Tal causa, indica a necessidade de implantação do modelo de gestão (modelo de atenção) que contemple a integralidade nas redes de atenção à saúde com referência e contra referência para os serviços de reabilitação, com mecanismos e canais de informações, que agilize os encaminhamentos de consultas especializadas e exames de alta complexidade, e também criem condições para consolidação da atenção a saúde das pessoas com deficiência a partir da perspectiva da promoção da saúde.

1.6 AMBIENTE E SAÚDE

1.6.1 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Novos riscos, doenças e agravos presentes na atualidade são decorrentes de transformações ocorridas no último século, e estão associados à radical urbanização da população, e resultam em consequências sociais como a expansão da pobreza, a utilização dos recursos ambientais e sua degradação.

Diante deste contexto, o monitoramento do ambiente e da saúde da população faz-se necessário por meio de um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança na saúde humana decorrente da degradação do meio ambiente e tem a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de riscos, doenças ou agravos, em especial as relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, à qualidade da água destinada ao consumo humano, qualidade do ar, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

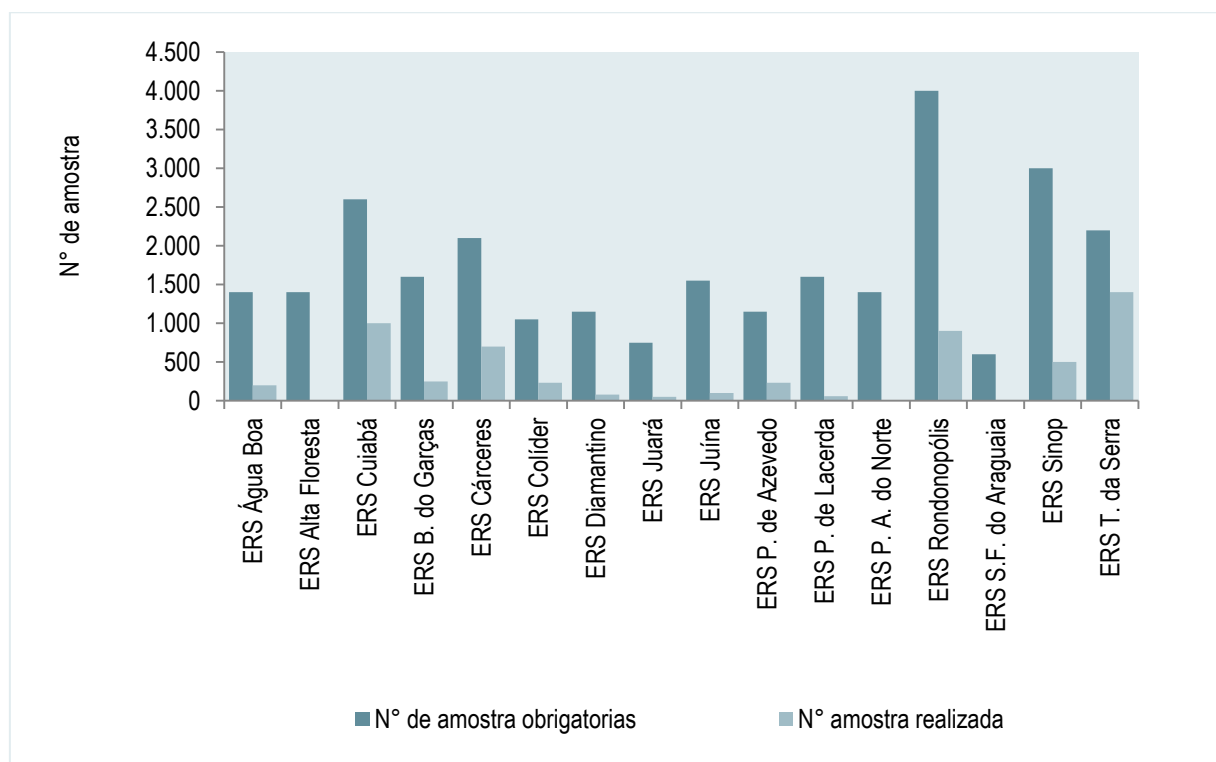
Este monitoramento tem necessariamente um caráter integrador inter e intra-setorial no encaminhamento e realização das atividades de vigilância e controle de riscos ambientais, de modo que desde o processo de planejamento, da execução, bem como da ação de avaliação, deverão ser estabelecidos, de forma conjunta, com todos os setores envolvidos, os mecanismos que guiarão as ações em um determinado território.

No Estado, a Vigilância Ambiental em Saúde está estruturada em programas, de modo a atender fatores de riscos biológicos, fatores de riscos não-biológicos e os eventos ambientais adversos, sem que ocorra a dissociação entre tais áreas. Essas atividades representaram até o primeiro semestre de 2010, uma cobertura de 52,3% dos municípios mato-grossenses (74), os quais vem desenvolvendo o monitoramento a partir dos programas: SISFAD/SISLOC, Programa de Raiva Animal, Programa de Controle Vetorial da Dengue, além do VIGIÁGUA e/ou VIGISSOLO, VIAGIAR, VIGIDESASTRES.

À exemplo dos demais, o Programa de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIÁGUA) no estado segue as diretrizes do Ministério da Saúde e relaciona-se ao monitoramento qualitativo. No ano de 2010, observou-se o total de 352 Sistemas de Abastecimento de Água (SAA), 245 Soluções Alternativas Coletivas (SAC) e 727 Soluções de Abastecimentos Individuais (SAI), que de acordo com os números apresentados, alcançou 93% de cobertura quando avaliado em relação à meta nacional.

O percentual de amostras realizadas no estado para detecção de Coliformes Fecais Totais foi de 22,7%, ou seja, um total de 27.688 amostras, porém as vigilâncias municipais realizaram 6.827 amostras. Ao analisar as regiões de coleta, observou-se que o ERS de Juína foi o que realizou menor percentual (58,57 %), ficando o ERS com a maior (100,0%) cobertura (Figura 44).

Figura 44: Número de amostras obrigatórias e realizadas para Coliformes. Mato Grosso, 2011



Fonte: SES/SVS/COVSAM

De forma geral, observou-se uma evolução no Programa **VIGIÁGUA** quando comparados os percentuais de Cobertura de Abastecimento de água dos anos de 2007 (77,9%) a 2010 (88,6%) com incremento de 13,7%. Isto se deve ao trabalho integrado entre municípios e concessionárias de água, bem como as medidas educativas permanentes junto aos usuários. Além do mais, Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água – SISAGUA foi descentralizado para 100% dos municípios do Estado.

Já, a vigilância de fontes e áreas de riscos de Acidentes com Produtos Perigosos e Desastres Tecnológicos e Naturais é realizada por meio do programa **VIGIDESASTRE** que objetiva principalmente a prevenção de desastres e vem sendo realizada no estado desde 2010. Ações desenvolvidas nesta área identificaram fontes potenciais de riscos nos municípios de Barra do Garças (deslizamento de encostas e enchentes) e Cáceres (enchentes), sendo fundamental o acompanhamento das ações de prevenção, preparação, resposta, mitigação e controle que são

desenvolvidas pelas diferentes instituições envolvidas com os acidentes, entre elas Defesa Civil e Secretaria de Estado de Meio Ambiente por meio do Programa P2R2.

O Programa de Vigilância de Populações Expostas ou sob risco de exposição a solo (VIGISOLO) contaminado está voltado para o conhecimento e cadastramento dessas áreas em todo o território do Estado. Em 2009, o VIGISOLO cadastrou 22 municípios totalizando 29 áreas de risco nos municípios de Acorizal, Alto Garças, Araguainha, Barão de Melgaço, Cuiabá, Guiratinga, Jaciara, Jangada Juscimeira, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Paranatinga, Planalto da Serra, Poconé, Poxoréo, Primavera do Leste, Santo Antonio do Leste, São Pedro da Cipa, Sinop, Tesouro, Várzea Grande e Rondonópolis.

Já em 2010, foram cadastradas 17 áreas de risco em 4 regionais de saúde, tais como: o ERS Barra do Garças – em Ribeirãozinho (01) e Barra do Garças (01); ERS de Baixada Cuiabana - nos municípios de Cuiabá (02), Chapada dos Guimarães (01) e Várzea Grande (01); ERS de Rondonópolis - em Alto Araguaia (01), Alto Taquari (01), Campo Verde (01), Dom Aquino (01), Itiquira (01), Pedra Preta (01), Rondonópolis (03) e São José do Povo (01) e no ERS Sinop município sede Sinop (01).

Vale ressaltar a preocupação do estado com os Depósitos de Insumos Estaduais e Municipais, por não estar em condições sanitárias e ambientais adequadas, ocasionando contaminação de solo e lençol freático, aumentando o risco à exposição ocupacional e da população do entorno.

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar, implantado em 2007, em 08 municípios para a aplicação do Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco - IIMR no estado de Mato Grosso tem como objetivo monitorar o impacto de poluentes atmosféricos de interesse para a saúde.

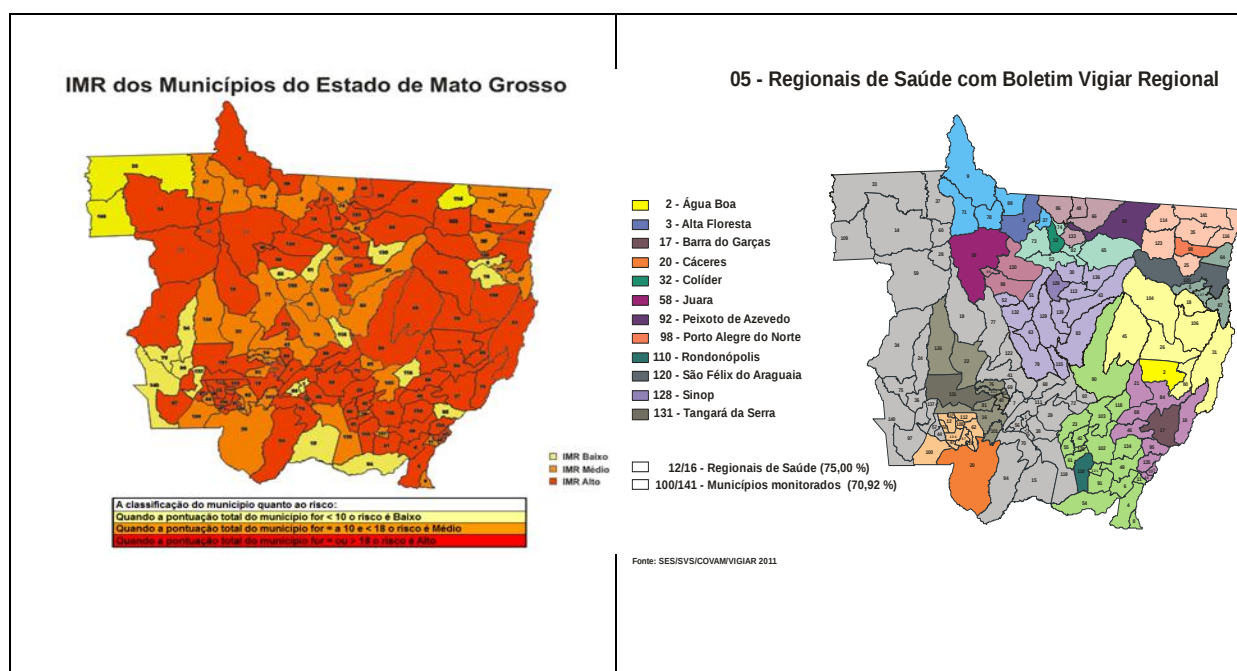
O IIMR aborda dados ambientais e epidemiológicos em diversos bancos de dados oficiais e específicos, o total de Indústrias (Extrativistas e transformação), número de fontes móveis de contaminação (frota veicular) e focos de calor (queima de biomassa), além de dados epidemiológicos como taxa de mortalidade e de morbidade por infecções respiratórias. Com estes dados e uma análise por meio de uma pontuação específica classificou o estado de Mato Grosso quanto ao risco ambiental e epidemiológico, favorecendo assim no direcionamento das ações empreendidas.

A espacialização dos pontos do IIMR para os 141 municípios, segundo o risco ambiental e epidemiológico, observou-se que 20 deles foram classificados como baixo risco, perfazendo 14,18 %, 40 foram classificados como médio risco, perfazendo 28,4 % e 81 como alto risco, representando 57,4 % dos municípios do estado.

Para orientar os gestores municipais quanto ao risco de exposição da população, foi desenvolvido o BOLETIM INFORMATIVO VIGIAR, a partir de 2007 que contemplou o monitoramento referente aos municípios de Cuiabá, Rondonópolis, Sinop e Várzea Grande, sendo estes municípios eleitos por

apresentarem população acima de 100.000 habitantes. Na edição do ano de 2008, passou-se a monitorar 21 municípios, sendo alguns em leitura concomitante com o órgão ambiental. O Boletim VIGIAR Estadual, emitido semanalmente (terça e quinta feira) foi distribuído por correio eletrônico aos 16 Escritórios Regionais de Saúde, levando informações sobre os municípios monitorados aos 141 municípios, atingindo dessa forma 100,0% dos municípios do estado de Mato Grosso.

Figura 45: Distribuição do IMR por município e Boletim do VIGIAR por ERS. Mato Grosso.



Fonte: SES/VS/COVAM

A implantação do Programa VIGIAR contemplou 34 municípios mato-grossenses, perfazendo 24,11 % de monitoramento realizado em nível local. Com esse incentivo, a disseminação do Boletim Informativo VIGIAR/MT permite aos gestores a tomada de decisões e enfrentamento aos problemas de saúde oriundos da poluição atmosférica.

O Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh) mantém a vigilância entomológica e desenvolve ações estratégicas de controle na área de risco em 72 dos 141 municípios mato-grossenses. Estes realizaram as ações de Vigilância em Doença de Chagas, por meio da pesquisa nas Unidades Domiciliares (U.D.), identificação e/ou controle químico de triatomíneos. Foram realizadas 11.815 pesquisas nas Unidades Domiciliares, abrangendo 1.207 localidades pesquisadas, apresentando um índice de infestação de 3,14 % (Nº de U.D. localidades positivas/ Nº de U.D. pesquisadas) e de dispersão de 18,23 % (Nº de localidades positivas/ Nº de localidades pesquisadas). Na pesquisa realizada, foram coletados 1.586 exemplares, distribuídos entre as espécies: *Triatoma sordida*, *Triatoma williamsi*, *Rhodnius* sp, *Rhodnius robustus*, *Rhodnius neglectus*, *Rhodnius pictipes* ,

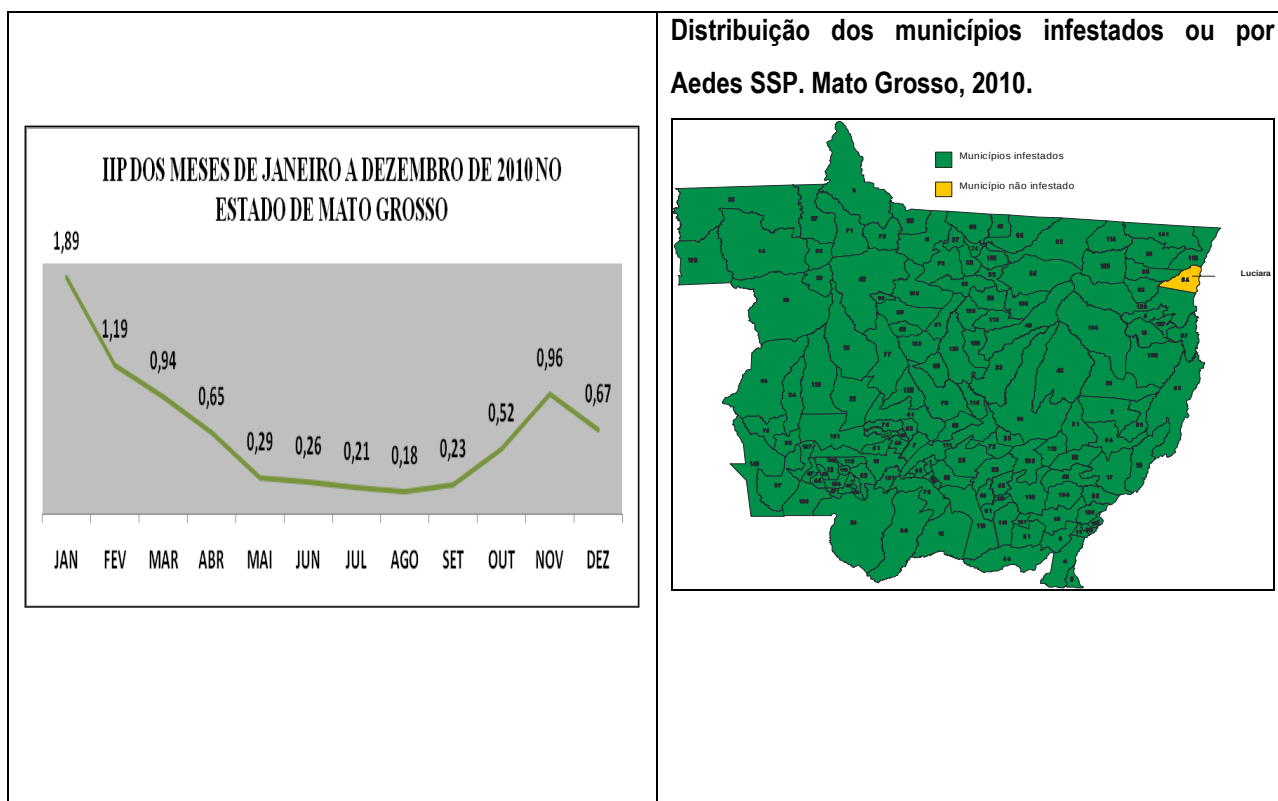
Panstrongylus geniculatus, *Panstrongylus guentheri* e *Panstrongylus* sp. Verificou-se a predominância de *Triatoma sordida* (95,3 %) na maioria dos municípios, seguido pelo *Rhodnius robustus* (2 %), *Triatoma williami* (1,1 %) e os demais representaram 1,4 %. Coletou-se uma elevada quantidade de triatomíneos no peri-domicílio, ou seja, 1.293 exemplares (81,5 %), enquanto que no intra-domicílio coletou-se 293 exemplares (18,5 %), corroborando com os dados dos anos anteriores.

Em 2010, o percentual de infectividade dos triatomíneos por *Trypanosoma cruzi* foi de 3,36%. O maior número de exemplares com o parasita foi encontrado em Cuiabá, sendo 36 exemplares de *Triatoma sordida* e 1 de *Panstrongylus geniculatus*, correspondendo a 4,8% de infectividade. Neste mesmo ano, o controle químico foi realizado em 272 Unidades Domiciliares utilizando-se de 495 cargas de alfacipermetrina. Este fato deve-se provavelmente a uma utilização da proteção química mais criteriosa ou às ações de educação em saúde. Esta tendência corrobora com as novas propostas de vigilância respaldadas na conservação do meio ambiente, partindo do princípio que a estratégia de manejo integrado dos anexos, limpeza contínua do intra e peridomicílio, proteção da moradia com telas, entre outros, estarão assegurando uma proteção dos moradores aos vetores e demais animais sinantrópicos. Na Avaliação das Metas programadas pela PAVS-2010, os resultados evidenciaram que as ações de vigilância entomológica tiveram um incremento nas pesquisas de triatomíneos em Unidades Domiciliares conforme programação, capacitação com aulas práticas laboratoriais e de campo e treinamento em serviço para os profissionais de saúde ambiental.

O programa de controle da dengue tem como forte componente a vigilância dos vetores, atividade realizada em todos os municípios do estado, em parceria com as regionais de saúde. O monitoramento do Índice de Infestação Predial implantado em 140 municípios, destes 08 apresentaram IIP igual a 0 (zero) ou Não Informado (N.I). Durante todos os meses analisados de 2010, 15 apresentaram meses com IIP maior que 4,0 (quatro) e apenas 01 município destacou-se por apresentar todos os meses analisados com IIP > que 4,0. Destaca-se o município de Luciara foi considerado como não infestado para o *Aedes aegypti* (Figura 46) e o município de Bom Jesus do Araguaia não realiza Levantamento de Índice, pois faz parte daqueles municípios que ainda não possuem a Vigilância em Saúde Ambiental implantada. Ainda é necessário maior acompanhamento do trabalho de rotina de campo e do Sistema de Informação (SISFAD) para garantia do trabalho contínuo.

O IIP referente ao período de janeiro a dezembro de 2010 observou-se que os maiores índices encontram-se nos meses com mais pluviosidade (Figura 46). Foram inspecionados 6.268.263 imóveis, correspondendo a 80,0% de imóveis inspecionados no estado.

Figura 46: Índice de infestação predial e distribuição dos municípios infestados ou por Aedes SSP. Mato Grosso, 2010



Fonte: SES/ SVS/ COVSAM

Entre o número de ciclos de inspeções realizadas pelos 141 municípios, 134 cumpriram de 5,5 a 6 ciclos, perfazendo 95,0 % de inspeções, e somente 07 deles realizaram de 0 a 4,5 ciclos de inspeções, perfazendo 4,7 %, porém a média estadual foi de 5,5 ciclos de inspeções realizadas.

Os depósitos de criadouros *Aedes aegypti*, houve a predominância de depósitos do subgrupo A2, que são depósitos em obras e horticultura, depósitos no nível do solo para armazenamento doméstico: tonel, tambor, barril, tina, depósitos de barros (filtros, moringas, potes) cisternas, caixa d'água, captação de água (poço, cacimba), e também do subgrupo D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas em pátios e ferro velhos, entulhos.

Além do mais, o programa da dengue faz um monitoramento semanal com avaliação dos dados ambientais, epidemiológicos e assistenciais dos 15 municípios com maior população e que são responsáveis pelo maior volume de casos registrados de Dengue em Mato Grosso. Diversas estratégias estão incorporadas ao programa da dengue estadual em parcerias com as instituições e a sociedade para controlar o risco de novas epidemias no estado: criação do Comitê Estadual de Mobilização Social, Resposta Coordenada de Monitoramento da Dengue e a Sala de Situação.

O Programa de Raiva Animal é preconizado para estabelecer a barreira imunológica capaz de interromper a transmissão do vírus rábico em curto espaço de tempo na população canina dos municípios do Estado atenuando o comprometimento das populações felina e principalmente a humana. A imunização dos animais é uma das principais ações de controle da raiva em áreas urbanas.

Em 2010, foi realizada a Campanha Estadual de Vacinação Contra a Raiva Animal (Anual) para cães e gatos, em conjunto com Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Escritórios Regionais de Saúde, Prefeituras Municipais, meios de Comunicação e, entre outras entidades envolvidas. Do total de 618.654 animais a serem vacinados em 2010, distribuídos em 506.365 caninos e 112.289 felinos, a cobertura vacinal no Estado atingiu o percentual de 77,2%. Sobre a população canina a cobertura atingiu 77,6%, enquanto que sobre a felina 75,1%. A partir deste ano, o Ministério da Saúde implantou a Vacina em Cultivo Celular, que garante uma boa resposta imunológica, sendo composta de vírus inativado e com baixa apresentação de reações adversas.

Em Mato Grosso a cobertura vacinal nas últimas campanhas vem se mantendo acima do padrão que é vacinar no mínimo 80% da população canina. Esta meta é responsável pela diminuição do número de casos de raiva canina e felina, e conseqüentemente de raiva humana, sendo que o último caso em cães foi registrado em 2008, entretanto o número de herbívoros infectados com a doença vem apresentando índices significativos nos últimos anos.

A evidência do ciclo silvestre da raiva preocupa em dois aspectos: a manutenção do vírus circulante em toda área rural, propiciando o aumento dos quirópteros hematófagos, por grande oferta de alimento e abrigos e o risco de haver casos humanos transmitidos por animais silvestres. Para tanto devem ser trabalhadas com antecedência as áreas rurais em relação a área urbana, formando um cinturão epidemiológico nas regiões limítrofes dos municípios.

A redução dos casos caninos no Estado contribuirá para o alcance da meta do plano final de eliminação da raiva humana transmitida por caninos na América latina.

Entre as diversas atividades de pesquisa e estudos realizados pelo Núcleo de Apoio em Vigilância Ambiental, destacam-se os projetos que norteiam as ações de monitoramento. Dentre esses projetos, com participação de outras instituições de pesquisa, destacam-se:

Aripuanã – Estudo da fauna de anofelinos no Assentamento Conselvan, área de transmissão de Malária, município de Aripuanã, estado de Mato Grosso, Brasil.

Nova Mutum – Estudo entomo-epidemiológico da transmissão de Leishmaniose Tegumentar Americana na área rural do município de Nova Mutum, MT.

