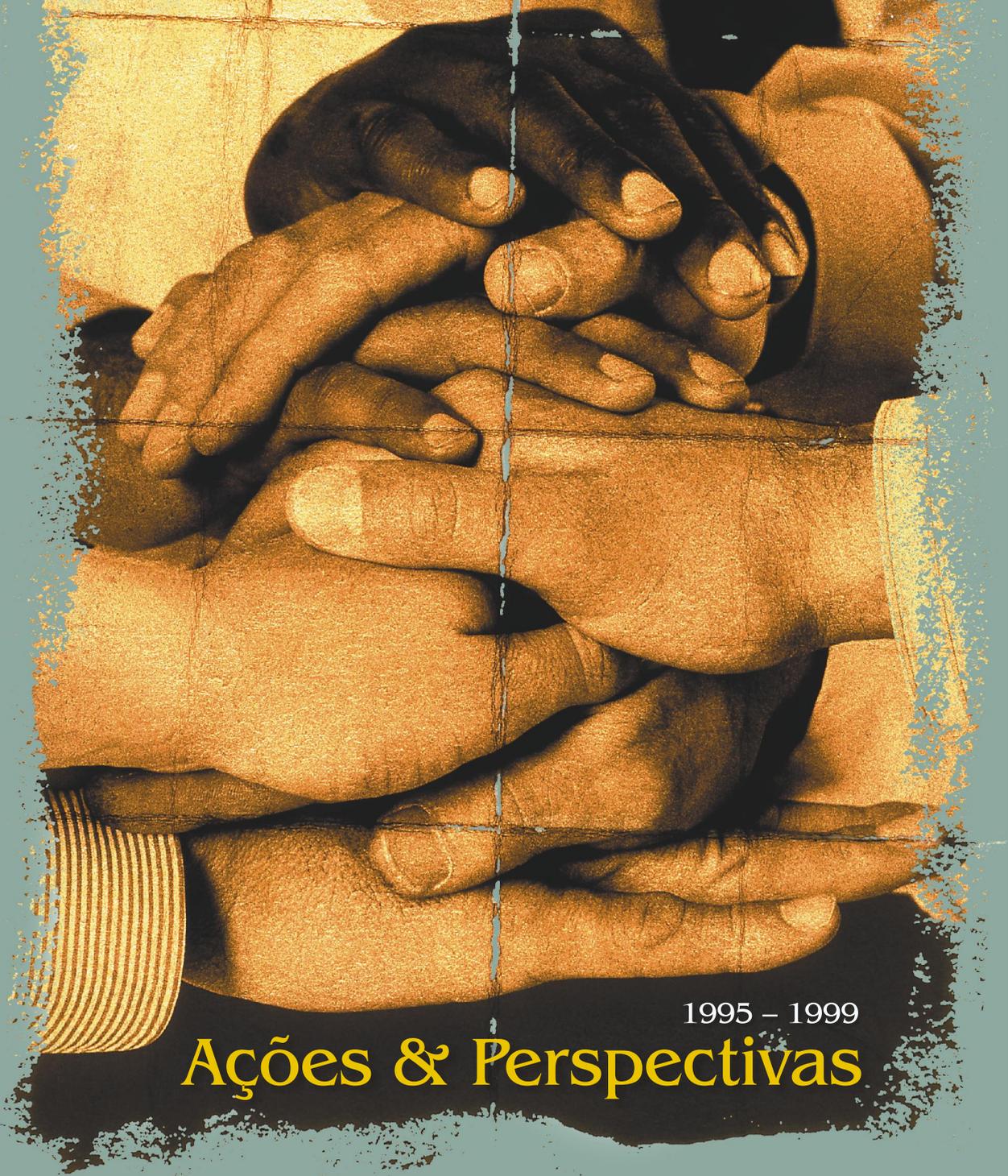


SAÚDE PÚBLICA

em Mato Grosso



1995 – 1999

Ações & Perspectivas

SAÚDE PÚBLICA

em Mato Grosso



1

1995 – 1999

Ações & Perspectivas

Cuiabá – MT
2000

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

Coordenação Editorial & Organização

Ione Mariza Bortolotto

Produção Editorial:

ENTRELINHAS EDITORA

Editora e Designer Gráfico: Maria Teresa Carrión Carracedo

Redação: Silvio de Carvalho

Fotos: Laércio Miranda, arquivos da SES
e SECOM-MT (Lenine Martins, Mário Vilela,
Meneghini, Otmar de Oliveira e Ricardo Martins)

Revisão Ortográfica: Cristina Campos

Programação Visual: Ricardo Carrión Carracedo

Foto da Capa: Tony Stone Images

Correspondência

Coordenadoria do Sistema Estadual de Informação em Saúde

Secretaria de Estado de Saúde

Centro Político Administrativo Bl 05

78.050-970 – Cuiabá - MT

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

e@mail: dinfemt@terra.com.br

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

SAÚDE PÚBLICA

em Mato Grosso



3

1995 – 1999

Ações & Perspectivas