Jaciara – Inquérito soropidemiológico de leishmaniose visceral canina e taxa de infecção natural de *Lutzomyia cruzi* no município de Jaciara, Estado de Mato Grosso, Brasil.

Xingú – Busca ativa de casos humanos e levantamento entomológico de vetores das leishmanioses, malária, doença de chagas, dengue, febre amarela e outras arboviroses no Parque Nacional do Xingú, Estado de Mato Grosso.

Diante de um contexto de diversas transformações demográficas, epidemiológicas e ambientais faz-se necessário de formatar uma proposta de política para as áreas de entomologia, reservatórios, animais peçonhentos e bem como a infra-estrutura dos Depósitos de Insumos.

1.6.2 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A vida na sociedade atual torna-se cada vez mais complexa; novas necessidades vão surgindo, novos hábitos de consumo são estimulados e incorporados, e uma gama imensa de produtos e serviços é introduzida no cotidiano do cidadão. As distancias diminuíram, os produtos são disponibilizados rapidamente e uma pessoa que visita áreas atingidas por epidemias pode estar no mesmo dia em outro país. Assim, é para este amplo conjunto de serviços e produtos que a vigilância dirige suas ações, identificando e avaliando os riscos e antecipando a ocorrência de danos, fazendo prevalecer os interesses e o bem estar da sociedade.

A Vigilância Sanitária é a área da saúde pública responsável pelo desenvolvimento de um conjunto de ações para proteção da saúde das pessoas, interferindo sobre os problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de produtos, serviços de saúde e similares, além de outros provenientes do meio ambiente para prevenir, diminuir ou eliminar riscos e danos à saúde.

Para intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde, a Vigilância Sanitária observa o cumprimento da legislação sanitária, que orienta as ações preventivas e fiscalizadoras, contribui com a implantação de programas, projetos, atividades, sistemas e operações visando à qualidade e eficácia das ações e serviços de saúde, estabelece critérios e parâmetros para avaliação do impacto das ações de vigilância sanitária, monitora a qualidade dos produtos e serviços, informa e conscientiza a população de seus

direitos de consumo produtos e serviços com qualidade.

Assim a Vigilância Sanitária, em articulação com as demais práticas de saúde atua no âmbito da proteção contra danos, riscos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

Nesse sentido, as ações de VISA e suas funções na Saúde, não incidem diretamente sobre os indicadores do estado de saúde da população de MT, porém colaboram significativamente para a sua melhoria. E cabe ao Estado, o papel de articulador desse processo para que se avance na estruturação da VISA em todos os municípios e regiões, observando suas especificidades, mas ao mesmo tempo, garantindo o desenvolvimento sanitário em todo o seu território.

Diante isso, o planejamento das Ações em VISA, durante o período de 2008 a 2010, da totalidade dos 141 municípios do estado, 102 apresentaram suas propostas. Destes, 62 encontravam-se recebendo o incentivo financeiro nacional, referente ao Piso Estratégico; 15 com análise favorável quanto à proposta apresentada, porém não homologaram no âmbito da CIB/MT; 25 com análise desfavorável; e, 39 não apresentaram suas propostas. Já no que referem aos Termos de Compromissos de Gestão (TCGM), nesse mesmo período, dos 141 municípios do estado, 12 não assinaram o TCGM e 129 assinaram. Destes, 115 declararam realizar e 14 declararam não realizar efetivamente VISA, apontando várias incoerências de informações entre os 02 instrumentos de gestão (TCGM e Programação Anual de Ações em VISA).

No que se refere ao monitoramento da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), no decorrer do ano de 2010, considerando o número de estabelecimentos cadastrados no sistema de informação da vigilância sanitária estadual de Mato Grosso e metas estipuladas, seguem o grau de cumprimento dessas metas, segundo blocos de indicadores ou parâmetros: serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e de mama cadastrados: 38,8%; serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança: 80,66%; serviços de hemoterapia: 62,1%; serviços de terapia renal substitutiva: 55,56%; serviços de alimentação: 84,2%; e, enfim, monitoramento de alimentos: PNMQSA: 57,8% e PARA: 75,0%.

No que diz respeito às ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em atendimento às diretrizes propostas pela ANVISA, com relação ao Programa Nacional de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, bem como considerando a capacidade de desenvolvimento das ações no nível estadual, o Serviço Estadual de Controle de Infecção tem se empenhado em monitorar os estabelecimentos hospitalares prioritários - maior complexidade assistencial, que possuem atendimentos de terapia intensiva.

Nessa perspectiva, o Estado de MT conta com 23 hospitais cadastrados nesse nível. De 2009 até o presente momento, após padronizar a notificação dos indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar, grande parte desses estabelecimentos passaram a informar mensalmente seus dados de

infecção hospitalar. O estado também vem realizando Oficinas com o objetivo de capacitar os profissionais, de forma a qualificar suas informações quanto ao controle de infecções.

Assim sendo, um dos problemas priorizados no processo de análise da situação de saúde é a “insuficiência quali-quantitativa da Vigilância Sanitária no gerenciamento e na intervenção sobre a totalidade dos riscos sanitários, que refletem na melhoria das condições de vida e saúde da população de MT”, embora, uma das metas definida no PES 2008-2011 tenha sido superada (inspecionar 30% - 797 dos 2.655 dos estabelecimentos priorizados e cadastrados – resultado 183,0%).

Cabe esclarecer que a meta, referente à quantificação das inspeções em estabelecimentos priorizados e cadastrados, embora imprescindível e legítima – regulação -, não possibilitou uma avaliação quanto aos impactos na melhoria dos serviços de VISA e muito menos nos indicadores de saúde, na qualidade de vida e saúde da população. Ou seja, o número de inspeções, desconsiderando a forma de execução e resultado da ação, não determinou uma efetiva contribuição sobre os problemas do estado de saúde da população (controle do câncer do colo de útero e de mama, mortalidade infantil e materna, e outros). A insuficiência quali-quantitativa das ações de Vigilância Sanitária para o gerenciamento e a intervenção sobre a totalidade dos riscos sanitários, refletem na melhoria das condições de vida e saúde da população de MT.

1.7 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Estado de Mato Grosso apresenta uma evolução na rede de serviços de saúde o que possibilita um maior acesso da população a ações e serviços de saúde. Essa ampliação é visualizada pelo aumento da população coberta pela Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, unidades de reabilitação, hemorrede, serviços ambulatoriais e hospitalares nas unidades públicas ou contratualizadas.

Entretanto, a descentralização e a hierarquização que concretiza a ideia da formação de rede assistencial à saúde mais próxima do cidadão, ou seja, é no município ou na sua região de saúde que deve ocorrer o acesso às ações e serviços, ainda se apresenta como um desafio para que te fato esse acesso ocorra (SILVA, 2013).

Desta forma, organizar a Rede que atenda um Estado com perfil epidemiológico de transição, ou seja, com doenças características de Estados pobres e outras de Estados ricos, faz-se necessário priorizar a garantia do acesso aos serviços que atendam as doenças crônicas, as causas externas e a doenças transmissíveis, além de apoiar a promoção da saúde por meio da atenção primária.

1.7.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Atenção Primária a Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção primária tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único.⁶ (BRASIL, 2006)

O fortalecimento da APS tem sido priorizado e cada vez mais é evidenciada a sua relevância para a implementação dos princípios norteadores do SUS. Tais evidências demonstram que a APS tem capacidade de dar solução a cerca de 85,0% dos problemas de saúde de uma população e, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deve ter como foco prioritário a saúde da criança, a saúde da mulher, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde do idoso, a saúde bucal, a promoção da saúde.

A Saúde da Família (SF) é a estratégia adotada pelo estado e país para reorientação do modelo assistencial à saúde e, para que esta seja entendida como porta de entrada, deve garantir o acesso. Este depende não somente do acesso geográfico, mas também da qualidade e resolubilidade das equipes, da capacidade de reunir os recursos necessários para resolver os problemas e promover uma prática baseada na pessoa (não na doença), na família e na comunidade.

A integralidade entre os níveis ou pontos da atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes constitui um aspecto central para organização do SUS em Mato Grosso.

Nesse contexto, a atenção primária é ordenadora da rede e, para tanto, necessita se qualificar para desenvolver esta atribuição. Isto requer um potente programa de educação permanente assim como a adequação de toda a estrutura existente.

Priorizando o fortalecimento da atenção primária como coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, o Estado de Mato Grosso implantou a partir de 2001, o Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária (PASFC) que visa repassar incentivos financeiros de custeio, aos municípios que

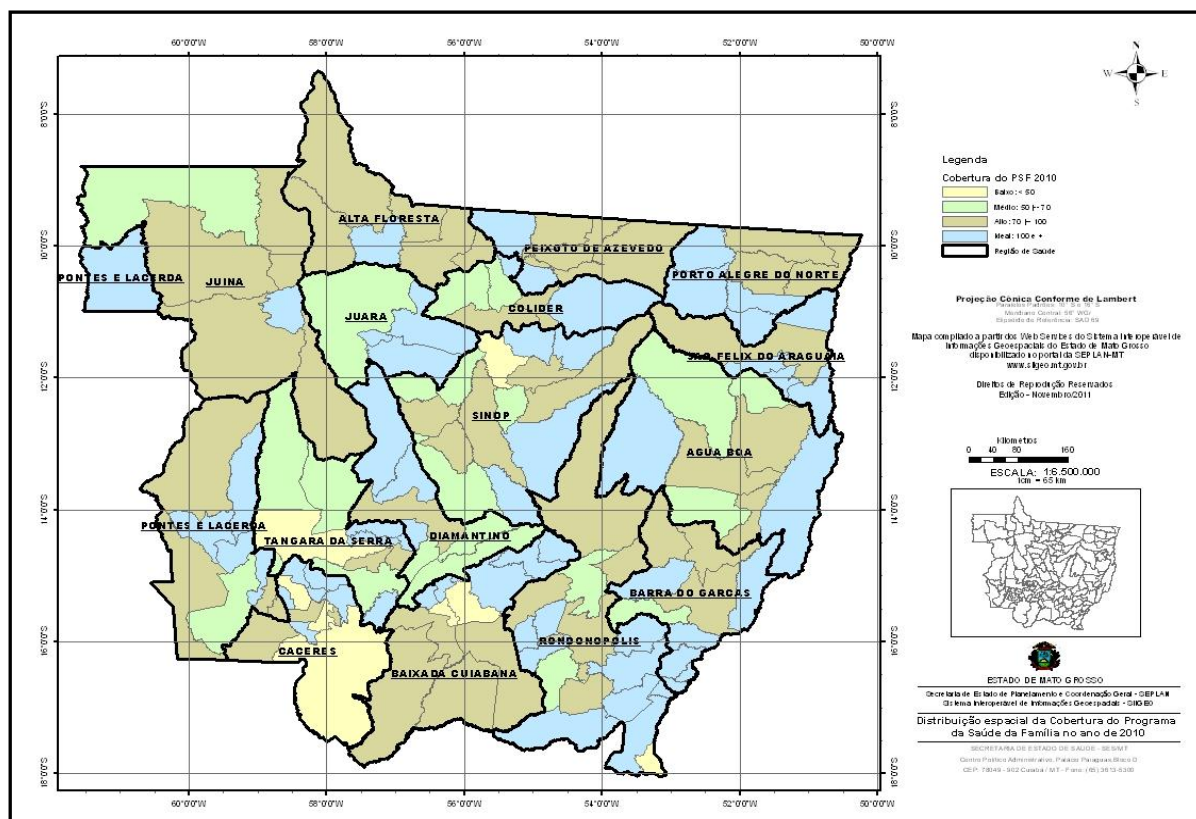
⁶ No processo histórico brasileiro são apresentadas diferentes interpretações para atenção primária à saúde. A noção de que “os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde” acabou por afastar o tema do centro das discussões da época (PAIM, 1998). É interessante observar que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo atenção básica para designar atenção primária apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização primitiva à saúde (TESTA, 1987). Dessa forma, criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico. Atualmente, alguns autores (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004), o próprio CONASS e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde.

organizam sua atenção primária a partir da estratégia Saúde da Família, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde nos Assentamentos Rurais (PASCAR) e das Equipes de Saúde Bucal. Através da Portaria nº 113/2008/GBSES de 08/08/2008, foi implantado o programa de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica, que propõe o monitoramento dos indicadores de atenção primária, inseridos no pacto pela Saúde, visando melhoria nas ações desenvolvidas na atenção à saúde.

Em Mato Grosso, o Programa Saúde da Família teve seu início em 1997, com 8 Equipes de Saúde da Família em 6 municípios, alcançando no ano de 2010 o nº de 590 equipes, denominada atualmente como Estratégia Saúde da Família, correspondendo a uma cobertura de 67,0% da população matogrossense. Verifica-se, portanto, que 33,2% da população ainda é assistida por unidades básicas de saúde que ainda atuam no modelo tradicional, representando 38,5% das Unidades Básicas de Saúde existentes e com predominância nas cidades de maior porte populacional.

Em julho de 2011, 29 (20,6%) municípios apresentavam cobertura da Estratégia de Saúde da Família inferior a 70,0%, os municípios de Cuiabá (39,4%), Cáceres (39,2%) e Várzea Grande (20,5%) foram o que apresentaram a menor cobertura (Figura 48). Porém, vale ressaltar que nos últimos 5 anos houve um aumento de 8,7% dos municípios com cobertura superior ou igual a 70,0%.

Figura 47: Cobertura das Equipe de Saúde da Família, por município. Mato Grosso, 2011



Fonte: SES/SA/COATBA

Quanto à melhoria dos indicadores de saúde, destaca-se a redução da mortalidade infantil em 26,3% comparando os anos de 2009 (16,2 por 1.000 nv) em relação a 2000 (22,0 por 1.000 nv). Esta redução pode estar associada às ações de priorização da atenção primária, desenvolvidas pelo Estado, além disso estudos (MACINKO, GUANAIS & SOUZA, 2006; ROCHA, 2008) destacam uma associação da estratégia SF com a redução da Mortalidade Infantil (MI), identificando que cada 10,0% de aumento da cobertura da SF está associada a 4,5% de declínio da MI.

Outro importante indicador de acompanhamento da resolutividade das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde é a proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Trata-se de condições pelas quais a internação hospitalar deveria ser evitável se os serviços de atenção primária fossem efetivos e acessíveis. Representam assim um conjunto de problemas de saúde para as quais uma atenção primária efetiva diminuiria o risco de internações (MS, 2008 - Portaria GM Nº 221/2008). Esse indicador no Estado passou de 32,7% em 2000, para 29,5% em 2010, constituindo uma redução de 9,8% nesse período, demonstrando uma discreta melhoria na atenção primária, porém há necessidade de uma avaliação de outros condicionantes.

Além do mais, o Estado por meio da Portaria 113/2008 GAB/SES, definiu 10 indicadores para cumprimento de metas e repasse financeiro, o qual incentiva os municípios a promover ações de melhoria da saúde da população assistida pela ESF. Porém, dos 141 Municípios, 30,5% (43) não conseguiram alcançar 50,0% das Metas dos 10 Indicadores da Atenção Básica, os quais foram privados de receber tal incentivo.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma estratégia que visa apoiar e ampliar as ações das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O NASF deve desenvolver ações, em conjunto com as ESF por meio de uma nova metodologia de trabalho chamada matriciamento. Apoio matricial é o suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações específicas, são ofertados aos demais profissionais de saúde das ESF, o qual trabalha no sentido de ampliar a capacidade resolutiva da APS, através da ampliação da clínica e do cuidado compartilhado.

O NASF foi criado através da Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, através de duas modalidades:

NASF 1, vinculado a, no mínimo 8 ESF e composto por, no mínimo, 5 profissionais de nível superior de ocupação não coincidentes;

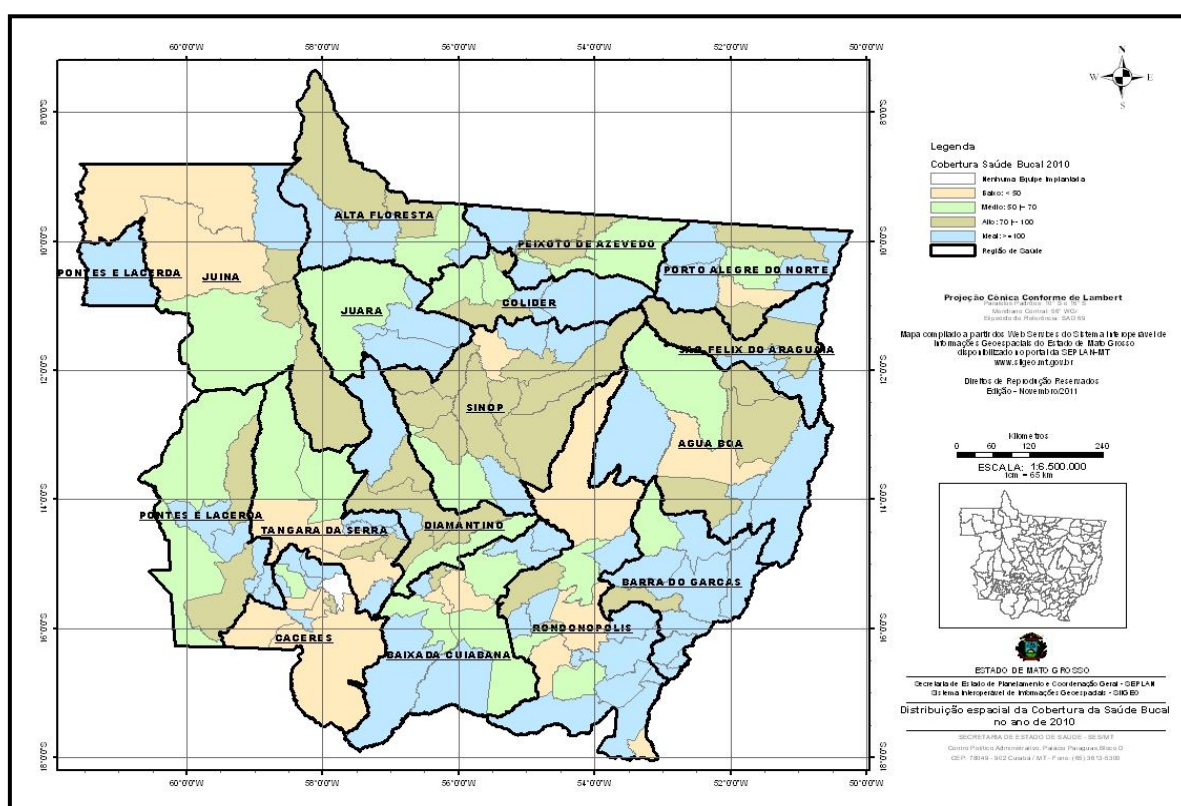
NASF 2, vinculado a, no mínimo 3 ESF e composto por, no mínimo, 3 profissionais de nível superior de ocupação não coincidentes.

Até de junho de 2011, 26 municípios no estado elaboraram o projeto de implantação do NASF – o que representou 18,0% de adesão estadual. Entretanto, somente 22 municípios com 14 equipes na

modalidade 1 e 8 na modalidade 2 e encontram-se no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em 2001, a Estratégia Saúde Família foi fortalecida com a implantação das primeiras equipes de saúde bucal. Em relação ao período julho/2011, o Estado conta com 411 equipes, correspondendo a uma cobertura de 46,1%. Em relação aos municípios, 55 (39,0%) apresentam cobertura inferior a 70,0%, os municípios Cárceres (1,8%), Várzea Grande (2,7%) e Cuiabá (0,6%) foram que apresentaram menor cobertura, já o município de Lambari D'oeste não apresentou equipe de saúde bucal (Figura 49).

Figura 48: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal, por município. Mato Grosso, 2010



Fonte: SES/SAS/COATBA

Nos últimos dez anos (2001-2010), a capacidade instalada da atenção primária no estado, teve um incremento de 97,3% em ESF, 120,0% de ACSR e 389,0% de ESB (Tabela 19). Em 2011, apresentou a seguinte distribuição:

766 Agentes Comunitários do PASCAR.

4.570 Agentes Comunitários distribuídos no PACS e nas equipes de Saúde da Família urbana e rural.

334 Unidades Básicas de Saúde / Postos de Saúde que abrigam equipes do modelo tradicional ou servem como Unidades de apoio às ESF nas comunidades rurais

596 equipes da Estratégia de Saúde da Família, sendo que destas 411 possui equipe Saúde Bucal 22 NASF- Núcleo de Apoio da Saúde da Família.

Tabela 19: Evolução do Número de ESF, ESB e ACSR do PASCAR Implantados em Mato Grosso, 2001 a 2010*

ANO	ESF	ACSR	ESB
2001	299	307	82
2002	310	326	119
2003	30	384	159
2004	413	462	187
2005	435	499	239
2006	466	590	281
2007	486	585	314
2008	521	632	345
2009	578	654	353
2010	590	675	401

Fonte: SES/COAP/SAS/

Das Unidades de Saúde da Família existentes, 364 delas necessitam realizar adequação na estrutura física, uma vez que as limitações nessa esfera organizacional podem comprometer o trabalho das equipes e os resultados operacionais, pois as possibilidades de atuação dos profissionais dependem fortemente dos equipamentos, edifícios entre outras ferramentas disponíveis (SZNELWAR; ABRAHÃO, 2007). Tal situação desqualifica a unidade quanto à humanização do atendimento, que remete também as condições de trabalho relativas às instalações físicas e a disponibilidade e manutenção de equipamentos que são inadequadas (SILVEIRA, 2001), além da desvalorização do espaço da Atenção Primária pelos usuários.

1.7.1.1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A) DA APS

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em sua primeira fase iniciada em 2005 teve como principal objetivo promover, junto aos Estados, a institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção primária à saúde, em especial, da estratégia saúde da família. Neste contexto Mato Grosso, através do Núcleo Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção

Primária, elaborou. o *Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica ou Atenção Primária (M&A da AB)*.

O plano estabelece diversos projetos estratégicos, dentre eles, a necessidade de adequação do instrumento de acompanhamento das ações da atenção primária nas equipes de saúde da família. Assim, para responder a essa necessidade, a Coordenadoria de Atenção Primária, contando com o apoio dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS), instituiu o Instrumento de Monitoramento e Avaliação da Estratégia Saúde da Família/Atenção Primária em Mato Grosso.

Esse novo arranjo metodológico visa transformar o processo de supervisão das equipes, num momento de construção de saberes e pactuação de ações necessárias para a melhoria da qualidade das ações ofertadas na atenção primária.

No total foram monitoradas até o momento 416 unidades de atenção básica em 112 municípios sendo: 395 equipes de saúde da família – ESF, destas, 270 (68,4%) possuíam equipes de saúde bucal. Todos os ERS participaram do processo, embora alguns concluíram e outros apenas iniciaram o M & A.

Na Tabela 20, observa-se que das 593 ESF implantadas até fevereiro de 2011, 389 (65,6%) foram monitoradas por meio do instrumento de M&A. Vale ressaltar que o ERS de Rondonópolis está com dificuldades para a realização do monitoramento.

Tabela 20: Número e percentual de equipes de saúde da família monitoradas, por Escritório Regional de Saúde. Mato Grosso, 2011

ERS	ESF implantada fev 2011	ESF monitorada fev 2011	% ESF monitoradas
Água Boa	18	18	100,0
Alta Floresta	27	27	100,0
Barra do Garças	34	15	44,1
Cáceres	32	18	56,3
Colider	15	14	93,3
Cuiabá	110	68	61,8
Diamantino	22	17	77,3
Juara	14	13	92,9
Juína	33	33	100,0
Peixoto de Azevedo	26	26	100,0
Pontes e Lacerda	31	14	45,2
P. alegre do Norte	23	23	100,0
Rondonópolis	97	10	10,3

São Felix Araguaia	8	8	100,0
Sinop	65	46	70,8
Tangará da Serra	38	39	102,6
Mato Grosso	593	389	65,6

Fonte: SES\SAS\COATBA

Em relação as 411 equipes de saúde bucal, 182 (43,0%) foram monitoradas por meio do instrumento de M&A, os menores percentuais apresentados de monitoramento foram os ERS de Rondonópolis (5,4%) e Diamantino (9,5%) (Tabela 21).

Tabela 21: Número e percentual de equipes de saúde bucal monitoradas, por ERS, Mato Grosso, abril 2011

ERS	ESB implantada	ESB monitorada	% ESB monitoradas
Água Boa	16	6	37,5
Alta Floresta	21	21	100,0
Barra do Garças	32	6	18,7
Cáceres	16	6	37,5
Colider	14	7	50,0
Cuiabá	28	6	21,4
Diamantino	21	2	9,5
Juara	14	13	92,8
Juína	18	12	66,7
Peixoto de Azevedo	21	4	19,0
Pontes e Lacerda	23	12	52,2
P. alegre do Norte	16	7	43,8
Rondonópolis	74	4	5,4
São Felix Araguaia	8	6	87,5
Sinop	58	56	96,6
Tangará da Serra	31	13	44,8
Mato Grosso	411	182	43,0

Fonte: SES\SAS\COATBA

Nesta perspectiva, é imprescindível a realização de esforços e um certo consenso entre os níveis de gestão do SUS e a persistência do governo estadual em fortalecer a atenção primária garantindo e incrementando os recursos já direcionados para essa ação, em especial, no investimento em

estruturação da rede de atenção, apoiando os municípios nas adequações necessárias, conforme as legislações vigentes (federais e estaduais).

Vale ressaltar também, a importância do fortalecimento do papel que deve ser exercido pelo Estado no que se refere ao monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas pelos municípios, neste caso da Atenção Primária. É preciso investir em capacitação para que o Estado tenha condições necessárias de efetivar esse importante papel, sendo um compromisso assumido no Pacto de Gestão dos SUS. Muitas ações estão sendo desenvolvidas para a qualificação do monitoramento e avaliação da Atenção Primária dentro do Estado, porém, muito ainda se tem a fazer para que os resultados obtidos pelos diversos monitoramentos e avaliações realizadas tenham a qualidade necessária e possam realmente refletir na melhoria das ações desenvolvidas e dos resultados obtidos na saúde da população.

Promover/conduzir o processo de Organização das Redes de Atenção iniciando com a realização das Oficinas de Rede/Planificação da Atenção Primária à Saúde. Incluindo, dentre outras redes temáticas, a organização da rede de atenção à saúde bucal, tendo a APS como centro ordenador, regionalizando os serviços especializados de saúde bucal de acordo com a Política Nacional do setor.

1.7.1.2 SAÚDE BUCAL

A partir de 2001, no Mato Grosso, a inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de promoção, prevenção, práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho no âmbito dos serviços de saúde.

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários, que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população, ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção, recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Uma das Diretrizes de promoção da saúde bucal é a água tratada e fluoretada, a qual é fundamental para as condições de saúde da população. Os sistemas de fluoretação das águas de abastecimento do estado de Mato Grosso, segundo dados do SISAGUA esta abaixo do recomendado, apenas 12,0% da população recebe água com flúor. É extremamente importante garantir ampliação da fluoretação e monitoramento dos teores adequados do flúor.

Dos 141 municípios do estado, 17 (12,0 %) distribuídos em 11 regionais de saúde, oferecem à população água fluoretada, por meio de abastecimento público (Quadro 02).

Quadro 2: Número de equipes de saúde bucal, percentual de cobertura e municípios com fluoretação da água segundo Regional de Saúde. Mato Grosso, 2011.

Regional de saúde	Nº equipes existentes	% cobertura	Municípios com Fluoretação da água
Água Boa	16	66,3	-
Alta Floresta	21	73,0	Alta Floresta
Barra do Garças	32	93,4	Barra do Garças
Cáceres	16	29,6	Mirassol D'Oeste
Colider	14	71,1	Colíder
Baixada Cuiabana	28	10,2	-
Diamantino	21	77,7	Nobres
Juara	14	93,0	Juara Porto dos Gaúchos
Juína	18	46,3	-
Peixoto de Azevedo	21	75,6	Peixoto de Azevedo
Pontes e Lacerda	23	72,8	Comodoro e P. e LacLacerda
Porto Alegre do Norte	16	72,0	-
Rondonópolis	74	55,6	Campo Verde e Primavera do Leste
São Félix Do Araguaia	08	100,0	-
Sinop	58	58,6	Cláudia e Sinop
Tangara Da Serra	31	51,7	Barra do Bugres, C. Novo dos Parecis e Tangará da Serra
Mato Grosso	411	46,1	17 municípios

Fonte: SES\SAS\COATBA

Desde 2001, os municípios vêm recebendo recursos financeiros da esfera estadual e federal para ampliação e estruturação de equipes de saúde bucal no estado. No período (2005-2010) a saúde bucal no estado teve um incremento 42,0% na cobertura populacional.

Em julho de 2011, o estado contava com 411 equipes, correspondendo uma cobertura de 46,1%. Porém, a cobertura populacional entre as ERS apresentou uma diferença considerável variando de 10,2 a 100,0% (Quadro 02).

Mesmo com estas diferenças regionais, as equipes de saúde bucal vem realizando ações e serviços de odontologia preventiva e curativa. Entre as ações realizadas destaca-se ação coletiva de escovação dental supervisionada, a qual teve um acréscimo de 86,0% durante o período de 2007 a 2010.

A capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária em saúde bucal, ainda é incipiente no estado. Em 2011, tem-se 8 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 7 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) distribuídos em dez municípios (Tabela 22). O município de Cuiabá (capital de Mato Grosso) apesar de não ter CEO, LRPD e apresentar baixa cobertura populacional de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, no entanto possui uma política própria na área da odontologia. Atualmente, tem 10 clínicas odontológicas que realizam atendimentos de atenção primária e média complexidade, além de ofertar próteses aos usuários.

Com relação à oferta de recursos humanos, no Estado de Mato Grosso pode-se constatar, segundo CNES, que a relação profissional (número de odontólogo) /habitante que atende SUS no ano de 2010 foi de 1/3.250 habitantes o que está muito longe do preconizado pela OMS (1/1.500 hab.). Estes profissionais na sua grande maioria estão concentrados nos municípios sedes das regionais de saúde da Baixada Cuiabana, Rondonópolis e Sinop.

Tabela 22: Número de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), por municípios, Mato Grosso, 2011

Município	CEO I	CEO II	CEO III	LRPDs
Água Boa	-	1	-	1
Alta Araguaia	-	-	-	1
Alto Boa Vista	1	-	-	-
Cáceres	-	-	1	-
Cuiabá/CEOPE	-	1	-	-
Guarantã do Norte	-	1	-	1
Pontes e Lacerda	1	-	-	1
Primavera do Leste	-	1	-	1
Rondonópolis	-	-	-	1
Sinop	-	-	1	1
Total	2	4	2	8

Fonte: SES\SAS\COATBA

1.7.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A regionalização e hierarquização vem avançando no sentido da reestruturação do próprio sistema existente nas regiões, modificando o papel e as funções dos serviços de saúde. O processo regulatório em saúde deve ser entendido como o conjunto de instrumentos e mecanismos indutores de práticas e delineamento de produtos e alcance também de resultados, ajustados e condizentes com políticas, diretrizes e objetivo.

A "contratualização" dos serviços de saúde é um processo pelo qual as partes, ou seja, o representante legal da unidade e o gestor municipal ou estadual do SUS estabelecem metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão, formalizado por meio de convênio. Com isso, há fixação dos limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, mediante o cumprimento das metas físicas e qualitativas.

Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2005, o Estado de Mato Grosso possui 14 Microrregiões de Saúde, com os respectivos municípios de referência e 16 Escritórios Regionais de Saúde, com a efetiva implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Os municípios de referência apresentam serviços de maior complexidade para algumas especialidades, porém com características diferentes entre si. Os municípios de Cáceres, Sinop e Rondonópolis apresentam capacidade de média e parte da alta complexidade. Barra do Garças e Tangará da Serra são municípios que apresentam diversas especialidades e serviços de média complexidade (Quadro 03).

Os municípios de Juína, Juara, Alta Floresta, Água Boa, Diamantino e Peixoto de Azevedo são referências de média complexidade. Diferentemente dos demais, Porto Alegre do Norte e Pontes e Lacerda são municípios sede de Escritórios Regionais de Saúde, mas não coincide com o potencial de referência. A capital do Estado, Cuiabá, congrega maior densidade de serviços de média e alta complexidade.

Na assistência ambulatorial de média complexidade as ações e serviços, realizados pelos municípios, estão concentrados a maioria dos atendimentos necessários para diagnosticar, tratar e reabilitar os agravos encaminhados pela atenção básica, nos atendimento ambulatorial e hospitalar.

As ações devem ser realizadas em ambulatórios de referência, onde os procedimentos de média complexidade compreendem desde consultas até os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico, internações e reabilitação onde requerem maior qualificação da equipe técnica. A rede de atenção secundária no Estado, está organizada conforme Quadro 03 e Quadro 04.

Quadro 3: Distribuição dos serviços especializados da média complexidade ambulatorial segundo microrregiões e municípios. Mato Grosso, 2011*.

Serviços Especializados	Microrregiões	Municípios
Cardiologia	Alto Tapajós	Alta Floresta, Carlinda
	Baixada Cuiabana	Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Poconé, Várzea Grande
	Centro Norte	Nobres, Nova Maringá, Rosário Oeste
	Garças Araguaia	Barra do Garças, Pontal do Araguaia
	Médio Norte	Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Nova Olímpia, Sapezal, Tangará da Serra, Lucas do Rio Verde
	Noroeste	Juína
	Norte	Colíder, Itaúba
	Oeste	Cáceres, Mirassol d'Oeste, Pontes e Lacerda, Comodoro
	Sul	Campo Verde, Jaciara, Pedra Preta, Primavera do Leste, Rondonópolis, Guiratinga, Poxoréo
	Teles Pires	Nova Mutum, Sinop, Sorriso, Vera
	Vale do Peixoto	Guarantã do Norte
Cir. Torácica	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Sul	Rondonópolis
Cir. Vascular	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Noroeste	Juína
	Oeste	Cáceres
	Sul	Rondonópolis, Primavera do Leste
	Teles Pires	Sorriso, Sinop
	Vale do Arinos	Juara
	Norte	Colíder
	Médio Norte	Tangará da Serra
Dermatologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande, Chapada dos Guimarães, Santo Antônio do Leverger
	Centro Norte	Diamantino, Nobres, Nortelândia
	Garças Araguaia	Barra do Garças, Pontal do Araguaia
	Oeste	Cáceres
	Sul	Primavera do Leste, Rondonópolis
	Teles Pires	Sorriso, Nova Mutum
	Baixo Araguaia	Confresa
	Vale do Arinos	Juara
Endocrinologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Noroeste	Juína
	Sul	Rondonópolis, Primavera do Leste

	Teles Pires	Sinop
Gastroenterologia	Alto Tapajós	Alta floresta, Carlinda
	Baixada Cuiabana	Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Várzea Grande
	Garças Araguaia	Barra do Garças, Pontal do Araguaia
	Médio Norte	Tangará da Serra
	Sul	Jaciara, Pedra Preta, Primavera do Leste, Rondonópolis
	Teles Pires	Lucas do Rio Verde, Sinop, Sorriso
	Oeste	Cáceres, Mirassol D' oeste
	Norte	Colider
Hematologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Baixo Araguaia	São Felix do Araguaia
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop
Neurocirurgia	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Médio Norte	Tangará da Serra
	Norte	Colíder
	Oeste	Cáceres
	Sul	Rondonópolis
Neurologia	Alto Tapajós	Alta Floresta
	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Poconé, Várzea Grande
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Noroeste	Juína
	Norte	Colíder, Itaúba
	Oeste	Cáceres
	Sul	Primavera do Leste, Rondonópolis, Jaciara
	Médio Norte	Barra do Bugres, Tangará da Serra
	Centro Norte	Diamantino, Nortelândia
	Vale do Peixoto	Matupá
	Teles Pires	Nova Mutum, Sinop, Sorriso
	Vale do Arinos	Juara
Infectologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Poconé, Várzea Grande, Nossa senhora do Livramento, Santo Antônio do Leverger
	Médio Norte	Tangará da Serra
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop
Ortopedia e Traumatologia	Alto Tapajós	Alta Floresta, Carlinda
	Baixada Cuiabana	Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Poconé, Várzea Grande
	Baixo Araguaia	Confresa, São Félix

	Centro Norte	Arenópolis, Diamantino, Nobres
	Garças Araguaia	Barra do Garças, Nova Xavantina, Campinápolis
	Médio Norte	Barra do Bugres, Campo Novo, Nova Olímpia, Tangará da Serra
	Noroeste	Juína
	Norte	Colíder
	Oeste	Araputanga, Cáceres, Comodoro, Conquista d'Oeste, Indavaí, Nova Lacerda, Pontes e Lacerda, Mirassol D'Oeste
	Sul	Campo Verde, Dom Aquino, Jaciara, Primavera do Leste, Rondonópolis, Poxoréo
	Teles Pires	Feliz Natal, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Sinop, Sorriso, Vera
	Vale do Arinos	Juara
	Vale do Peixoto	Guarantã do Norte, Peixoto de Azevedo, Terra Nova do Norte
Otorrinolaringologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Médio Norte	Campo Novo do Parecis, Barra do Bugres
	Oeste	Cáceres
	Noroeste	Juína
	Médio Norte	Tangará da Serra
	Baixo Araguaia	Canabrava do Norte
	Centro Norte	Diamantino, Nortelândia
	Norte	Colider
	Sul	Jaciara, Primavera do Leste, Rondonópolis
	Teles Pires	Lucas do Rio Verde, Sorriso
	Vale do Arinos	Juara
Pneumologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Noroeste	Juína
	Sul	Campo Verde, Rondonópolis
Reumatologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Oeste	Cáceres
	Teles Pires	Sinop
Urologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Médio Norte	Barra do Bugres, Sapezal
	Oeste	Cáceres
	Sul	Primavera do Leste, Rondonópolis
	Médio Araguaia	Água Boa

	Norte	Colíder
	Teles Pires	Sinop, Sorriso, Nova Mutum
Hemoterapia	Alto tapajós	Alta Floresta
	Garças Araguaia	Barra do Garças, Nova Xavantina
	Oeste	Cáceres, Mirassol d'Oeste, Comodoro, Pontes e Lacerda, São José dos Quatro Marcos, Vila Bela da Santíssima Trindade
	Média Araguaia	Àgua Boa, Canarana
	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande, Poconé
	Sul	Rondonópolis, Jaciara, Primavera do Leste, Alto Araguaia, Campo Verde, Paranatinga, Poxoréo
	Teles Pires	Sorriso, Sinop, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum
	Norte	Colíder, Marcelândia
	Médio Norte	Barra do Bugres, Campo Novo dos Parecis, Tangará da Serra, Brasnorte
	Vale do Arinos	Juara
	Noroeste	Juína, Aripuana
	Baixo Araguaia	Porto Alegre do Norte, Confresa, São Félix do Araguaia, Vila Rica
	Centro Norte	Diamantino, Nobres, Nortelândia
	Vale do Peixoto	Guaranta do Norte, Peixoto de Azevedo, Terra Nova do Norte
Reabilitação	Alto Tapajós	Alta Floresta, Carlinda, Paranaíta, Ápicacas
	Garças Araguaia	Barra do Garças, Nova Xavantina, Campinápolis, Pontal do Araguaia, Torixóreo, Araguaiana, Ribeirãozinho, Ponte Branca
	Média Araguaia	Àgua Boa, Canarana, Cocalinho, Gaúcha do Norte, Querência, Ribeirão Cascalheira
	Norte	Colíder, Marcelândia, Nova Guarita, Itaúba, Nova Santa Helena
	Oeste	Cáceres, Mirassol d'Oeste, Comodoro, Pontes e Lacerda, São José dos Quatro Marcos, Vila Bela da Santíssima Trindade, Araputanga, Figueirópolis d'Oeste, Indaiá, Jauru, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, Vale do São Domingos, Campos de Júlio e Nova Lacerda
	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande, Poconé, Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Jangada, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Santo Antônio do Leverger, Planalto da Serra
	Sul	Rondonópolis, Jaciara, Primavera do Leste, Alto Araguaia, Campo Verde, Paranatinga, Poxoréo, Alto

		Garças, Alto Taquari, Dom Aquino, Guiratinga, Itiquira, Pedra Preta
	Teles Pires	Sorriso, Sinop, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Cláudia, Tapurah, Vera, Nova Ubiratan, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, União do Sul, Ipiranga do Norte
	Norte	Colíder, Marcelândia, Nova Guarita, Itaúba, Nova Santa Helena
	Médio Norte	Barra do Bugres, Campo Novo dos Parecis, Tangará da Serra, Santo Afonso, Sapezal, Nova Olímpia
	Vale do Arinos	Juara, Tabaporã, Porto dos Gaúchos
	Noroeste	Juína, Aripuana, Juruena, Cotriguaçu, Brasnorte, Colniza, Castanheira
	Baixo Araguaia	Porto Alegre do Norte, Confresa, São Félix do Araguaia, Vila Rica, Luciara, Canabrava do Norte, Santa Cruz do Xingu, São José do Xingu
	Centro Norte	Diamantino, Nobres, Nortelândia, Arenápolis, Rosário Oeste, São José do Rio Claro, Alto Paraguai, Nortelândia
	Vale do Peixoto	Guaranta do Norte, Peixoto de Azevedo, Terra Nova do Norte, Matupá
CAPS	Alto Tapajós	Alta Floresta
	Garças Araguaia	Barra do Garças, Nova Xavantina,
	Oeste	Cáceres, Pontes e Lacerda, São José dos Quatro Marcos
	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande, Poconé,
	Sul	Rondonópolis, Jaciara, Primavera do Leste, Campo Verde, Guiratinga
	Teles Pires	Sorriso, Sinop, Lucas do Rio Verde
	Norte	Colíder
	Médio Norte	Barra do Bugres, Tangará da Serra
	Vale do Arinos	Juara
	Noroeste	Juína
	Baixo Araguaia	Confresa, Vila Rica
	Centro Norte	Diamantino
	Vale do Peixoto	Guaranta do Norte, Peixoto de Azevedo
SAE (Serviço Especializada) Assistência	Alto Tapajós	Alta Floresta
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Oeste	Cáceres
	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop
	Médio Norte	Tangará da Serra

CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)	Vale do Arinos	Juara
	Baixo Araguaia	Confresa
	Alto Tapajós	Alta Floresta
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Oeste	Cáceres
	Média Araguaia	Água Boa
	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sorriso, Sinop
	Médio Norte	Tangará da Serra
	Vale do Arinos	Juara
	Noroeste	Juína
	Centro Norte	Diamantino

Fonte: SES\SAS\ICAORS * Dados até Maio de 2011.

Quadro 4: Distribuição dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico segundo microrregiões e municípios. Mato Grosso, 2011

Exames	Microrregião	Município
CITOSCOPIA	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Sul	Rondonópolis
COLANGIOPANCREATOGRÁFIA	Baixada Cuiabana	Várzea Grande
COLONOSCOPIA	Alto Tapajós	Alta Floresta
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande
	Sul	Primavera do Leste e Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop
MAMOGRAFIA	Médio Norte	Tangará da Serra
	Norte	Colíder
	Oeste	Cáceres
	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Sul	Primavera do Leste e Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop e Sorriso
RETOSSIGMÓIDOSCOPIA	Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop
	Norte	Colíder
	Teles Pires	Sorriso
	Médio Norte	Tangará da Serra
ENDOSCOPIA	Médio Norte	Barra do Bugres

	Alto tapajós	Alta Floresta
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Oeste	Cáceres
	Média Araguaia	Querência
	Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande
	Sul	Primavera do Leste e Rondonópolis
	Teles Pires	Lucas do Rio Verde, Sinop e Sorriso
LABORATÓRIO DE CITOPATOLOGIA	Garças Araguaia	Barra do Garças, Nova Xavantina
	Oeste	Comodoro, Cáceres
	Média Araguaia	Água Boa
	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Sul	Rondonópolis, Primavera do Leste, Jaciara
	Teles Pires	Sinop, Lucas do Rio Verde
	Médio Norte	Tangará da Serra, Nova Olímpia
	Noroeste	Juína
	Baixada Cuiabana	Cuiabá
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA	Teles Pires	Sinop
	Sul	Rondonópolis
	Médio Norte	Tangará da Serra

Fonte: SES\SAS\CAORS * Dados até Maio de 2011.

1.7.2.1 ATENÇÃO HOSPITALAR ESPECIALIZADA

A assistência hospitalar especializada é realizada pelos Hospitais Regionais, Municipais, Filantrópicos e de forma complementar pelos hospitais privados.

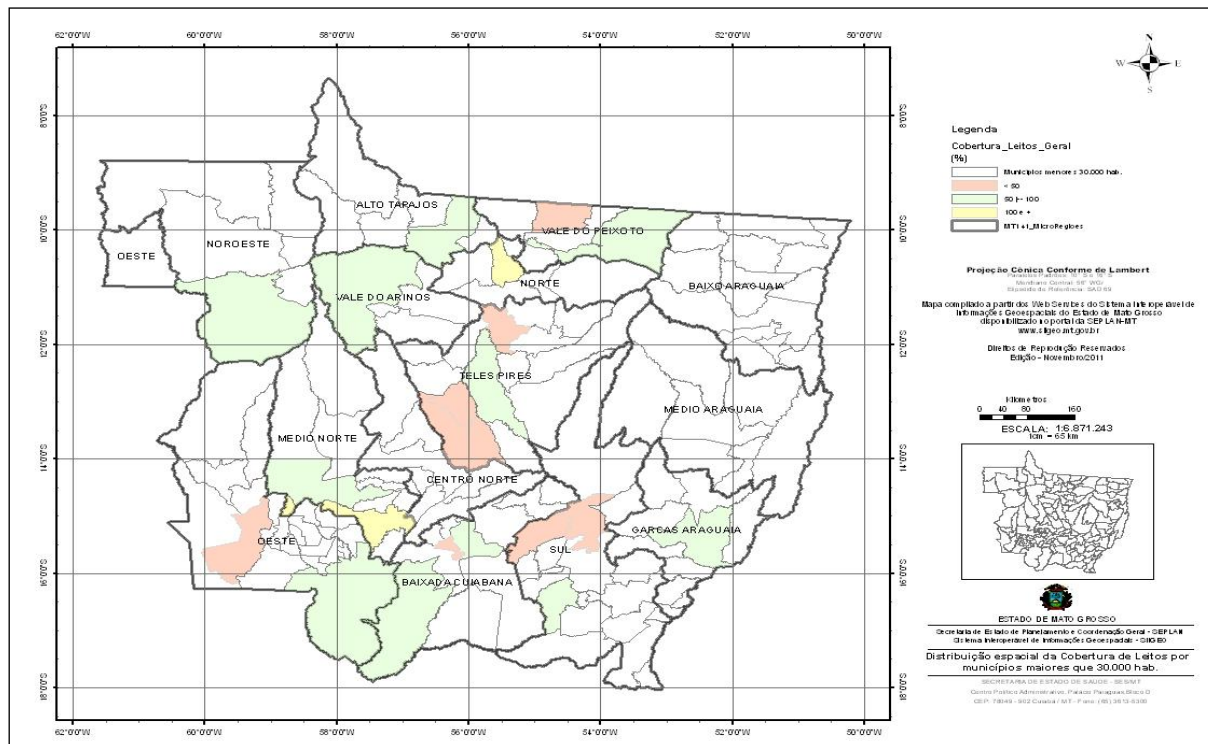
A população do Estado de Mato Grosso é de 3.035.122 habitantes (PPI/SOMASUS/IBGE/TCU/2010), e a população assentada é de 139.940 habitantes (Estimativa /2010), totalizando 3.175.062 habitantes (PPI/SOMASUS/IBGE/TCU/2010).

O parâmetro de necessidade de leitos hospitalares utilizado é de 2,74 leitos/1000 habitantes conforme o preconizado pela OMS- Organização Mundial de Saúde excluindo o quantitativo da população com cobertura de planos de saúde que corresponde a 11,4% (ANS/2010) da população total.

O número de leitos existentes no Estado de Mato Grosso é de 7.210, destes, 5.208 leitos estão disponíveis para o SUS, sendo 2.522 em hospitais conveniados e 2.686 em hospitais públicos. Neste sentido tem-se um déficit de 2.727 leitos hospitalares e 534 leitos de UTI. Na Figura 51, observa-se que apenas 2 municípios (Barra de Bugre e Colider) apresentaram cobertura superior ou igual a 100,0% de

leitos no geral, vale ressaltar que o município de Lucas de Rio verde foi que teve a menor cobertura (22,6%).

Figura 49: Distribuição de leitos segundo municípios com população acima de 30 mil habitantes. Mato Grosso, 2011.



Fonte: SES/SA/ICAORS

O Estado conta com 4 Hospitais Regionais Estaduais e 2 Hospitais Universitários, sendo 1 Federal e 1 Filantrópico, onde predominam quatro grandes clínicas (médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica). Dentro do conjunto de hospitais, encontramos perfis de atendimento que vão desde o secundário geral até o terciário mais especializado.

Em relação à oferta de leitos gerais, em algumas microrregiões o total de leitos contratados pelo SUS é de mais de 70,0% em Hospitais Públicos (municipais e estaduais), como: Garças Araguaia (73,0%), Baixo Araguaia (76,0%), Vale do Peixoto (82,0%), Norte (70,0%), Alto Tapajós (77,0%) e Vale do Arinos (78,0%).

A participação da saúde suplementar no Estado ocorre nas áreas de maior desenvolvimento econômico, onde a oferta de serviços especializados de referência está concentrada em Hospitais Filantrópicos ou Privados.

A Organização da Rede de Assistência de Alta Complexidade tem concentrado seus serviços nos maiores centros em virtude do maior aporte de recursos tecnológicos e humanos. E em Mato Grosso

essa concentração também se confirma, considerando as características geográficas do Estado, as grandes distâncias entre municípios e as precárias vias de acesso.

A capital Cuiabá caracteriza-se como Pólo de Referência, onde se concentra a maior densidade de serviços de Média e Alta Complexidade (Quadro 05), devido à maior disponibilidade de recursos humanos especializados, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) de alta complexidade (Quadro 06), leitos hospitalares e maior densidade populacional

Quadro 5: Distribuição dos serviços de alta complexidade segundo município e microrregião. Mato Grosso, 2011

Serviço	Microrregião	Município
Cardiologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá
Neurologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá
Traumato-ortopedia	Baixada Cuiabana	Cuiabá
Oncologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop
Oftamologia	Baixada Cuiabana	Cuiabá – em processo de credenciamento
Terapia Renal Substitutiva	Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop
	Oeste	Cáceres
	Centro Norte	Tangará da Serra
Nutrição Enteral e Parenteral	Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande
Gestante de Alto Risco	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop
	Oeste	Cáceres
Obsidade	Baixada Cuiabana	Cuiabá
UTI Adulto	Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sinop e Sorriso
	Oeste	Cáceres
	Garças Araguaia	Barra dos Garças
	Centro Norte	Tangará da Serra

	Vale dos Arinos	Juara
	Norte	Colíder
UTI Neonatal	Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande
	Sul	Rondonópolis
	Teles Pires	Sorriso
	Centro Norte	Tangará da Serra
	Oeste	Cáceres
	Norte	Colíder
UTI Pediátrico	Baixada Cuiabana	Cuiabá e Várzea Grande
	Centro Norte	Tangará da Serra

Fonte: SES\SASICAORS * Dados até Maio de 2011

Quadro 6: Distribuição dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico de alta complexidade segundo município e microrregião. Mato Grosso, 2011.

Exames	Microrregião	Município
Cintilografia	Baixada Cuiabana	Cuiabá
Tomografia	Baixada Cuiabana	Cuiabá, Várzea Grande
	Sul	Rondonópolis
	Oeste	Cáceres
	Garças Araguaia	Barra do Garças
	Norte	Colíder
	Teles Pires	Sorriso
	Médio Norte	Tangará
Ressonância Magnética	Baixada Cuiabana	Cuiabá
	Centro Norte	Tangará da Serra

Fonte: SES\SASICAORS * Dados até Maio de 2011

1.7.2.2 CENTRO ESTADUAL DE ODONTOLOGIA PARA PACIENTES ESPECIAIS

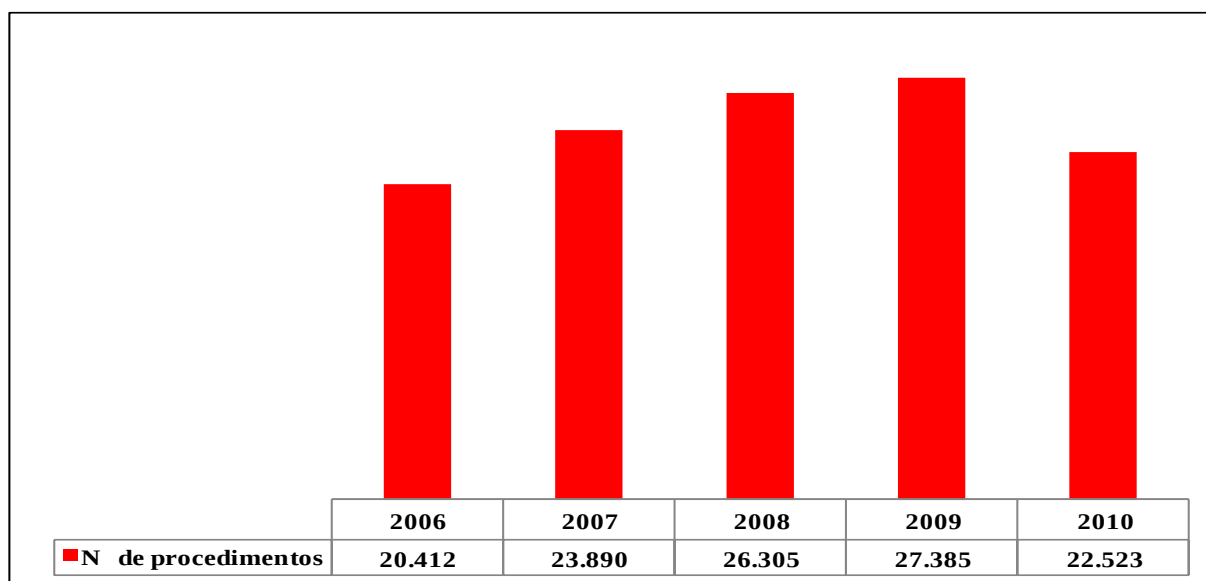
A criação do Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE) em 2005 configurou a participação com maior intensidade da esfera estadual na atenção odontológica em nível secundário, tornando-se a partir de então uma referência de qualidade no atendimento ambulatorial e cirúrgico às pessoas com necessidades especiais. É uma unidade de saúde desconcentrada e com atendimento especializado, pertencente à estrutura da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Com o CEOPE houve uma expansão do nível de assistência prestada, a escuta qualificada, a clínica ampliada por meio do atendimento multiprofissional e integral prestado pelo Centro, possibilitou o conhecimento da demanda reprimida, transcendendo o público alvo. Aliado a este fator, deparou-se com a inexistência de procedimentos odontológicos no ambiente hospitalar na tabela SIH/SUS.

Para atender a demanda de alta complexidade odontológica no estado, foi implantada a assistência odontológica sob sedação em centro cirúrgico da própria unidade, a qual atua como referência para os 141 municípios do estado de MT e de outros estados. Mesmo com este serviço implantado, há uma demanda reprimida devido a organização da rede para referência e contra referência.

No período de 2006 a 2010, houve crescimento no número de procedimentos ofertados. O declínio observado no número de procedimentos no ano de 2010, provavelmente está associado às grandes dificuldades de aquisição de insumos, manutenção de equipamentos odontológicos, queima de compressores, sub-registro dos procedimentos, entre outros problemas ocorridos naquele ano (Figura 50).

Figura 50: Número de procedimentos odontológicos realizados pelo CEOPE, Mato Grosso, 2006 a 2010



Fonte: SES\SIAS\COATBA

Considera-se importante a estruturação de uma rede de atenção integral em saúde bucal, prevendo a atenção hospitalar, com fluxo estabelecido de regulação da atenção primária à alta complexidade, para melhor atender a população e evitar notificações judiciais e liminares para prestação deste serviço pela SES/MT.

1.7.2.3 SERVIÇOS DE TRANSPLANTES

Os serviços de transplantes de órgãos no Brasil vêm sendo ampliado ao longo da última década em nosso país. Em Mato Grosso, as atividades de transplantes tiveram início em 1999, com o credenciamento de 02 (duas) equipes e dois estabelecimentos para retirada e transplantes de rins e córneas. Até 2004 foram realizados 154 transplantes renais, reduzindo apenas em decorrência de desc credenciamento de estabelecimento. Já, os serviços de transplantes de córnea, totalizaram 951 cirurgias de 1999 a novembro de 2011.

No ano de 2008, foi feita uma reestruturação dos serviços de transplantes no estado acompanhado pelo Neptex em relação aos credenciamentos de novos serviços essenciais: laboratório de histocompatibilidade, Banco de Olhos, criação do SVO, além da parceria com o Instituto Médico Legal na agilização e liberação do corpo do doador, etc.. Esses serviços trouxeram agilidade e qualidade para todo o processo.

Com a reestruturação dos serviços houve aumento das doações de córneas de doadores falecidos e passaram a não utilizar os tecidos importados advindos dos Estados Unidos, onde o paciente pagava pela importação e procedimento.

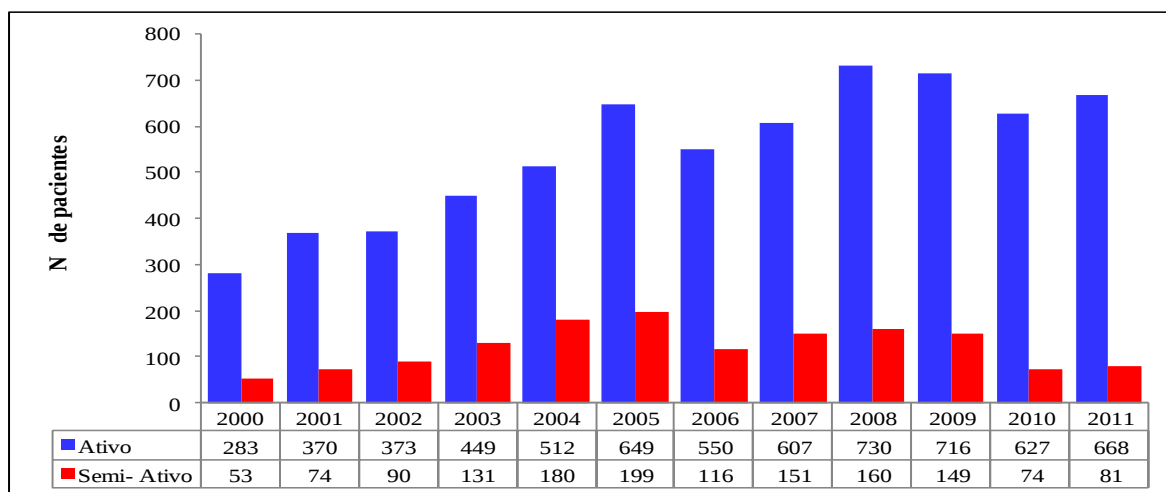
Em 2011, foi aprovado em CIB a estadualização de todos os procedimentos inerentes aos transplantes, considerando a necessidade de otimizar todo o processo e os pagamentos aos prestadores de serviço. Outro avanço foi o novo sistema SIG Web on line, viabilizado pelo Sistema Nacional de Transplantes / MS que permite maior praticidade e acesso aos profissionais e usuários envolvidos nas atividades de transplantes.

De 2004 a 2009 também foram realizados transplantes como: enxerto ósseo e medula óssea, nele incluídos o de rins. Contudo esses serviços foram desc credenciados por falta do alvará sanitário e equipes especializadas, o que resultou nos encaminhamentos desses pacientes a centros transplantadores de referência via Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

Porém, esse serviço vem impactando financeiramente o estado, uma vez que o transplantado necessita retornar periodicamente para acompanhamento pós-transplante.

O número de pacientes ativos e semi-ativos para realizar o transplante renal, ou seja, a lista de espera vem crescendo consideravelmente ao longo de 10 anos (Figura 52).

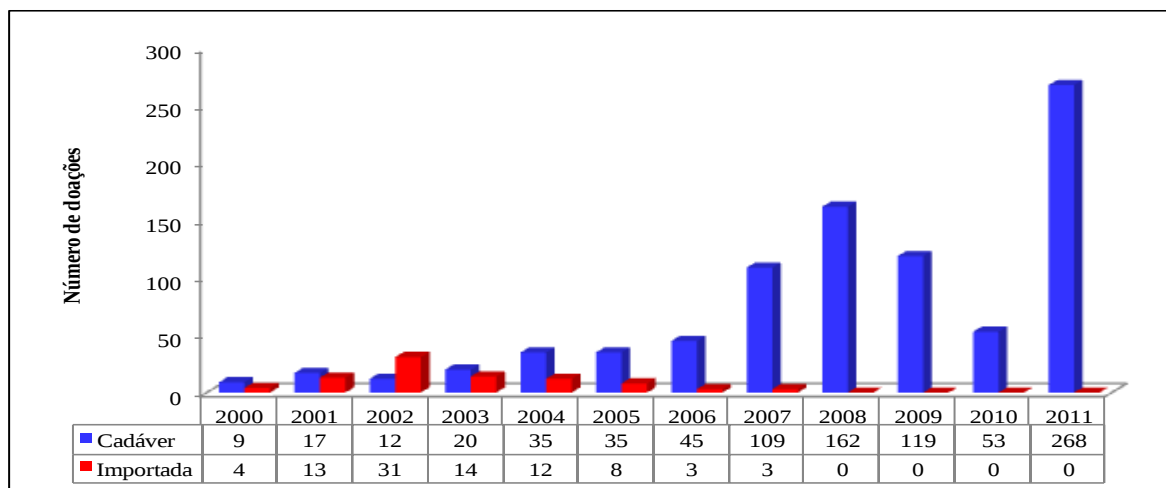
Figura 51: Número de pacientes ativos e semi-ativos para realizar o transplante renal. Mato Grosso, 2000 a 2011.



Fonte: SES\SURCA\CONTRAN

A realização do transplante de córnea se destacou no cenário nacional, conforme o registro brasileiro de transplantes, o Mato Grosso ocupa o 10º lugar por números absolutos e 7º lugar por milhão de habitantes. A maioria das córneas transplantadas foram advindas de cadáver ao longo do período de 2000 a 2011, somente no ano de 2002 as córneas importadas sobressaíram (Figura 53).

Figura 52: Número de doações de córneas transplantadas por cadáver e importada. Mato Grosso, 2000 a 2011.

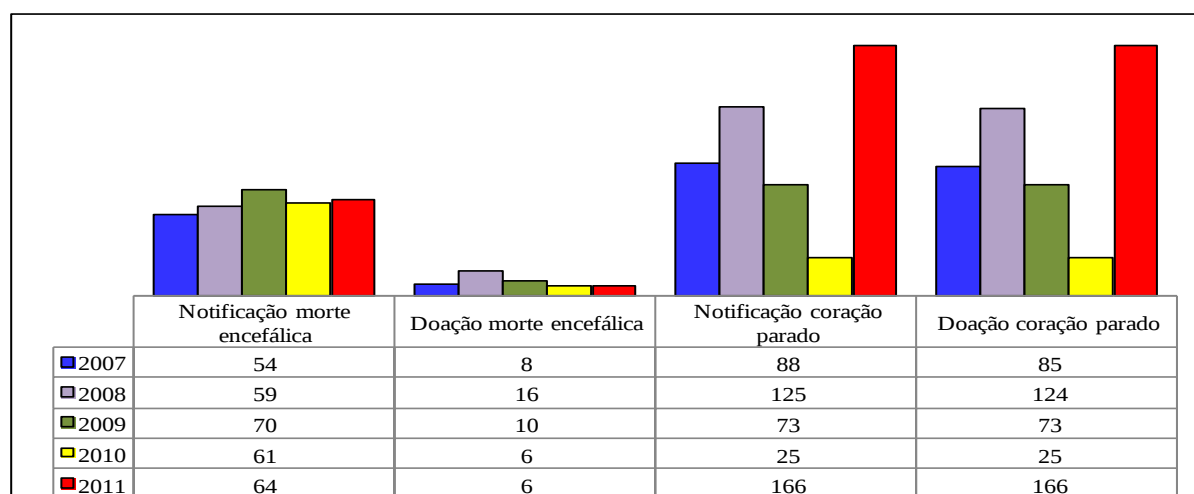


Fonte: SES\SURCA\CONTRAN

As captações de múltiplos órgãos estão sendo realizadas, independente da realização dos transplantes. Os órgãos captados são disponibilizados para a CNT (Central Nacional de Transplantes) que viabiliza toda a logística das equipes e a alocação dos órgãos doados aos outros estados.

No período de 2007 a 2011 foram recebidas 301 notificações e concretizadas 46 doações de Morte Encefálica, 432 notificação de coração parado e 428 doações concretizadas (Figura 54).

Figura 53: Número de notificações e doações segundo morte encefálica e coração parado. Mato Grosso, 2007 a 2011.



Fonte: SESISURCA\CONTRAN

No interior do estado, três unidades hospitalares atendem os critérios mínimos da legislação vigente para abertura e fechamento do protocolo de Morte Encefálica, realização de sorologias e entrevista familiar dos possíveis doadores são os seguintes: Cáceres, Rondonópolis e Sorriso. Estes serviços vem sendo amplamente divulgados à sociedade por meio de parcerias que desencadeiam campanhas de divulgação que envolve entre outros, o Tribunal de Contas, o Ganha Tempo, a UFMT, a UNIVAG, a UNIC, o Hemocentro.

Para qualificação das equipes que atuam nestes serviços, em 2007 foi criado o “Núcleo de Educação Permanente em Transplantes” NEPTX, com objetivo de atender a Portaria Ministerial 1262/2006 de capacitação permanente em transplantes junto às unidades hospitalares. Com a criação do núcleo iniciou-se uma contínua promoção de atividades de capacitação aos profissionais de saúde atuantes nos hospitais da capital e interior, para divulgação, sensibilização, além de estimular projetos de pesquisa com acadêmicos das universidades, cursos, workshops, treinamentos, palestras nos diversos segmentos da sociedade como órgãos públicos, universidades, igrejas, escolas de ensino médio e fundamental, praças públicas, shopping, supermercados, feiras livres, visando disseminar e informar a sociedade sobre a necessidade e importância da Doação de Órgãos e Tecidos para transplantes para inúmeras pessoas que dependem deste ato.

No período 2007 a 2011, foram qualificados-capacitados 580 profissionais de saúde para atuarem nos hospitais da capital / interior. Além do mais foram realizadas sensibilização e orientação da população em geral, palestras educativas, entrevistas escritas e ao vivo, supervisões, auditoria e supervisão medica em 3.000 procedimentos de transplantes.

Os profissionais dos hospitais da capital e das regionais no interior receberam capacitação para o processo doação/transplantes, bem como os membros das Comissões Intra Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, perfazendo um total de 18 estabelecimentos.

1.7.2.4 SERVIÇOS URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Em relação à Urgência e Emergência vale destacar o anexo da Portaria GM/MS nº 2.048 que aprova o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, reafirmando o quadro que configura a realidade nacional e neste sentido reafirma-se a veracidade que nos últimos anos tem havido crescente demanda na área de Urgência e Emergência, devido aos significativos números de acidentes por violência urbana, sem contar a insuficiente estruturação da rede assistencial.

Estas causas realmente têm impacto sobre o SUS principalmente pelo aumento dos gastos com internação hospitalar, assistência em UTI e alta taxa de permanência hospitalar.

A assistência às Urgências ainda se dá nos tradicionais “Prontos-Socorros” que acolhem tantos pacientes com quadros percebidos como urgências, como aqueles desassistidos pela atenção primária e secundária.

A desorganização desta demanda compromete a qualidade do atendimento, até porque em muitas situações não há elucidação diagnóstica, e ainda faltam equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências.

Observa-se que na maioria das vezes, as unidades de “Pronto Atendimento” realizem o atendimento, para usuários não satisfeitos com a Atenção Primária, os serviços oferecidos são de baixa qualidade, pouca resolutividade que culmina nos “retornos”, originando produção significativa de “consultas de urgência”.

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento permite a organização da assistência, a definição de fluxos de referências, além de prover à universalidade, a equidade e a integralidade na atenção prestada.

A estruturação dos sistemas estaduais de Urgência e Emergência deve ocorrer para envolver toda rede assistencial compreendendo desde a atenção básica e ambulatorios especializados, perpassando pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel até a rede hospitalar de alta complexidade, respeitando limites e capacidades de atendimento.

Conforme o PDR – Plano Diretor de Regionalização, os serviços de Urgência e Emergência definidos para referência hospitalar estão nos municípios de Cuiabá, Várzea Grande, Sorriso, Colíder, Barra do

Garças, Rondonópolis, Alta Floresta, Peixoto de Azevedo, Cáceres, Água Boa, Confresa, Barra do Bugres, Juína e Juara.

O SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) faz parte da política nacional de urgência e emergência, sendo instituído pela Portaria n.º 2048/GM em 5 de novembro de 2002, sendo seu foco de ação o atendimento pré-hospitalar móvel na área de urgência e consiste em prestar atendimento em tempo hábil à vítima, em situações em que um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas) possa desencadear sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário portanto, prestar atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Em Mato Grosso, a implantação do componente móvel de urgência do serviço do SAMU teve início em agosto de 2007, tendo como finalidade a prestação de socorro à população em casos de emergência, objetivando a redução do número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce.

O serviço de assistência atualmente é composto por bases fixas e contam com ambulâncias avançadas e ambulâncias básicas. As básicas são compostas pela tripulação de um condutor socorrista e dois auxiliares de enfermagem, ou um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro. Já as avançadas são compostas de um condutor socorrista, um enfermeiro e um médico.

Em 2009, o Estado apresentava 13 unidades com uma cobertura populacional de 30,0% da população de acordo com a Portaria nº 1864/GM de 29 de setembro de 2003, no ano de 2010 a cobertura passou para 65,0% e as unidades para 40, com aumento de 116,7% e 207,7% respectivamente. As macrorregiões com 100,0% de cobertura foram: Baixada Cuiabana (11 municípios), Sul Mato-Grossense (Rondonópolis-19 municípios), Tangará da Serra (10 municípios), Juína (7 municípios), Juara (4 municípios) e Barra do Garças (10 municípios). Vale ressaltar que o atendimento do Serviço Móvel de Urgência SAMU 192 saltou de um total de 13 Municípios em 2009 para um total 67 em 2010 com aumento de 415,4%.

Atualmente a baixada cuiabana tem duas unidades avançadas e três básicas em Cuiabá, uma unidade avançada e duas básicas em Várzea Grande e uma unidade básica em Chapada dos Guimarães e outra em Poconé, num total de 10 unidades. Contamos, ainda com duas motolâncias, que otimizam o atendimento (ambas em Cuiabá). As estatísticas de atendimento do ano de 2010 foram:

➤	Ligações Recebidas:	59.168 ligações
➤	Orientações Telefônicas (médico regulador):	28.406 orientações
➤	Total de Ocorrências (atendimentos)	19.400 atendimentos

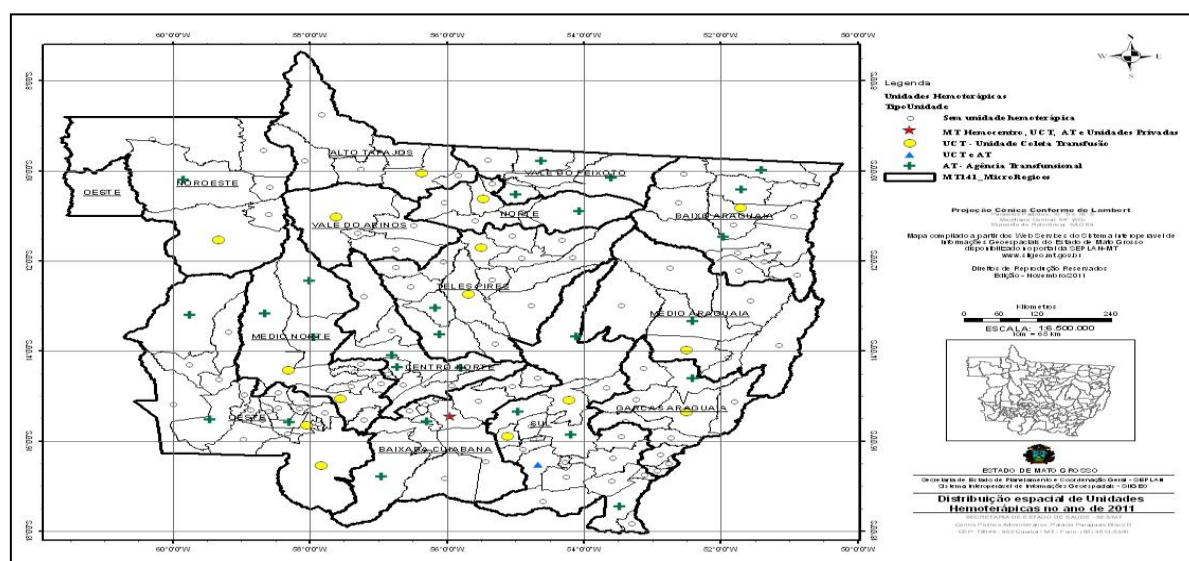
O Plano Estadual de Urgência e Emergência, pactuado em CIB e em fase de implementação (prevê o SAMU 100,0% no Estado de Mato Grosso com uma quantidade de 100(cem) ambulâncias do SAMU 192, 12 (doze) UPAS e 96 (noventa e seis) Salas de Estabilização). Com essas ações, o SAMU busca corrigir uma das maiores queixas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a lentidão no momento do atendimento. Um dos desafios é a implantação de um sistema de informação adequado para as necessidades do órgão, principalmente para geração das estatísticas, que atualmente é feito pelo processo manual.

1.7.2.5 HEMORREDE PÚBLICA

A coordenação, implementação e implantação da Política Estadual do Sangue no Estado de Mato Grosso bem, como a sua interiorização esta na responsabilidade do Hemocentro. Ele também é responsável pela Política de Expansão da Hemorrede, captação de doadores, coleta, processamento e fracionamento do sangue e pelo fornecimento de sangue aos municípios com suas agências transfusionais implantadas e a todos aqueles que venham necessitar de hemocomponentes.

Os serviços de Hemoterapia dependem da credibilidade advinda da população atendida, uma vez que ela é muito importante, pois, da sua participação, depende a doação estritamente voluntária de sangue. A Hemorrede do Estado, atualmente é composta por 18 Unidades de Coletas e Transfusões e 32 agências Transfusionais (Figura 55).

Figura 54: Distribuição Geográfica das Unidades Hemoterápicas Públicas por Microrregião de Saúde. Mato Grosso, 2010



Fonte: SES/HEMOCENTRO

A cobertura hemoterápica do Estado de Mato Grosso é realizada majoritariamente pela Hemorrede Pública (70,9%) e complementado pela privada 29,1%. Os serviços privados estão presentes apenas nos municípios de Cuiabá, Cáceres e em Rondonópolis.

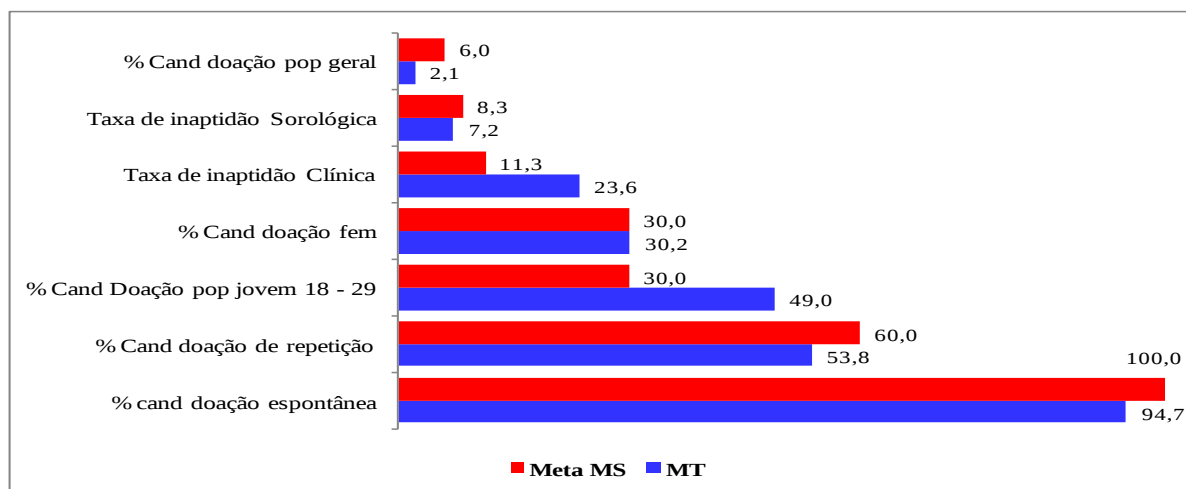
No interior, a cobertura, tanto dos leitos SUS quanto dos privados é realizado em sua totalidade pela Hemorrede pública, exceto Santa Casa de Rondonópolis e Hospital São Luiz em Cáceres.

Na microrregião Sul, do total de 816 leitos SUS e Não SUS existentes, 81,5% são cobertos pela hemorrede Pública e 18,5% pelo serviço privado que está presente no Hospital Santa Casa, no município de Rondonópolis. Em relação a Microrregião Baixada Cuiabana, dos leitos SUS e Não SUS existentes, 41,50% são cobertos pela Hemorrede Publica e 58,50% são cobertos pelos serviços privados .

Na Figura 56 percebe-se que o percentual de candidatos à doação de sangue do sexo feminino no Estado (30,2%) supera a meta estipulada pelo Ministério da Saúde – MS (30,0%). Em relação aos candidatos à doação de sangue de repetição, Mato Grosso praticamente atingiu a meta estipulada pelo Ministério da Saúde, ficando apenas a 1,2% de percentagem para contemplar a meta do MS. A estratégia utilizada é o trabalho de fidelização de doadores voluntários de sangue com palestras, distribuição de materiais gráficos educativos, redes sociais na internet, meios de comunicação e campanhas sensibilizadoras.

Em relação ao percentual de jovens doadores, Mato Grosso supera a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde (30,0%) já na população geral, foge da meta estabelecida que é de 5,0%, mas apresenta dentro da média de percentual nacional. No que se refere à taxa de inaptidão sorológica, Mato Grosso apresenta um índice bastante satisfatório uma vez estar abaixo da meta do Ministério da Saúde.

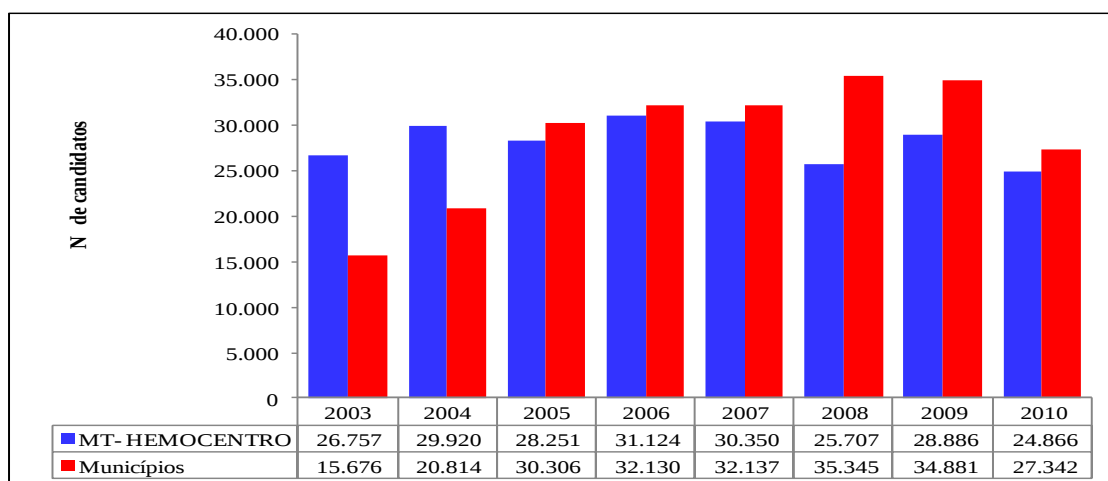
Figura 55: Indicadores hemoterápicos. Mato Grosso, 2010.



Fonte: Fonte: SES\ HEMORREDE

Em relação a bolsa de sangue coletada no MT-Hemocentro e nos municípios fica evidenciado e constatado no gráfico abaixo o crescimento dos candidatos a doação de sangue nas Unidade Hemoterapicas do Interior do Estado (Figura 57) , isso demonstra o sucesso das ações desenvolvidas para garantir o Programa de Descentralização do Governo.

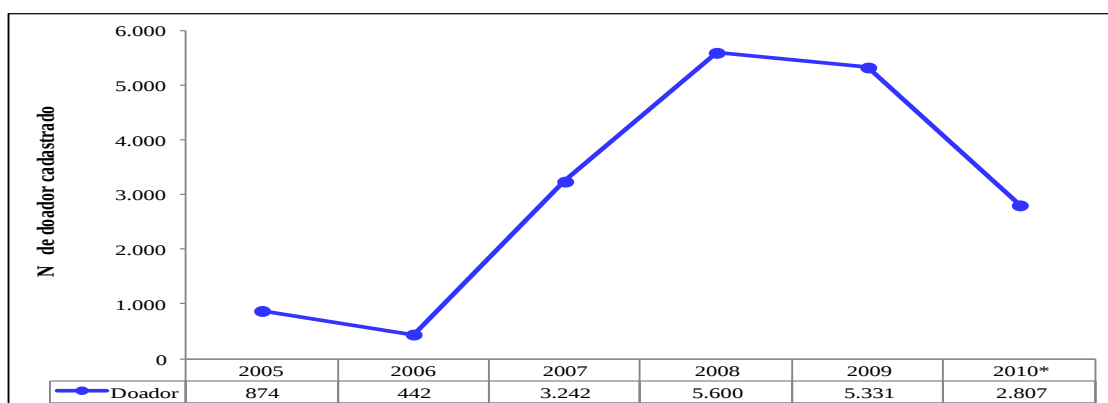
Figura 56: Números de Candidatos a doação de sangue. Mato grosso, 2003 a 2010



Fonte: SES\HEMORREDE

Em fevereiro de 2005, o MT-Hemocentro tornou-se referência para o Estado de Mato Grosso no sistema REDOME (Registro Brasileiro de Doadores Voluntario de Medula Óssea), tendo a responsabilidade de cadastrar e coletar amostras de sangue de candidatos à doação de medula óssea com objetivo de ampliar as chances de pacientes cadastrados no REREME (Registro de Receptores de Medula Óssea), Na Figura 58, os anos de 2008 e 2009 apresentaram a maior quantidade de pacientes cadastrados, vale ressaltar que o banco de 2010 ainda apresenta dados preliminares.

Figura 57: Número de pacientes cadastrado como doador de medula óssea. Mato Grosso, 2005 a 2010*



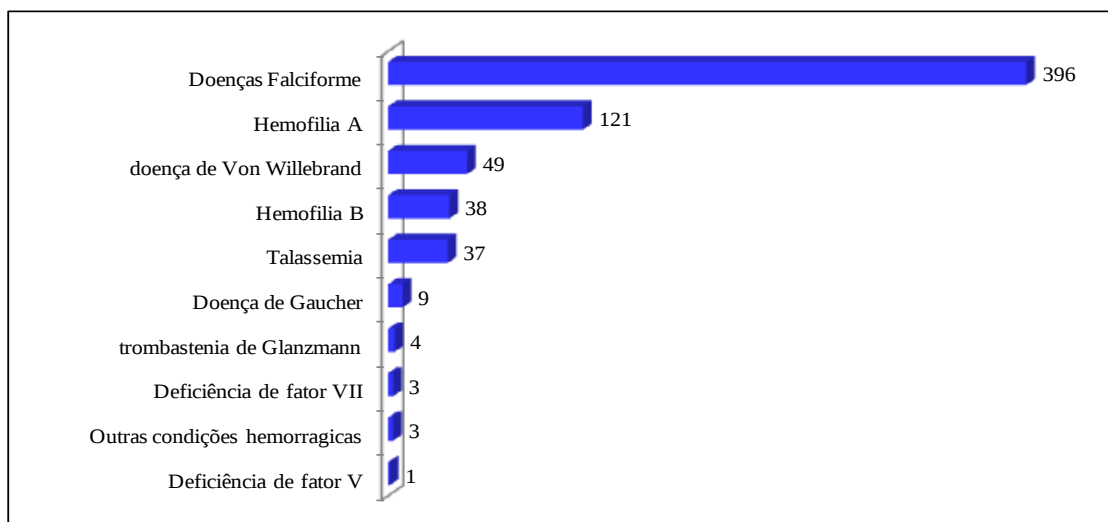
Fonte: SES\HEMORREDE

Fonte:

Na área de Hematologia o Hemocentro é responsável pelo atendimento ambulatorial hematológico em todo o Estado de Mato Grosso, englobando análises bioquímicas, imunohematológicas, sorológicas e de coagulação para diagnósticos e acompanhamento de portadores de Hemoglobinopatias, Coagulopatias, Polioglobulias, Doenças de Gaucher e outras Doenças Hematológicas.

Na Figura 59, observa-se que os pacientes portadores com doenças falciforme são os mais frequentes, seguidos de pacientes com hemofilia a que representaram 59,9% e 18,3% respectivamente.

Figura 58: Números de pacientes portadores de algum tipo de doenças crônicas e genéticas cadastrados e acompanhados pelo HEMOCENTRO. Mato Grosso, 2010

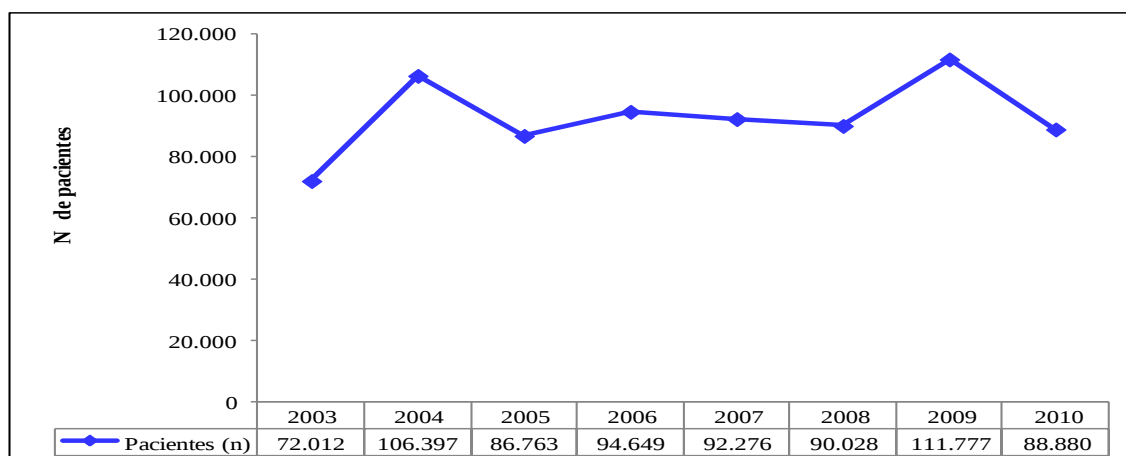


Fonte:

Fonte: SES/HEMORREDE

Em relação ao números de atendimentos de consultas ambulatoriais o anos de 2009 foi que houve o maior quantidade realizada seguido de 2004, quando comparamos o ano de 2010 em relação ao ano de 2009 observamos uma redução de aproximadamente 20,5% (Figura 60)

Figura 59: Números de consultas e atendimentos ambulatoriais no HEMOCENTRO. Mato Grosso, 2003 a 2010



Fonte: SES/HEMORREDE

1.7.2.6 REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A política de regulação da Atenção à Saúde foi criada para dar condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real / demanda artificial, considerando a oferta potencial e a existente. Em síntese, devem regular de maneira mais efetiva a oferta e a demanda por serviços de Saúde.

Os complexos reguladores foram implementados de acordo com a regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, essa abrangência e respectiva gestão são pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS.

Todos os municípios se organizam com regulação de acesso dentro das diretrizes da regulação da atenção à saúde, mas nem todos contarão com complexos reguladores. Porém, todos os municípios organizam uma atenção básica resolutiva que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território. Nessa situação, o município desempenhará o papel de autorizador e de uma unidade solicitante dentro de um complexo regulador, localizado em seu município de referência.

A implementação dos Complexos Reguladores nas Centrais Municipais e Regionais do Estado de Mato Grosso, foi elaborado por meio do projeto em setembro de 2006, aprovado pela CIB Estadual SES/MT. Em 2007, iniciou a implantação de 05 complexos de regulatórios (Rondonópolis, Cáceres, Sinop, Cuiabá e Barra do Garças) através da *Portaria GM nº. 3.179 de 12/12/2007*. Com isso a estratégia de regular a oferta e a demanda em saúde pelos Complexos Reguladores, que consiste numa organização do conjunto de ações da Regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada. Os Complexos Reguladores permitem, aos gestores, articular e integrar dispositivos como Centrais de Internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, assim como outras funções da gestão como programação e regionalização. A implantação de centrais de internação, consultas, exames e terapias, para gerenciar os leitos disponíveis e a agenda de consultas especializadas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias – SADTs demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários.

A regulação das consultas e exames de especializados, cirurgias e internações são reguladas pela Central de Regulação de Cuiabá, porém este fluxo ainda não está bem definido, pois existem inúmeras

dificuldades no processo de implantação do Sistema de Informação de Regulação (SISREG). Uma vez que, o município de Cuiabá, o qual é referência para regulação, que centraliza as informações. Um grande desafio para regulação é a organização do fluxo para atendimentos, com a utilização do SISREG ou qualquer outro sistema que interopere com este, para melhor controle do acesso, bem como suprir uma demanda reprimida por falta de especialista, equipamentos e insumos.

1.7.2.7 TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD)

Nos últimos anos, percebe-se um aumento da demanda de usuários que necessitam Tratamento Fora do Domicílio (TFD), de 1.696 encaminhamentos em 2007, para 2.083 em 2010, significando um aumento aproximado de 30,0%; a especialidade onde houve maior impacto neste sentido, foi a nefrologia (165,9%) no período de 2007 a 2010 (Quadro 7).

Quadro 7: Números de paciente encaminhados para tratamento de Saúde fora do estado. Mato Grosso, 2007 a 2010

Especialidades	Anos			
	2007	2008	2009	2010
Multidisciplinar	75	319	537	475
Neurologia	321	278	244	247
Oftalmologia	91	134	114	146
Cardiologia	190	108	143	153
Oncologia	138	140	140	124
Ortopedia	206	216	170	162
Otorrino	383	266	190	207
Nefrologia	85	278	137	226
Outras	207	253	204	343
Total	1.696	1.992	1.879	2.083

Fonte: SES/TFDS

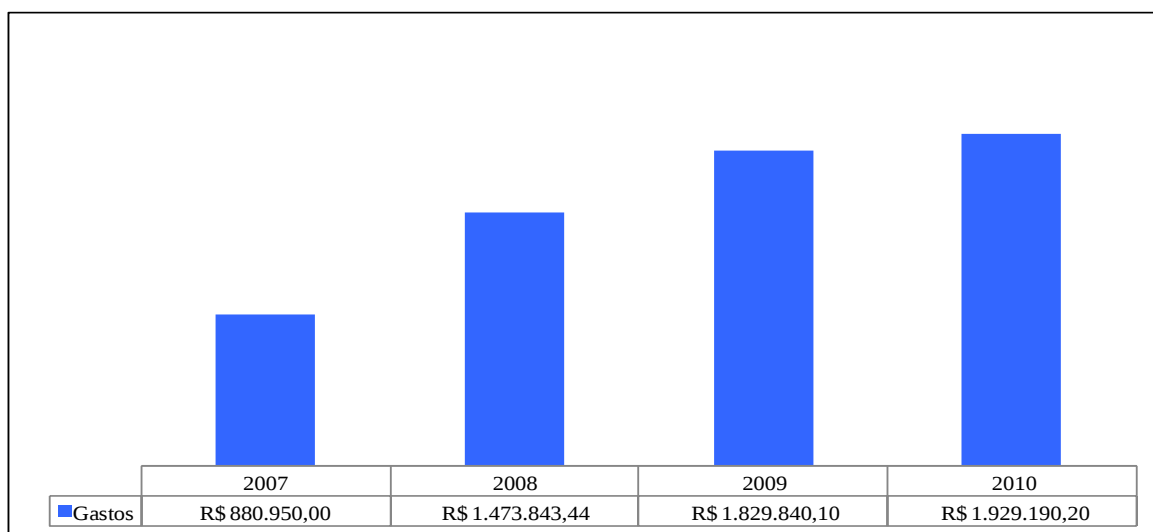
O procedimento de maior custo nesta especialidade é com o transplante renal. Na cardiologia, o procedimento mais demandado e de grande complexidade, é a cirurgia cardíaca pediátrica, tanto o transplante quanto a cirurgia cardíaca pediátrica são cobertos pelo CNRAC- Central Nacional de Alta Complexidade, no entanto, não existe atendimento de urgência e emergência, devendo haver pactuação para esses casos entre as Unidades Federativas.

A maioria dos casos na área de neurologia são de epilepsia refrataria, apesar de em Mato Grosso realizar alguns tratamentos cirúrgicos para epilepsia, não realiza a investigação diagnóstica com videoeletroencefalo e mapeamento com eletrodos esfenoidais que constituem a maioria dos pedidos e são autorizados pela CNRAC.

Muito embora o Estado tenha que ainda buscar pactuações interfederativas para alguns serviços, estes concentrados em procedimentos de maior complexidade, no Quadro 7, visualizamos um descréscimo de encaminhamentos em muitas especialidades, dado a ampliação de serviços oferecidos no Estado, e em determinadas situações, mesmo tendo o serviço sendo oferecido, dado a urgência do caso, os pacientes entram com processos judiciais para o TFD, onerando os custos significativamente.

Os gastos com ajuda de custo, tiveram um aumento quase de 119,0% nos últimos 4 anos (Figura 61), quanto ao gasto com passagem o aumento foi de 262,8%, onde a especialidade que maior contribuiu para este resultado, também foi a nefrologia, onde o montante em 2008 foi de R\$ 503.144,58 e em 2010, este valor chegou a R\$ 1.439.096,90.

Figura 60: Gasto com ajuda de custo para o tratamento fora do estado. Mato Grosso, 2007 a 2010



Fonte: SES\SURCA\COREG

Quadro 8: Total de gastos com passagem (paciente + acompanhante). Mato Grosso, 2008 a 2010

Especialidades	2008	2009	2010	total
Cardiologia	R\$ 244.902,27	R\$ 296.621,58	R\$ 265.468,28	R\$ 806.992,13
Multidisciplinar	R\$ 401.104,14	R\$ 759.798,74	R\$ 835.359,18	R\$ 1.996.262,06
Nefrologia	R\$ 503.144,58	R\$ 854.919,01	R\$ 1.439.096,90	R\$ 2.797.160,49
Neurologia	R\$ 645.030,83	R\$ 641.498,56	R\$ 528.607,44	R\$ 1.815.136,83
Oftalmologia	R\$ 178.233,16	R\$ 185.778,19	R\$ 241.378,95	R\$ 605.390,30
Oncologia	R\$ 343.774,85	R\$ 458.491,13	R\$ 352.756,02	R\$ 1.155.022,00
Ortopedia	R\$ 339.807,82	R\$ 306.750,63	R\$ 261.109,68	R\$ 907.668,13
Otorrino	R\$ 315.254,62	R\$ 299.258,37	R\$ 310.862,16	R\$ 925.375,15
Outras	R\$ 1.317.112,49	R\$ 1.599.069,53	R\$ 1.631.799,30	R\$ 4.547.981,32
Total	R\$ 4.288.364,76	R\$ 5.402.185,74	R\$ 5.866.437,91	R\$ 15.556.988,41

Fonte: SES/SURCAICOREG

O desafio é a estruturação de serviços próprios e ampliação da rede de serviços no Estado, para ampliar a capacidade de atendimento diminuindo a demanda para o TFD, respeitada a economia de escala dos procedimentos de alta complexidade.

1.7.2.8 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde 3,0% da população geral, em todas as faixas etárias necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos mentais severos e persistentes: psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental com grave dificuldade de adaptação; 12,0% da população geral, em todas as faixas etárias, precisa de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médica e/ou psicológica, aconselhamento, grupos de orientação ou outras formas de abordagem, em função de transtornos mentais considerados leves; 6,0% da população mundial têm transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas, exceto tabaco e 10,0% da população acima de 12 anos de idade seja dependente de álcool.

No Estado de Mato Grosso as transformações no campo da saúde mental têm como suporte legal e técnico as diretrizes do Sistema Único de Saúde e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, onde as estratégias de ação incluem a participação social, a descentralização da gestão, a integralidade de assistência, a regionalização e hierarquização das ações, respaldadas nas Leis que garantem os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental tem os CAPS como dispositivos estratégicos para a consolidação da Reforma da Assistência Psiquiátrica. O primeiro CAPS de Mato Grosso foi criado em 1998. De 2004 a 2010 o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passou de 27 para 37, um incremento de 37,0% (Tabela 23).

Tabela 23: Número de CAPS em funcionamento. Mato Grosso, 2004 a 2010.

Nº CAPS	Anos						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CAPS I	19	22	24	25	25	25	25
CAPS II	1	2	2	2	2	2	3
CAPSi	2	2	2	2	2	3	4
CAPS AD	5	5	5	5	5	5	5
TOTAL CAPS	27	31	33	34	34	35	37
COBERTURA CAPS/100.00 hab.	0,63	0,71	0,73	0,75	0,72	0,74	0,80

Fonte: SES/IAS/COAPRE

Os CAPSs, onde realizam as ações de Saúde Mental no âmbito SUS, estão distribuídos nos seguintes municípios:

- 25 CAPS I: Alta Floresta, Barra do Bugres, Cuiabá, Cáceres, Campo Verde, Colíder, Confresa, Diamantino, Guarantã do Norte, Guiratinga, Jaciara, Juara, Juína, Lucas do Rio Verde, Nova Xavantina, Peixoto de Azevedo, Poconé, Pontes e Lacerda, Primavera do Leste, Rondonópolis, São José do IV Marcos, Sinop, Sorriso, Tangará da Serra e Vila Rica;
- 5 CAPS AD: Barra do Garças, Cuiabá, Rondonópolis, Várzea Grande;
- 4 CAPS: Infanto-Juvenil: Cuiabá, Rondonópolis, Várzea Grande, Cáceres;
- 3 CAPS II: Cuiabá, Várzea Grande e Barra do Garças.

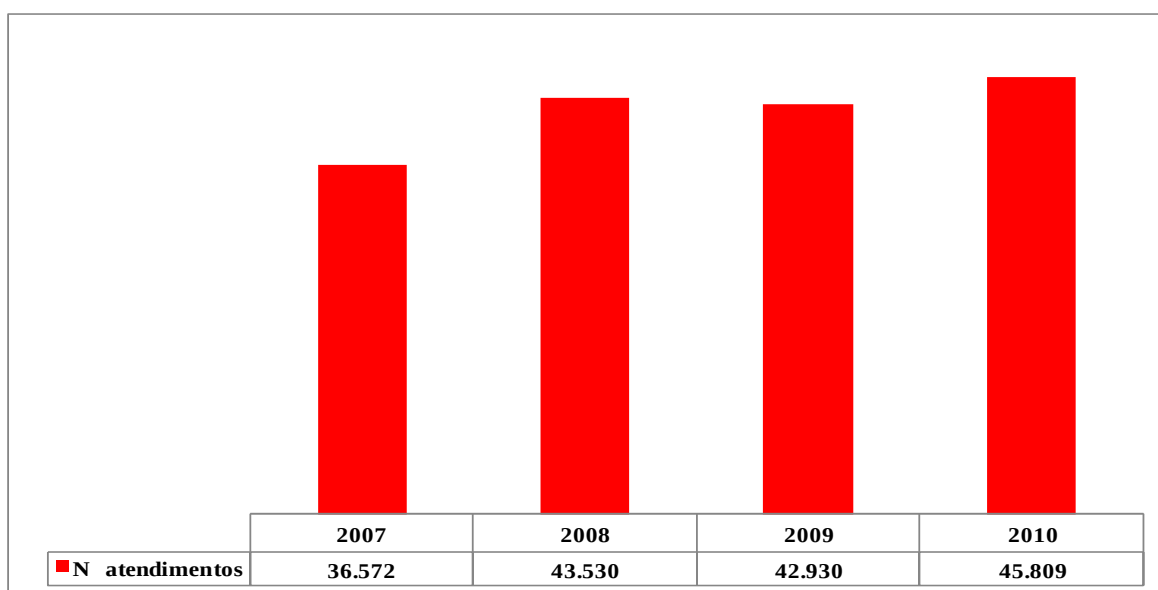
Conta também com 6 ambulatórios (Barra do Garças, Cáceres, Cuiabá, Primavera do Leste, Rondonópolis e Várzea Grande) e 8 serviços Residenciais Terapêuticos em Cuiabá, que abrigam egressos de longas internações psiquiátricas sem vínculo familiar. Para internações psiquiátricas o estado dispõe de duas unidades: Centro Integrado de Assistência Psicossocial - CIAPS Adauto Botelho em Cuiabá com 120 leitos e Hospital Psiquiátrico Paulo de Tarso em Rondonópolis com 82 leitos.

O Programa de Volta para Casa - PVC, que é um benefício do Governo Federal para pessoas que tiveram um longo período em internação psiquiátrica, possui 52 pessoas beneficiadas, sendo 51 pessoas no município de Cuiabá e 1 pessoa no município de Barra do Garças.

No que tange, o número de CAPS, verifica-se que o Estado apresenta uma cobertura muito boa. Porém, os CAPS estão distribuídos entre as modalidades: transtornos mentais para adultos, Álcool e Drogas, Infante Juvenil. Entretanto, a cobertura muito boa não representa necessariamente acessibilidade à assistência especializada porque os CAPS são serviços descentralizados, de referencia municipal (Tabela 23).

Em relação ao número de pessoas atendidas nos CAPS de Mato Grosso, no período de 2007 a 2010, foi um total de 168.841 pacientes, tendo o ano de 2010 o maior número de atendimentos. De 2007 para 2010 houve um aumento de 25,3% nos atendimentos (Figura 62).

Figura 61: Número de pessoas atendidas nos CAPS, Mato Grosso. 2007 a 2010



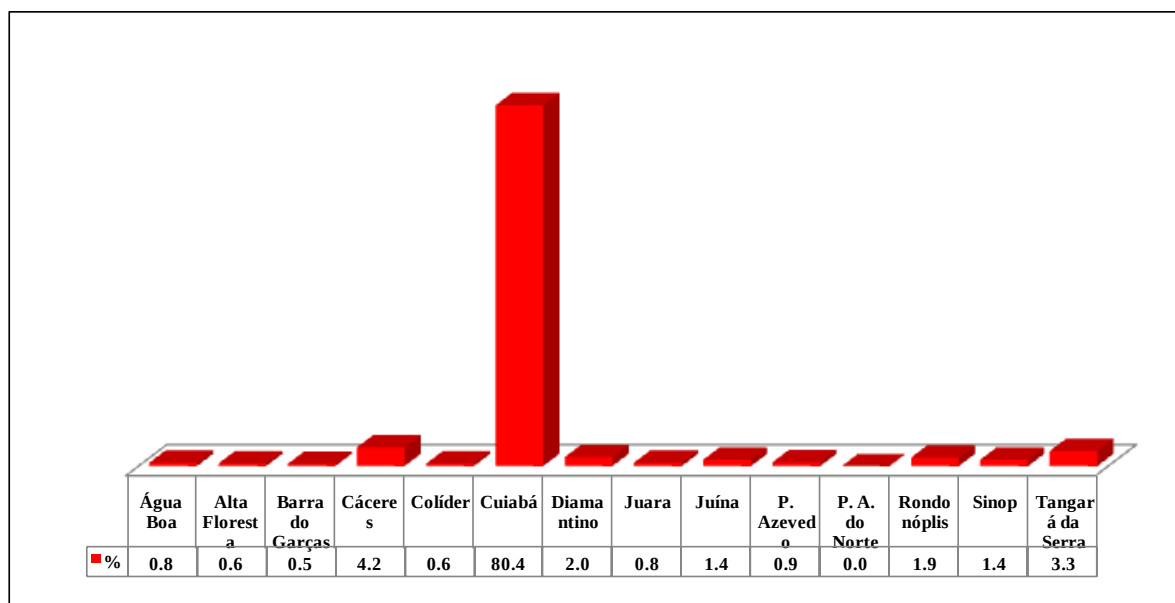
Fonte:SES\SAS\COAPRE

Quanto ao número de pessoas atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que são específicos para atendimento à clientela em uso e abuso de substâncias psicoativas, a qual possui dificuldade de adesão ao tratamento. Em 2010 foram registrados 6.823 atendimentos, observando maior número de atendimentos em Barra do Garças com 2.317 (34,0%), seguido de Rondonópolis com 2.209 (32,4%) e Cuiabá com 1.657 (24,3%). Dos 25 municípios que possuem CPAS I (não específicos para álcool e drogas), 23 fazem atendimento a esta clientela de uso e abuso de substâncias psicoativas.

Em relação, o maior número de internações dos hospitais Psiquiátricos: Adauto Botelho em Cuiabá e Casa de Saúde Paulo de Tarso em Rondonópolis, foram provenientes de municípios onde estão localizados estas unidades e dos municípios circunvizinhos. Isto provavelmente, se deve a proximidade do serviço hospitalar com a população local e rede de serviços extra-hospitalares (atenção básica, CAPS, ambulatórios) encontra-se fragilizada e com baixa resolutividade. Em 2010, 80,0% das internações psiquiátricas no Adauto Botelho foram oriundas da Regional de Saúde da Baixada Cuiabá (Figura 63).

O CIAPS Adauto Botelho é um complexo composto pelo Centro de Atenção Psicossocial para Dependentes Químicos – CAPS AD; Centro de Atenção Psicossocial Infanto- Juvenil – CAPSI; Unidade I– Internação para transtornos mentais agudos (masculina e feminina); Unidade II – ligado Penitenciária Central do Estado (Pascoal Ramos) (internação masculina); Pronto Atendimento; Unidade III Dr. José Eduardo Vaz Curvo – internação de dependentes de álcool e outras drogas (adulto/masculino); Lar Doce Lar (residência de cidadãos portadores de deficiência física e mental tutelados pelo Estado de Mato Grosso).

Figura 62: Percentual de internações psiquiátricas do hospital Adauto Botelho segundo a procedência de Regional de Saúde. Mato Grosso, 2010.



Fonte:SES\SASI\COAPRE

Nesse sentido, faz-se necessário implementar atenção integral em saúde mental visando a assistência às pessoas com transtornos mentais, e as em uso e abuso de substâncias psicoativas, com ênfase nas várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação.

1.7.2.9 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A efetividade das ações de saúde e dos serviços assistenciais tem no uso do medicamento como instrumento básico essencial. A maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e seu uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado no tratamento. A Assistência Farmacêutica envolve o acesso aos medicamentos e tem caráter sistêmico e multidisciplinar. O principal objetivo da assistência farmacêutica é garantir a oferta de medicamentos na rede de serviços do SUS para o atendimento da população.

Esta oferta de medicamento encontra-se em três modalidades: os classificados como básicos, os estratégicos e os de dispensação excepcional.

Os básicos, ou seja, os medicamentos da atenção básica, os municípios são apoiados financeiramente pelo nível federal e estadual com repasses fundo a fundo para promover a assistência e atenção farmacêutica, neste nível de atenção, fomentando a organização de serviços condizentes com a realidade epidemiológica e a rede de serviços de saúde constituída. No Quadro 09, observa-se os recursos aplicados no componente básico da assistência farmacêutica, 57,5% do recursos foram do nível nacional e 42,4% oriundos de repasses estaduais e municipais. O repasse para esta modalidade foi abaixo do pactuado, uma vez que o federal aplicou R\$ 4,9 e estado e município R\$ 1,8 habitante/ano.

Quadro 9: Recursos financeiros aplicados no Componente Básico da Assistência Farmacêutica no ano de 2010 no Estado de Mato Grosso, para aquisição de medicamentos do elenco de referência estadual.

FEDERAL (R\$) *	ESTADUAL (R\$)*	MUNICIPAL (R\$)	TOTAL EM R\$ (Federal+Estadual+Municipal)
14.785.375,61 (57,5%)	5.456.156,55 (21,2%)	5.456.156,55 (21,2%)	25.697.688,71 (100,0%)

Fonte: Fundo Nacional de Saúde e Fundo Estadual de Saúde.

Já a assistência farmacêutica para programas estratégicos está voltada às ações de controle de doenças endêmicas como tuberculose, hanseníase e malária, entre outras. Estes têm recursos financeiros pelo nível nacional. Já o financiamento de medicamentos de dispensação excepcional responde ao tratamento de doenças relacionadas à assistência de média e alta complexidade em saúde, representando, em geral, custo elevado nas três esferas de governo.

Além desses componentes tem-se o programa de *diabetes mellitus* e medicamentos especializados. No programa de diabetes, o Ministério da Saúde faz aquisição e distribui para os estados para que

estes repassem aos seus municípios. Neste programa estão as insulinas NPH e regular, e os análogos de insulina. Os insumos como tiras para glicemia, lancetas e seringas com agulha, são de responsabilidade do estado e município, com valor aplicado de R\$ 0,5 por habitante/ano para ente. Em 2010, o estado de Mato Grosso disponibilizou para os municípios R\$ 1.503.980,15, segundo Fundo Estadual de Saúde. Porém, o estado não realiza qualquer tipo de acompanhamento quanto à aplicação destes recursos.

No ano de 2010, a SES/MT atendeu 573 demandas judiciais destes insumos, representando em torno de 35% de todas as demandas judiciais de insumos farmacêuticos, com custo de R\$ 97.966,09, representando 6,5% do montante que a SES repassou aos municípios para aquisição dos insumos dos diabetes no mesmo ano.

O programa de medicamentos especializados foi instituído pelo Ministério da Saúde oficialmente em 1982, sendo originariamente financiado pelo mesmo. Este grupo de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde tem geralmente elevado valor unitário e a sua dispensação realizada a nível ambulatorial. Atualmente este programa é co-financiado pelos Estados.

Os recursos financeiros advindos do Ministério da Saúde são repassados mensalmente aos Estados, responsáveis pela programação (definição da quantidade a ser adquirida), aquisição, distribuição e dispensação destes medicamentos aos pacientes cadastrados, de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT - estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A CAF/GEMEX é a responsável pela programação, solicitação de compra aos órgãos competentes, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos especializados diretamente aos municípios, exceção Cuiabá e Várzea Grande que os usuários retiram diretamente na Farmácia de Alto Custo.

O atendimento e várias recomendações dos Protocolos Clínicos para diversas patologias, exigem avaliação por um médico de referência. Este é um grande entrave na solicitação, pois o Estado não dispõe de profissionais habilitados em número necessário para o atendimento aos usuários. Exemplos dessas patologias são: Asma Grave, Acne Grave, Dislipidemias, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, Esquizofrenia Refratária, Distonias e Espasticidades, Artrite Reumatóide (reumatologia), Esquizofrenia Refratária (psiquiatria), Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa (gastroenterologia), Hepatites Virais (hepatologia), Insuficiência Renal Crônica (nefrologia), Distonias e Espasticidades (neurologia) e Diabetes mellitus (endocrinologia).

Atualmente existem 4 modalidades de responsabilidade de financiamento deste componente:

1. Medicamentos mais caros e com máximo de 2 fornecedores: o Ministério da Saúde concentrou a compra e a distribuição aos Estados;

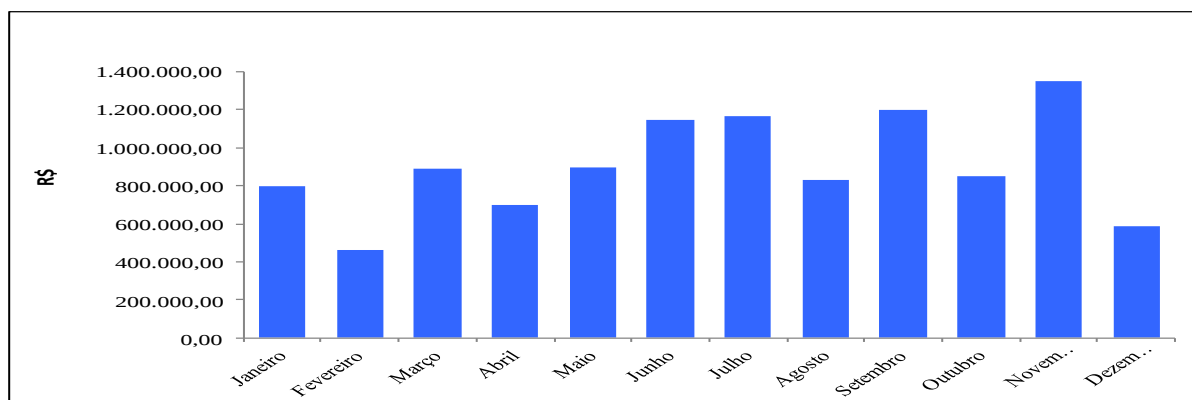
2. Medicamentos caros e com mais de 2 fornecedores: a SES faz a aquisição e o Ministério repassa recursos financeiros conforme a produção de APAC;
3. Medicamentos mais baratos e com vários fornecedores: é responsabilidade da SES a compra, distribuição e financiamento;
4. Medicamentos pertencentes ao Elenco do Componente Básico: é responsabilidade municipal a aquisição e distribuição. O recurso financeiro é o mesmo do Elenco da Atenção Básica.

Em 2010 a GEMEX teve 26.000 pacientes cadastrados neste componente, tendo uma média de mil atendimentos/dia, ressaltando que é para atendimento à população do município de Cuiabá e Várzea Grande. Este atendimento é realizado por pessoas contratadas ou estagiários, reservando aos profissionais efetivos o trabalho administrativo com os processos. Isto posto, existe permanentemente deficiência com recursos humanos, gerando sérios entraves para o atendimento dos usuários locais (Cuiabá e Várzea Grande). Diante disso, ressalta a necessidade imprescindível de qualidade dos processos, tanto para a geração de APAC como para seleção e programação adequada da contrapartida estadual, questiona-se a necessidade da SES realizar a dispensação para os municípios de Cuiabá e Várzea Grande, enquanto todos os demais municípios do estado já assumiram esta responsabilidade.

Judicialização dos Medicamentos

Diante da grande demanda de processos judiciais encaminhados ao Gabinete da Secretaria de Estado de Saúde, houve a necessidade da implementação de um rito para o atendimento do mesmo, contemplando o processo de aquisição de medicamentos pela CAF e posterior remessa à Farmácia Judicial para entrega ao usuário. Foram realizados 15.301 atendimentos, com impacto financeiro de R\$ 11.287.417,16 (Figura 64). Deste total de atendimento, 13,96% foram de medicamentos constantes no elenco de atenção básica, conforme Resolução CIB 083 de 15 de abril de 2010. Apesar do impacto financeiro (0,4%) ser baixo, estes processos demandam recursos humanos, financeiros e estrutural.

Figura 63: Impacto financeiro do atendimento judicial para fornecimento dos medicamentos. Mato Grosso, janeiro a dezembro* de 2010.



Fonte: SES/CAF/UNILOG * Dezembro: dados parciais

A Tabela 24 demonstra a necessidade de revisão da Política de Assistência Farmacêutica no Estado de Mato Grosso e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêutica Estadual, uma vez que, a maioria dos processos judiciais foram para doenças de atendimento da atenção básica.

Diante desta situação, é importante ressaltar a necessidade de um sistema de logística eficiente para que o atendimento às ações planejadas para Assistência Farmacêutica sejam efetivadas de maneira satisfatória junto às unidades sob responsabilidade da SES/CAF, dentro das quantidades necessárias, obedecendo aos padrões de qualidade, controle de estoque e de fluxo junto às unidades atendidas, visando ainda a redução de perdas destes insumos e medicamentos, seja por extravio, validade e outras avarias.

Tabela 24: Principais doenças atendidas por demanda judicial. Mato Grosso, janeiro a julho de 2010.

DOENÇAS	Nº ATENDIMENTO	%	IMPACTO FINANCEIRO
Aparelho Circulatório	899	21,3	99.505,02
Saúde Mental	865	20,5	114.258,92
Diabetes Mellitus	346	8,2	35.827,82
Hipertensão	287	6,8	17.651,97
Dpoc E Enfisema Pulmonar	283	6,7	50.425,63
Dislipidemia	280	6,6	19.872,55
Asma	196	4,6	13.055,73
Outras Doenças	1070	25,3	475.125,00
Total	4226	100,0	661.038,09

Fonte: SES/CAF

1.8 GESTÃO DA SAÚDE

O SUS vem recriando permanentemente por meio de reformas incrementais, novas formas de gestão acordadas pelos três entes federativos, sendo assim são inegáveis os avanços do SUS tanto na oferta de serviços de saúde para a população, quanto na sua gestão. Nesta perspectiva, o Decreto nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012 proporcionaram avanços quanto a: maior transparência na gestão do SUS, mais segurança jurídica nas relações dos três entes federativos e maior controle social.

Entretanto, melhorar gestão da saúde ainda é um desafio enorme para o Sistema Único de Saúde no Brasil e mais especificamente para o estado de Mato Grosso. Para superação deste desafio é necessário implementar ações relativas ao planejamento, financiamento, participação e controle social, gestão do trabalho, gestão regionalizada, educação em saúde, dentre outras.

1.8.1 GESTÃO REGIONALIZADA DO SUS

O Estado de Mato Grosso possui em sua divisão político administrativa, 16 regiões de saúde que se constituem no espaço estratégico para a gestão e o desenvolvimento integrado das Políticas de Saúde. A representação administrativa estadual nessas microrregiões engloba 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS), que respondem pela condução da política estadual de saúde em nível regional e pela coordenação e articulação técnica e política junto aos municípios de abrangência.

Quadro 8: Gestão Regionalizada do SUS e os municípios de abrangência, Mato Grosso 2012.

ESCRITÓRIOS REGIONAIS E MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA	
1 – BAIXADA CUIABANA	2 – RONDONÓPOLIS
01 – Cuiabá	01 – Rondonópolis
02 – Acorizal	02 – Alto Araguaia
03 – Barão de Melgaço	03 – Alto Garças
04 – Chapada dos Guimarães	04 – Alto Taquari
05 – Jangada	05 – Araguaína
06 – Nova Brasilândia	06 – Campo Verde
07 – Nossa Senhora do Livramento	07 – Dom Aquino
08 – Planalto da Serra	08 – Guiratinga
09 – Poconé	09 – Itiquira
10 – Santo Antonio do Leverger	10 – Jaciara
11 – Várzea Grande	11 – Juscimeira
	12 – Paranatinga
	13 – Pedra Preta
	14 – Poxoréo
	15 – Primavera do Leste
	16 – Santo Antonio do Leste
	17 – São José do Povo
	18 – São Pedro da Cipa
	19 – Tesouro
3 – BARRA DO GARÇAS	4 – CÁCERES
01 – Barra do Garças	01 – Cáceres
02 – Araguaiana	02 – Araputanga
03 – Campinápolis	03 – Curvelândia
04 – General Carneiro	04 – Glória D'Oeste
05 – Nova Xavantina	05 – Indiavaí
06 – Novo São Joaquim	06 – Lambari D'Oeste
07 – Pontal do Araguaia	07 – Mirassol D'Oeste
08 – Ponte Branca	08 – Porto Esperidião
09 – Ribeirãozinho	09 – Reserva do Cabaçal
10 – Torixoréu	10 – Rio Branco
	11 – Salto do Céu
	12 – São José dos Quatro Marcos
5 – JUÍNA	6 – PORTO ALEGRE DO NORTE
01 – Juína	01 – Porto Alegre do Norte

02 – Aripuanã	02 – Canabrava do Norte
03 – Castanheira	03 – Confresa
04 – Colniza	04 – Santa Cruz do Xingu
05 – Cotriguaçu	05 – Santa Terezinha
06 – Juruena	06 – São José do Xingu
07 – Brasnorte	07 – Vila Rica
7 – SINOP	8 – TANGARÁ DA SERRA
01 – Sinop	01 – Tangará da Serra
02 – Cláudia	02 – Arenópolis
03 – Feliz Natal	03 – Barra do Bugres
04 – Lucas do Rio Verde	04 – Campo Novo do Parecis
05 – Nova Mutum	05 – Denise
06 – Nova Ubiratã	06 – Nova Marilândia
07 – Santa Carmem	07 – Nova Olímpia
08 – Sorriso	08 – Porto Estrela
09 – União do Sul	09 – Santo Afonso
10 – Vera	10 – Sapezal
11 – Santa Rita do Trivelato	
12 – Tapurah	
13 – Itanhanga	
14 – Ipiranga do Norte	
9 – DIAMANTINO	10 – ALTA FLORESTA
01 – Diamantino	01 – Alta Floresta
02 – Alto Paraguai	02 – Apiacás
03 – Nobres	03 – Carlinda
04 – Nortelândia	04 – Nova Bandeirantes
05 – Nova Maringá	05 – Nova Monte Verde
06 – Rosário Oeste	06 – Paranaíta
07 – São José do Rio Claro	
11 – JUARA	12 – PEIXOTO DE AZEVEDO
01 – Juara	01 – Peixoto de Azevedo
02 – Novo Horizonte do Norte	02 – Guarantã do Norte
03 – Porto dos Gaúchos	03 – Matupá
04 – Tabaporã	04 – Novo Mundo
	05 – Terra Nova do Norte
13 – ÁGUA BOA	14 – PONTES E LACERDA
01 – Água Boa	01 – Pontes e Lacerda
02 – Bom Jesus do Araguaia	02 – Campos de Júlio
03 – Canarana	03 – Comodoro
04 – Cocalinho	04 – Conquista D'Oeste

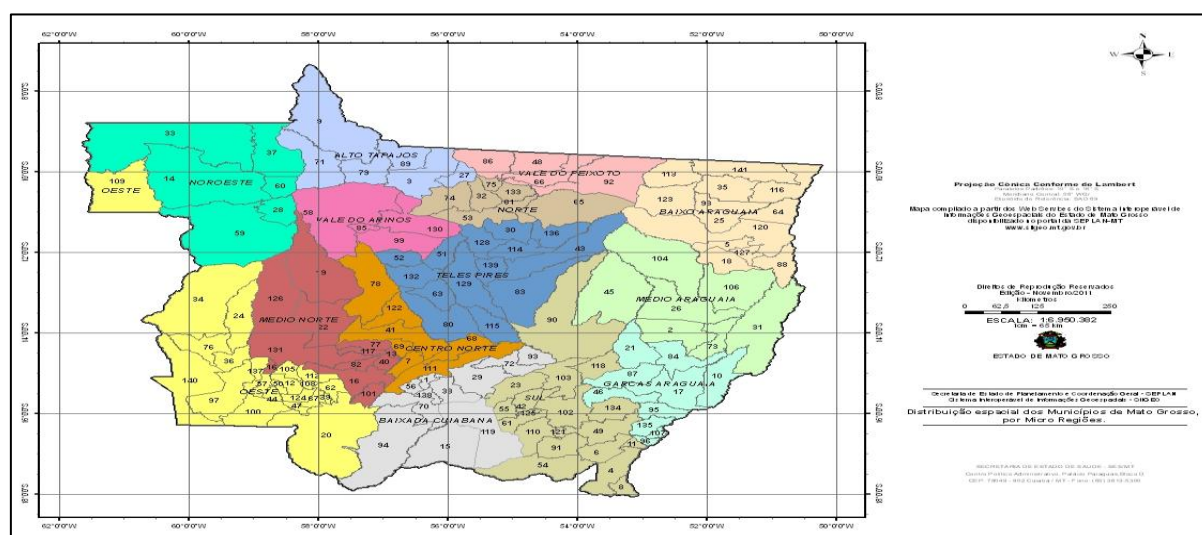
05 – Gaúcha do Norte 06 – Nova Nazaré 07 – Querência 08 – Ribeirão Cascalheira	05 – Figueirópolis D'Oeste 06 – Jauru 07 – Nova Lacerda 08 – Rondolândia 09 – Vale do São Domingos 10 – Vila Bela da Santíssima Trindade
15 – SÃO FÉLIX DO ARAGUAIA	16 – COLÍDER
01 – São Félix do Araguaia 02 – Alto Boa Vista 03 – Luciara 04 – Novo Santo Antonio 05 – Serra Nova Dourada	01 – Colíder 02 – Nova Canaã do Norte 03 – Nova Guarita 04 – Marcelândia 05 – Nova Santa Helena 06 – Itaúba

Fonte: SES/MT

A regionalização requer um sistema integrado que articule os serviços de atenção primária e secundária à saúde e que estes, por sua vez, estejam articulados, em macrorregiões, que agreguem ainda os serviços de atenção terciária à saúde.

Neste sentido, a gestão compartilhada no espaço regional, desempenha um importante papel e, se realiza por meio dos Colegiados Gestão Regional (CGR) que se constituem para cada região de saúde como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive, o que torna mais efetivo o processo de regionalização.

Figura 64: Distribuição das microregiões de saúde em Mato Grosso e seus municípios – 2011



Fonte: SES/MT

1.8.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Dentre os desafios para implementação do SUS, o financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime num país de tantas desigualdades sociais e regionais tem se transformado num grande desafio para os gestores.

Nos últimos anos, inúmeros ajustes foram colocados em prática para ampliar o financiamento do SUS por parte da união, estados e municípios e com isso, minimizar as iniquidades na área da saúde.

Neste sentido, no ano de 2000, foi editada a Emenda Constitucional 29 que estabeleceu que as esferas de governo devessem aplicar um percentual mínimo de suas receitas em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo inclusive as bases de cálculo para estes recursos.

A aprovação da EC-29 não indicou que o problema do financiamento da saúde estaria resolvido, fazendo-se necessária a sua regulamentação, a qual só foi efetivada com a edição da Lei Complementar nº 141/2012, que em seu Capítulo III dispõe sobre a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde e fixa aos estados uma aplicação mínima anual, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que trata o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios. No que se refere às obrigações dos municípios e Distrito Federal, o Art. 7º prevê a aplicação anual em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal, garantindo definitivamente o que já preceituava a EC nº 29/2000. Outro aspecto relevante da Lei Complementar 141 é que em seu artigo 3º trouxe a definição do que são despesas com saúde, ou seja, o que deve ser considerado como ações e serviços de saúde para efeito de financiamento.

Ao longo dos últimos anos, Mato Grosso aumentou gradativamente o percentual de aplicação de recursos estaduais próprios em saúde (Tabela 25), confirmando assim que a vinculação de recursos para saúde a partir da Emenda Constitucional 29 surtiu o efeito previsto.

Tabela 25: Recursos aplicados no período de 2000 a 2011 pelo Estado de Mato Grosso

**HISTÓRICO DO PERCENTUAL MÍNIMO E APLICADO
PELO ESTADO DE MATO GROSSO DE ACORDO
COM A EC - 29**

A - Ano	B - % mínimo EC - 29	SIOPS	
		C - % aplicado	D - diferença =(C-B)
2000	7	2,75	(4,25)
2001	8	6,33	(1,67)
2002	9	7,72	(1,28)
2003	10	9,09	(0,91)
2004	12	11,01	(0,99)
2005	12	11,19	(0,81)
2006	12	11,07	(0,93)
2007	12	11,90	(0,10)
2008	12	11,24	(0,76)
2009	12	11,66	(0,34)
2010	12	12,28	0,28
2011	12	12,07	0,07

Fonte SIOPS

Analisando o percentual de recursos aplicados pelos municípios mato-grossenses na saúde (Tabela 26), nota-se a grande maioria dos municípios aplica acima do percentual mínimo exigido - de 15 a 24% dos recursos próprios em saúde, de acordo com os dados declarados no SIOPS.

Tabela 26: Recursos aplicados no período de 2004 a 2011 pelo Estado de Mato Grosso - E.C 29/2000

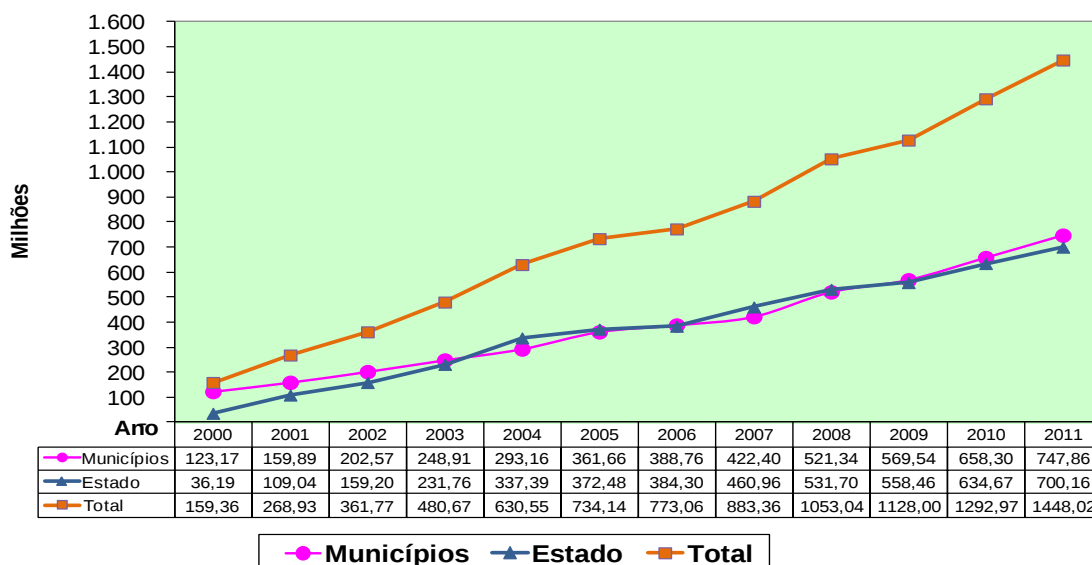
Faixa dos Índices da EC 29	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%
00 -15	16	11,51	4	2,84	1	0,70	0	0	3	2,13	0	0	0	0	2	1,42
15 - 18	54	38,85	57	40,42	52	36,88	55	39,00	51	36,17	42	29,79	35	24,82	42	29,79
18 - 21	35	25,18	35	24,82	46	32,62	45	31,91	43	30,50	47	33,33	45	31,92	47	33,33
21 - 24	20	14,28	24	17,02	29	20,57	26	18,44	31	21,99	31	21,97	32	22,70	32	22,69
24 - 27	9	6,47	10	7,09	8	5,67	11	7,80	6	4,25	13	9,22	23	16,31	8	5,68
27 - 30	5	3,59	6	4,25	3	2,13	3	2,14	2	1,42	5	3,55	5	3,54	6	4,25
Maior ou igual a 30	0	0	4	2,83	2	1,42	1	0,71	5	3,54	3	2,14	1	0,71	4	2,84
TOTAL	139 *	100	141	100	141	100	141	100	141	100	141	100	TOTAL	100	141	100

FONTE: SIOPS * Existiam 139 Municípios

A Figura 65 apresenta a evolução dos recursos próprios do estado e dos municípios aplicados em saúde em Mato Grosso de acordo com o SIOPS. Ambos apresentam crescimento relevante no período, reflexo da Emenda Constitucional 29 – EC 29.

Figura 65: Evolução dos Recursos Próprios Aplicados em Saúde

Recursos aplicados (R\$ Milhões) pelos Municípios e pelo Estdo de Mato Grosso - 2000 a 2011



Fonte: SIOPS

Constata-se assim, que os valores aplicados em saúde são crescentes ano a ano, refletindo em aumento dos recursos aplicados em saúde no estado.

Outro fator relevante quanto ao financiamento da saúde é a qualificação dos gastos, afim de que se evite a má aplicação dos recursos, porém é explícito que o montante despendido com saúde no Brasil, está bem abaixo dos padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde, uma vez que o que se compromete nesta área, é proporcionalmente menor do que os recursos que outros países, até mais pobres que o Brasil, destinam para o setor de saúde. Evidencia-se então, o problema do subfinanciamento, havendo necessidade de aumento dos recursos públicos para financiar a saúde pública brasileira.

1.8.3 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

As políticas vigentes na área da saúde pública brasileira tem buscado valorizar a participação do trabalhador da saúde por considerar um componente fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Além disso, é necessário democratizar e fortalecer as relações de trabalho e promover a modernização desta estrutura.

O trabalhador em saúde constitui-se em um profissional que, para além do conhecimento de sua área de formação, tem sua atuação definida sob as orientações e estratégias dos planos e programas associados à prestação dos serviços de saúde. Desta forma, o SUS estadual procura atuar com foco nas vertentes atuais que procuram valorizar o perfil e o saber dos profissionais de saúde para melhor desempenho das ações e para que o trabalhador atue cada vez mais, como sujeito e agente transformador de seu ambiente e, não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Ao longo dos últimos anos, a Secretaria Estadual de Saúde vem desenvolvendo, em parceria com o Ministério da Saúde e demais instituições de ensino e pesquisa na área de gestão do trabalho e educação permanente em saúde; uma multiplicidade de eventos na área de formação e capacitação profissional. As ações empreendidas tem propiciado o aprimoramento da força de trabalho em todas as regiões mato-grossense fortalecendo a atuação dos municípios. No entanto, dada às inovações que se apresentam aos diversos setores do SUS, esta pareceria deve se realizar de maneira gradativa e permanente; considerando para tanto; as atuais e as novas demandas para formação e capacitação dos profissionais do SUS.

As instâncias de gestão do trabalho e educação na saúde em Mato Grosso vêm desenvolvendo algumas diretrizes e estratégias que se refletem em programas, projetos integrados e sistemas de acompanhamento para otimização dos processos na área. Estes por sua vez, refletem-se nas ações intra e intersetorial e tem alcançado visíveis avanços para o setor, é o que com os Programas: PROGESUS – Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho da Educação no SUS; TELESSAÚDE; INFORSUS e SISTRABALHO - Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS, que vem alcançando boa parte dos municípios mato-grossenses.

1.8.4 CONTROLE SOCIAL, GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

A participação da Sociedade no âmbito do SUS é fundamental para garantir a transparência e a efetividade no acesso e atendimento das necessidades da população por meio do sistema estadual de saúde.

O Conselho de Saúde se torna a principal instância de controle do SUS e deve refletir os anseios da sociedade, possibilitando um controle efetivo das ações de saúde realizadas pelos gestores, apoiando-se ainda nas demandas e ações empreendidas pelas Ouvidorias; que tem a função de apoiar as avaliações da gestão pública que se processam nas opiniões geradas pelos usuários dos serviços públicos de saúde. Junto a essas instâncias, a Auditoria Geral do SUS também exerce um papel fundamental, pois media os processos de controle e adequação do sistema de saúde para alcançar os deveres do estado junto à sociedade assim como os colegiados de gestão.

Mato Grosso vem investindo na ampliação e fortalecimento das instâncias de participação social, por intermédio da implementação dos processos de gestão do SUS, através das Conferências de Saúde, Conselhos e as Ouvidorias do Conselho Estadual de Saúde e Setorial na Secretaria de Estado de Saúde e em seus municípios. O objetivo maior é o fortalecimento desses órgãos colegiados na busca da resolubilidade e melhoria da qualidade dos serviços e ações de Saúde.

Assim, com o propósito de fortalecer as políticas de participação e controle social do SUS junto às unidades municipais de modo a promover uma gestão estratégica e participativa, a direção do SUS estadual vem somando esforços com as representações do controle social nas 16 regionais de saúde – as instâncias de pactuação colegiada que representam a gestão da saúde dos 141 municípios mato-grossense propiciando negociações de interesse coletivo e consequentemente a edição de normas regulamentadoras do sistema de saúde e a implantação e acompanhamento de programas e projetos como o PARTICIPASUS, PLANEJASUS, SISPACTO, SISTRABALHO, INFORSUS e outros. Neste sentido, vem gradativamente investindo também nos mecanismos de democratização das ações de saúde por meio da comunicação e informações sobre a saúde estadual, conferindo assim, transparência, maior participação e controle por parte da sociedade na gestão da saúde pública de Mato Grosso.

1.8.5 Planejamento no âmbito do SUS estadual

O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo deenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e

solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde.

Assim, pressupõe-se que cada ente federado realiza o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; a conformação das redes de atenção à saúde, vislumbrando a melhoria da qualidade do SUS e o impacto positivo na condição de saúde da população brasileira.

O decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 retifica a orientação contida no Pacto pela Saúde, ao afirmar que o processo de planejamento da saúde será “ascendente e integrado, do nível local até o federal, sendo ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde”. Ressalta a necessidade de compatibilizar a formulação e implementação das políticas de saúde aos recursos financeiros disponíveis, considerando o Planejamento como obrigatório para os entes públicos e indutor de políticas, inclusive para a Diretriz privada.

Chama atenção para o fato de que o planejamento se traduz em Planos de Saúde, que são “o resultado do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde” definidas em função dos problemas e necessidades de saúde identificados a partir da análise das características epidemiológicas da população e da avaliação da capacidade de oferta de ações e serviços, direcionando a organização de serviços nos entes federativos no espaço das Regiões de Saúde.

Dessa forma, são mantidos os pressupostos de que cada ente federado deve realizar o seu planejamento considerando as especificidades dos territórios e as necessidades de saúde da população; definindo diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; devendo conformar redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira. (Brasil, 2006)

Em Mato Grosso, foi realizada uma pesquisa com o intuito de levantar dados sobre o perfil da área de planejamento atuante no SUS. Dos 141 municípios, 99 (70%) deles, responderam ao questionário. A pesquisa apontou que a atividade de planejamento ainda tem inserção institucional pouco intensiva em todo o estado, uma vez que relativo percentual de municípios de todos os portes, apesar de contarem com organograma funcional, não possuem unidades específicas para o desenvolvimento dos trabalhos de planejamento. Essa constatação sugere fragilização na sua contribuição ao processo de tomada de decisões e requer atenção na formalização de estruturas de gestão, com inserção de unidades de planejamento.

É notável o indicativo de que na ausência de um órgão formal para desenvolver os trabalhos de planejamento, esses são elaborados, com maior frequência, pela unidade de orçamento. Essa situação

pode configurar-se em fragilidade para a validação dos planos e programações gerados com relação às reais necessidades locais de saúde, uma vez que os atores envolvidos na sua elaboração não acompanham a integralidade do processo de planejamento no SUS.

Entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que informaram a existência de pessoal especificamente alocado, nota-se que o seu nível de formação é satisfatório já que se constata uma predominância de pessoas com nível superior completo. Para homogeneizar e / ou atualizar conceitos específicos de planejamento, recomenda-se o estímulo à capacitação em conceitos básicos de planejamento, incentivando, dessa forma, a disseminação desses conceitos ao maior número possível de SMS.

Uma reflexão sobre o conjunto de informações obtidas na pesquisa, em nível municipal, nas SMS do Mato Grosso, sugere que a estruturação / reestruturação da atividade deva ser iniciada pela qualificação específica, com enfoque em planejamento, para que o conhecimento difundido conduza à capilarização da atividade e à compreensão da extensão dos trabalhos a ela inerentes. A expressão desse movimento deverá ser concretizada na elaboração de instrumentos qualificados e de acordo com as necessidades locais de saúde, para em seguida se partir para a estruturação / reestruturação física e tecnológica. Dessa forma, espera-se que a atividade de planejamento venha a concretizar, em níveis satisfatórios, a sua consolidação sistêmica.

Quanto a planejamento em saúde da gestão estadual, a pesquisa constatou que a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MT) possui organograma funcional e conta com área de planejamento na sua estrutura formal, isto é, a área tem organização funcional interna voltada para a execução dos trabalhos específicos.

Podemos destacar algumas facilidades e dificuldades encontradas quanto à institucionalização da cultura de planejamento na SES-MT:

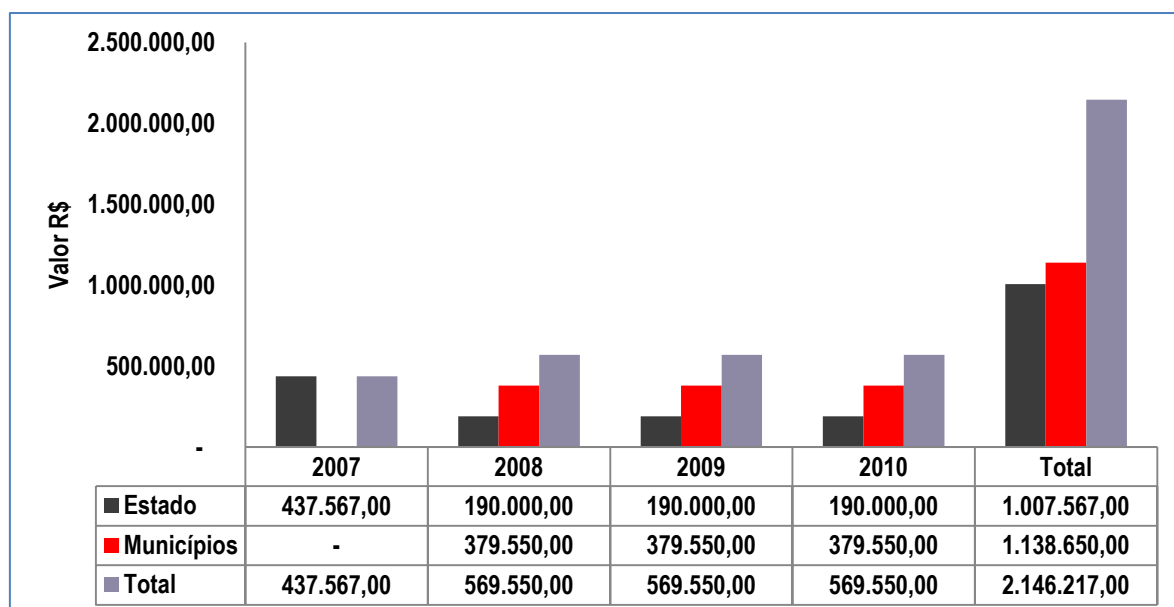
Quadro 9: Cenário do planejamento na SES-MT, 2012.

FACILIDADES	DIFICULDADES
Equipes condutoras do processo de planejamento multiprofissional.	Equipes pequenas para a quantidade de processos a conduzir.
Equipes capacitadas e com excelente nível de formação.	Formação de um novo profissional que demanda tempo considerável
Equipes formadas por servidores de carreira, inclusive os cargos em comissão.	Carência de profissionais para conduzir o processo de capacitação permanente

Fonte: SES-MT

Outro aspecto relevante apontado pela pesquisa foi que uma das maiores dificuldades quanto à institucionalização do processo de planejamento era a falta de recursos financeiros alocados para a condução deste processo. Neste sentido, o Ministério da Saúde instituiu em 2007 um incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS. Mato Grosso tem sido contemplado com este incentivo, conforme demonstrado na figura 66. O incentivo financeiro fomentou o processo de cooperação técnica em planejamento entre as instâncias gestoras do SUS; possibilitando a construção de objetivos comuns entre as instâncias, e dando maior autonomia financeira às unidades de planejamento.

Figura 66: Incentivo Financeiro Sistema de Planejamento do SUS – Mato Grosso – 2007 a 2010



Fonte: Fundo Nacional de Saúde – FNS

Cabe destacar ainda, que outro fator relevante quanto ao planejamento em saúde é que o Decreto 7508/2011 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão do SUS, ao tempo

em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontando a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde; de modelagem do processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, atualmente vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde, dentre outros.

Diante destas mudanças e, do reconhecimento de que o processo de planejamento tem sido uma das fragilidades do SUS, há a necessidade de implementar ações que possibilitem efetivamente qualificar e otimizar o saber e o fazer neste processo, difundindo uma cultura de planejamento que vislumbre a integração e a qualificação dos profissionais que planejam e atuam no planejamento do sistema e na rede de saúde, de modo a melhor subsidiar a tomada de decisão por parte dos gestores do SUS, e consequentemente realizar a melhor aplicação dos recursos públicos da saúde, na busca da melhoria e resolubilidade dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde nas dezesseis regiões de saúde de Mato Grosso.

Portanto, o momento que se segue, considerou a Conferência Estadual de Saúde, as políticas de saúde vigentes, do panorama de saúde evidenciado neste instrumento, e, apoia-se na Matriz de Swot, identificando as forças e as fraquezas; as oportunidades e as ameaças presentes no cenário interno e externo em que o SUS e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso estão inseridos e que podem influenciar no alcance de sua Missão. Assim, apresentamos a seguir, os Cenários existentes, as cinco perspectivas e as demais diretrizes que nortearão o planejamento da SES-MT ao longo de 2012-2015.

CENÁRIO INTERNO E EXTERNO

Esta etapa teve como objetivo identificar pontos fortes e fracos da instituição e de possíveis ameaças e oportunidades externas que possam impactar positiva ou negativamente nos resultados da instituição, bem como refletir acerca dos indicadores de desempenho que impactam no desenvolvimento institucional. A análise de SWOT apontou o seguinte cenário

Quadro 10: Cenário interno e externo da SES-MT, 2012.

	AJUDA	ATRAPALHA
Interna (Organização)	AMBIENTE INTERNO - FORÇA - Existência do Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) - Escritórios Regionais de Saúde com articulação nos municípios - Existência das instâncias colegiadas deliberativas, de controle e Comitês Técnicos. - Adesão ao programa Gespública - Existência de ouvidorias enquanto instrumento de gestão - Modernização do precesso - Sistema de Transferência de recurso do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.	AMBIENTE INTERNO - FRAQUEZA - Monitoramento e Avaliação como norte estratégico - Baixo desempenho institucional - Ineficiência na gestão de recursos financeiros disponíveis - Precariedade nos três níveis de atenção a saúde (primária, secundária e terciária) e na política de medicamento - Ausência de Política de Gestão de Pessoas - Inadequação da estrutura organizacional aos processos de trabalho - Falta de envolvimento dos gestores e trabalhadores nos processos decisórios da gestão estratégica - Estrutura física e tecnológica precária - Ineficiência na comunicação, precariedade das informações e deficiência no fluxo de informações - Fragilidade do controle social
Externa (Ambiente)	AMBIENTE INTERNO OPORTUNIDADES - Políticas públicas instituídas e regulamentação da legislação do SUS - Parcerias governamentais ou não governamentais estabelecidas - Soluções tecnológicas corporativas e conhecimento para desenvolver ações em saúde - Realização da copa do mundo em Cuiabá - Estado de Mato Grosso em processo de crescimento	AMBIENTE INTERNO – AMEAÇAS - Sub-financiamento da saúde - Judicialização da saúde - Formação profissional centrado no hospital e na doença em detrimento da promoção à saúde - Centralização de Aquisições na SAD e Secretaria das Cidades - Aumento do nível de violência e desigualdade social - Monopólio e cartel da indústria farmacêutica - Portaria do Ministério da Saúde publicada sem considerar as especificidades regionais - Alto índice de destruição do meio ambiente - Gestão municipal deficiente - Mudança frequente de gestor (SES) - Ingerência política no nível estratégico e operacional nas ações e planos da SES - Políticas públicas não integradas

Fonte: SES-MT/SUPS

2. ESTRATÉGIAS



PES MT
2012-2015

MAPA ESTRATÉGICO

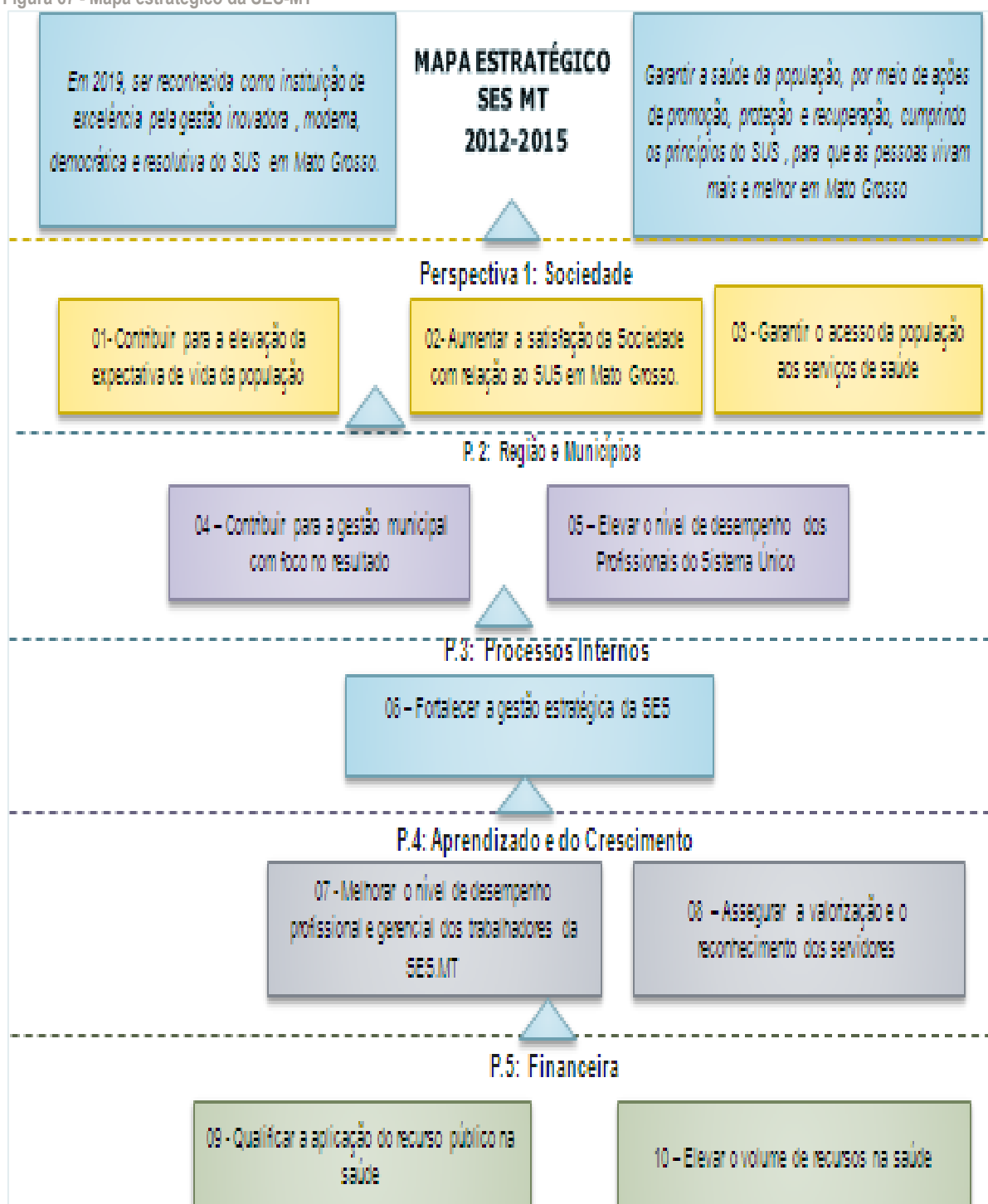
O mapa estratégico é a representação gráfica dos objetivos que norteiam o planejamento institucional, de forma a representar a relação de causa e efeito entre os objetivos.

A execução do planejamento estratégico se inicia com os objetivos apresentados na base do mapa estratégico. Na medida em que esses objetivos vão sendo alcançados, seus resultados contribuem para o alcance dos objetivos demonstrados no topo do mapa.

Os conceitos adotados para a construção deste instrumento e suas estratégias são:

1. Plano Estadual de Saúde (PES) – instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.
2. Planejamento Estratégico – é um planejamento de longo prazo. Pode ser definido como um dos instrumentos gerenciais adequados aos processos dinâmicos de mudanças e transformação. Estimula a reflexão sobre questões básicas com as quais toda organização deve se preocupar: O que estamos fazendo? Por que fazemos o que estamos fazendo? O que queremos ser no futuro? Por que e como vamos chegar lá?
3. Perspectiva – as perspectivas podem ser exemplificadas como diferentes “óculos” que as instituições utilizam para avaliar seu desempenho sob diferentes pontos de vista, possibilitando análises sob aspectos financeiros e não financeiros.
4. Objetivo – expressa o que se pretende fazer acontecer, a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.
5. Indicador – é um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas.
6. Meta – são expressões quantitativas de um objetivo, que concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”.
7. Diretriz - são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas.

Figura 67 - Mapa estratégico da SES-MT



Fonte: SES.MT

PERSPECTIVAS PARA A GESTÃO DO SUS/SES-MT

Este quadro apresenta uma síntese dos objetivos, indicadores e Diretrizes previstos no Mapa Estratégico da SES-MT, para o alcance das perspectivas e consequentemente das melhorias a serem alcançadas para a melhoria do sistema de saúde de saúde estadual no o período de 2012-2015.

Figura 68 - Quadro-síntese - Perspectivas, Objetivos, indicadores e Diretrizes da Gestão do SUS/SES-MT.



Fonte: SES.MT/SUPS

PERSPECTIVA I



SOCIEDADE

OBJETIVO 1

Contribuir para elevação da expectativa de vida da população

INDICADOR 1.1

Taxa de mortalidade prematura por DCNT - Doenças crônicas não transmissíveis (< 70 anos por DCNT)

META 1.1

Reduzir em 6,0% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT

DIRETRIZES

- 1.1.1 Promover parcerias intersetoriais e interinstitucionais para a consolidação de políticas públicas com vistas à promoção e prevenção à saúde.
- 1.1.2 Reduzir mortalidades por neoplasias.
- 1.1.3 Reduzir mortalidades por doenças dos aparelhos respiratório e circulatório.
- 1.1.4 Reduzir mortalidades por diabetes.

INDICADOR 1.2

Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis

META 1.2

Reduzir em 4% a taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis no Estado de Mato Grosso.

DIRETRIZES

- 1.2.1 Reduzir mortalidade por doenças transmissíveis.

INDICADOR 1.3

Taxa de mortalidade por causas externas (acidentes e violência)

META 1.3

Reduzir em 6% a taxa de mortalidade por causas externas.

DIRETRIZES

- 1.3.1 Promover parcerias intersetoriais e interinstitucionais para a redução de mortalidades por acidentes de trânsito.
- 1.3.2 Promover parcerias intersetoriais e interinstitucionais para a redução de violências sexual e doméstica.
- 1.3.3 Implantar e, ou implementar os planos e programas multissetoriais voltados à redução dos índices de mortalidade por causas externas.
- 1.3.4 Efetivar a participação da SES-MT no Plano de Combate às Drogas Ilícitas do Governo do Estado.
- 1.3.5 Produzir e disponibilizar, sistematicamente, informações para tomada de decisão de governo.

INDICADOR 1.4

Razão de mortalidade materna

Meta 1.4

Reduzir de 66,7/100.000 n.v para 58/100.000 n.v a mortalidade materna.

DIRETRIZES

- 1.4.1 Fortalecer a rede materno-infantil.
- 1.4.2 Qualificar a investigação dos óbitos maternos.
- 1.4.3 Estruturar o Serviço de Transporte Sanitário fortalecendo a rede materno-infantil.
- 1.4.4 Intervir oportunamente nas causas de óbitos

INDICADOR 1.5

Taxa de mortalidade infantil

META 1.5

Reduzir de 13,7/1.000 n.v para 12,7/1.000 n.v a mortalidade infantil.

DIRETRIZES

- 1.5.1 Ampliar e qualificar a rede materno-infantil.
- 1.5.2 Qualificar a investigação dos óbitos infantis.
- 1.5.3 Intervir oportunamente nas causas de óbitos infantis.
- 1.5.4 Ampliar leitos de UTI infantil

OBJETIVO 2

Aumentar a satisfação da sociedade com relação ao SUS em Mato Grosso

INDICADOR 2.1

Índice de satisfação da sociedade em relação às ações e serviços do SUS

META 2.1

Assegurar no mínimo 55% o nível de satisfação da sociedade em relação às ações e serviços do SUS em Mato Grosso.

DIRETRIZES

- 2.1.1 Implementar a gestão participativa com o fortalecimento do controle social no SUS.
- 2.1.2 Ampliar canais de “escuta” para a sociedade (ouvidoria, auditoria, conferências, audiências públicas, pesquisa de satisfação).
- 2.1.3 Implementar a auditoria estadual do SUS, a Ouvidoria Setorial de Gestão e a Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde.
- 2.1.4 Realizar a 8ª e a 9ª conferências estaduais de saúde.
- 2.1.5 Implantar o portal de transparência pública do SUS.
- 2.1.6 Avaliar a satisfação da sociedade quanto aos produtos e serviços de vigilância em saúde.

OBJETIVO 3

Garantir o acesso da população a serviços de qualidade

INDICADOR 3.1

Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária

META 3.1*

Aumentar de 59,57% para 62,02% a cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção primária.

DIRETRIZES

- 3.1.1 Ampliar o acesso à atenção básica em municípios com baixa cobertura e em municípios com mais de 50 mil habitantes.
- 3.1.2 Aprimorar o processo de monitoramento e avaliação da atenção primária à saúde (plano de ação, supervisão dos recursos financeiros, assistência farmacêutica).
- 3.1.3 Ampliar o número de unidades para o apoio diagnóstico.
- 3.1.4 Implantar a segunda opinião formativa na atenção primária.
- 3.1.5 Reduzir as internações por causas sensíveis à atenção primária.
- 3.1.6 Ampliar o incentivo financeiro para a atenção primária.
- 3.1.7 Organizar o sistema de vigilância em saúde de forma integrada e incorporada às ações desenvolvidas pela atenção em saúde.

*Em virtude de aumento considerável da cobertura em 2013, consequência da implantação de novas equipes e da atualização do sistema de informação pelos municípios, a meta proposta até 2015 deverá ser alterada e encaminhada posteriormente aos conselheiros.

INDICADOR 3.2

Proporção de serviços estruturados de redes prioritárias de atenção à saúde

Meta 3.2

2012-2015: Assegurar em 30% o credenciamento e/ou habilitação de serviços em conformidade com os planos das redes prioritárias.

DIRETRIZES

- 3.2.1 Implantar programa de residência médica.
- 3.2.2 Instituir incentivo financeiro para ampliação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.
- 3.2.3 Implantar o Sisreg III nos complexos de regulação estadual.

INDICADOR 3.3

Percentual de cumprimento dos procedimentos de média e alta complexidade da Programação Pactuada e Integrada (PPI) estadual

META 3.3

Ampliar de 87,24% para 90% o cumprimento dos Procedimentos de Média e Alta Complexidade da Programação Pactuada e Integrada (PPI) estadual.

DIRETRIZES

3.3.1 Estruturar os processos de regulação e contratualização de serviços para garantir o cumprimento da PPI.

3.3.2 Aperfeiçoar a PPI da assistência como instrumento organizador do acesso nas regiões de saúde.

3.3.3 Implementar mecanismos de programação, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde buscando a efetividade da execução.

PERSPECTIVA II



REGIÃO E MUNICÍPIOS

OBJETIVO 4

Contribuir para a gestão municipal com foco em resultado

INDICADOR 4.1

Percentual de metas alcançadas pelos municípios

META 4.1

Alcançar 60% das metas pactuadas nos 141 municípios.

DIRETRIZES

- 4.1.1 Fortalecer a gestão cooperada e regionalizada do SUS.
- 4.1.2 Monitorar e avaliar os indicadores de resultados das metas a serem alcançadas.
- 4.1.3 Fortalecer as instâncias de pactuação colegiada.
- 4.1.4 Orientar a implantação da política de assistência farmacêutica.
- 4.1.5 Promover a assinatura de contrato de ação pública em 100% das regiões de saúde.
- 4.1.6 Fortalecer a capacidade de planejamento estratégico, monitoramento, análise e avaliação da vigilância em saúde nos municípios.

INDICADOR 4.2

Porcentagem de municípios com Plano Municipal de Saúde

META 4.2

Assegurar que 100% dos municípios elaborem o Plano Municipal de Saúde.

DIRETRIZES

- 4.2.1 Incentivar a gestão municipal na estruturação da área de planejamento.
- 4.2.2 Apoiar os municípios no processo de construção dos instrumentos de planejamento em saúde.

OBJETIVO 5

Elevar o nível de desempenho dos profissionais do Sistema Único de Saúde

INDICADOR 5.1

Número de trabalhadores do SUS qualificados e formados por região de Saúde

META 5.1

Formar e qualificar 5.500 trabalhadores do SUS no Estado de Mato Grosso.

DIRETRIZES

5.1.1 Executar o plano de qualificação para gestores do SUS.

5.1.2 Implantar o Pareps de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS.

5.1.3 Implantar a qualificação profissional em serviço na modalidade de ensino à distância.

5.1.4 Construir uma agenda única de educação permanente em cooperação com as áreas técnicas da SES, promovendo a integração entre a gestão, vigilância e atenção à saúde.

INDICADOR 5.2

Nível de satisfação dos trabalhadores capacitados

META 5.2

Assegurar em 55% o nível de satisfação dos trabalhadores capacitados pela Escola de Saúde Pública.

DIRETRIZES

5.2.1 Realizar pesquisa anual de satisfação dos profissionais do SUS.

5.2.3 Implantar plano de melhoria da capacitação, com base no resultado da pesquisa.

INDICADOR 5.3**Percentual de regiões com Diretrizes da Política de Gestão do Trabalho em Saúde****Meta 5.3**

Assegurar 60% das regiões com as Diretrizes da Política de Gestão do Trabalho em Saúde.

DIRETRIZES

5.3.1 Estimular a despreciação do trabalho no SUS.

5.3.2 Incentivar os municípios a desenvolverem espaços de negociação.

5.3.3 Realizar os fóruns de gestão do trabalho em saúde nas 16 regiões do Estado.

PERSPECTIVA III



PROCESSOS INTERNOS

OBJETIVO 6

Fortalecer a gestão estratégica na SES

INDICADOR 6.1

Percentagem de metas do plano estratégico alcançada

META 6.1

Alcançar 80% das metas do plano estratégico.

DIRETRIZES

6.1.1 Implantar sistemática de monitoramento e avaliação mensal das metas do Plano Estratégico de Saúde.

6.1.2 Realinhar a estrutura organizacional ao Plano Estratégico de Saúde.

INDICADOR 6.2

Resultados alcançados no Programa de Qualidade do Serviço Público (Gespública)

META 6.2

Elevar de 66 para 250 a pontuação na autoavaliação do Programa de Qualidade do Serviço Público (Gespública).

DIRETRIZES

6.2.1 Realizar a autoavaliação anualmente.

6.2.2 Implantar plano de melhoria orientada pela autoavaliação.

INDICADOR 6.3

Percentual de unidades com estrutura física adequada

META 6.3

Assegurar 14% do ambiente de trabalho de acordo com as diretrizes da saúde do trabalhador.

Cap. 4

DIRETRIZES

6.3.1 Elaborar e executar plano de reestruturação física da SES.

6.3.2 Captar recursos para a readequação estrutural da SES.

INDICADOR 6.4

Tempo médio de trâmite processual

META 6.4

Assegurar que o tempo médio de trâmite processual não ultrapasse 30 dias.

DIRETRIZES

6.4.1 Implantar sistema de gerenciamento da qualidade nos processos administrativos e finalísticos com foco nos resultados.

6.4.2 Implantar o gerenciamento de rotina na SES.

6.4.3 Modernizar e normatizar os processos de trabalho.

6.4.4 Especializar servidores em elaboração de projetos e gestão de convênios.

6.4.5 Automatizar os processos de trabalho da SES.

6.4.6 Implantar sistema de auditoria e controle dos processos internos da SES.

INDICADOR 6.5**Prazo de finalização dos processos de aquisição****META 6.5**

Garantir o prazo médio máximo de 60 dias para a finalização do processo licitatório.

DIRETRIZES

6.5.1 Elaborar até 30 de janeiro o plano anual de aquisição.

6.5.2 Normatizar os processos de aquisições.

6.5.3 Estabelecer um acordo de fornecimento com as partes envolvidas (SAD, CEPROMAT, SEFAZ, SEPLAN E SECID).

INDICADOR 6.6**Disponibilidade oportuna de informação****META 6.6**

Garantir que 80% de informação necessária ao desenvolvimento dos processos de trabalhos da SES estejam disponíveis ao usuário em tempo oportuno.

DIRETRIZES

6.6.1 Definir e implantar Plano Diretor de Tecnologia da Informação, alinhado as prioridades do Plano Estratégico.

6.6.2 Instituir o Comitê de Tecnologia da Informação.

6.6.3 Qualificar o gerenciamento dos Sistemas de Informação da Saúde.

6.6.4 Implantar Plano de Comunicação da SES-MT; (Segurança de informação, Site, Disseminação, Plano de comunicação interna).

PERSPECTIVA IV



APRENDIZADO E CRESCIMENTO

OBJETIVO 7

Melhorar o nível de desempenho profissional e gerencial dos trabalhadores da SES

INDICADOR 7.1

Nível de desempenho dos trabalhadores da SES

META 7.1

Garantir que no mínimo 20% de trabalhadores da SES tenham desempenho satisfatório.

DIRETRIZES

7.1.1 Implantar o Plano da Gestão por Competência na SES.

7.1.2 Dimensionar a força de trabalho na SES.

7.1.3 Adequar o PCCS dos trabalhadores da SES.

7.1.4 Estruturar o Programa de Avaliação de Desempenho de acordo com a Lei nº 441/2011.

INDICADOR 7.2

Percentual de trabalhadores e gestores em processo de formação para liderança

META 7.2

Garantir 20% de trabalhadores e gestores em formação para liderança.

DIRETRIZES

7.2.1 Implantar o Programa Conviver e Melhorar na SES.

7.2.2 Fomentar o diálogo entre gestores e trabalhadores.

7.2.3 Implantar espaço de negociação.

7.2.4 Implantar o Programa de Desenvolvimento de Líderes aos gestores e trabalhadores da SES-MT.

INDICADOR 7.3

Percentual de trabalhadores qualificados e formados na SES

META 7.3

Garantir 40% dos trabalhadores qualificados e formados da SES.

DIRETRIZES

- 7.3.1 Elaborar o plano de formação e qualificação dos trabalhadores da SES.
- 7.3.2 Executar os cursos de formação e qualificação de acordo com as demandas da gestão, vigilância e atenção da gestão da SES.
- 7.3.3 Implantar o núcleo estruturante da gestão pedagógica.

OBJETIVO 8

Assegurar a valorização e o reconhecimento dos servidores

INDICADOR 8.1

Percentual de práticas inovadoras aplicadas pelo trabalhador

META 8.1

Certificar 100 trabalhadores em ações inovadoras.

DIRETRIZES

- 8.1 Estimular a prática de ações inovadoras aplicadas pelos trabalhadores da SES.
- 8.2 Implantar o plano de gestão do conhecimento na SES.
- 8.3 Implantar o programa de valorização para os trabalhadores da SES previsto na Lei Complementar 441-2011.

INDICADOR 8.2

Nível de satisfação do servidor

META 8.2

Alcançar o nível de satisfação dos servidores igual ou superior a 60%.

Cap. 4

DIRETRIZES

- 8.2.1 Realizar pesquisa anual do clima organizacional para fazer o diagnóstico.
- 8.2.2 Estabelecer plano de melhoria com base no resultado da pesquisa.

PERSPECTIVA V



FINANCEIRA

OBJETIVO 9

Qualificar aplicação do recurso público na Saúde

INDICADOR 9.1

Nível de execução orçamentária

META 9.1

Elevar de 98% para 99% a execução orçamentário financeira na SES.

DIRETRIZES

9.1.1 Implantar sistemática de monitoramento mensal da execução orçamentária da receita e despesa.

9.1.2 Implantar a sistemática de gestão financeira.

INDICADOR 9.2

Índice de desperdício

META 9.2

Reduzir o índice de desperdício em 20%, até 2015.

DIRETRIZES

9.2.1 Eliminar desperdícios e perdas de insumos e equipamentos no processo produtivo da SES.

OBJETIVO 10

Elevar o volume de recursos na Saúde

INDICADOR 10.1

Percentagem de recursos financeiros externos captados

META 10.1

Elevar em 10% o volume de recursos financeiros captados, em relação à média dos últimos três anos.

DIRETRIZES

10.1.1 Criar carteira de projetos voltados para o Ministério da Saúde e outras fontes financiadoras.

10.1.2 Melhorar o faturamento da rede de atenção do SUS-MT.

10.1.3 Articular junto aos parlamentares emendas direcionadas aos objetivos do planejamento estratégico da SES.

INDICADOR 10.2

Percentagem de recursos financeiros internos captados

META 10.2

Elevar de 12% para 15% o volume de recursos próprios.

DIRETRIZES

10.2.1 Articular junto ao Governo do Estado para elevar o percentual da aplicação de recursos próprios.

MONITORAMENTO & AVALIAÇÃO

O sistema de monitoramento e avaliação do PES 2012-2015 será realizado por meio do sistema de Gestão de Planejamento Estratégico disponibilizado pelo Tribunal de Contas Estadual de Mato Grosso – TCE.MT. Serão realizadas reuniões mensais da equipe de dirigentes e o Secretário de Estado de Saúde para análise conjunta da execução dos Planos de Ação pelo método PDCA, com realinhamento e redirecionamento das ações, com avaliação quadrimestral das metas dos objetivos estratégicos.

O desempenho e resultados da execução do Plano Estadual de Saúde serão demonstrados na Sala de Gestão à vista, norteados as melhorias contínuas para a busca da excelência da gestão da SES e da melhoria dos serviços de saúde destinados à população mato-grossense.

BIBLIOGRAFIA

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006a; v. 4)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Aids, DST e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais. Brasília: 2010. 62p. Ano I.nº 01.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Aids, DST e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Hepatites Virais. Brasília: 2011. 82p. Ano II. nº 01.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Material instrucional para capacitação em vigilância epidemiológica das Hepatites Virais. Brasília: 2008.116p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2008 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gest.º Descentralizada. – Brasilia : Editora do Ministério da Sa.de, 2010. 248 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Sa.de) (Série Pactos pela Sa.de 2006 ; v. 14)
- COSTA, Regina P de O. A. at AI - Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (M&A da AB) Costa, Regina P de O. A. at AL, Cuiabá, 2009.
- BRASIL. Fundação Nacional do Índio. Índios do Brasil. Disponível em: <www.funai.gov.br> Acesso em 04 jul. 2011. Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(2): 295-305.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 1 ed. E. reimpr – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- Santos, Lenir. – SUS e a Lei Complementar 141 comentada / Lenir Santos – 2ed – Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. Organização e Funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. Ed Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. Ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

ROCHA, R. C. B. da; SOARES, R. R. Impacto de Programas de Saúde a Nível Familiar e Comunitário: Evidências do Programa Saúde da Família. **Anais do XXXVI Encontro Nacional de Economia**. 2008

SILVA, L. S. O Financiamento Estadual para Estratégia Saúde da Família no Estado de Mato Grosso 2003 a 2011. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Política Social, Cuiabá, 2013.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação de estrutura e do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.13139, jan/fev, 2001.

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Sept. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2001000100013.

SZNELWAR, L.I.; ABRAHÃO, J.I. Programa Saúde da Família: Pontos de vista da organização de serviços, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. In: *Inquéritos com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF*. – São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP, 2007. – *Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos*; 3. 244 p. vários coordenadores. Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.

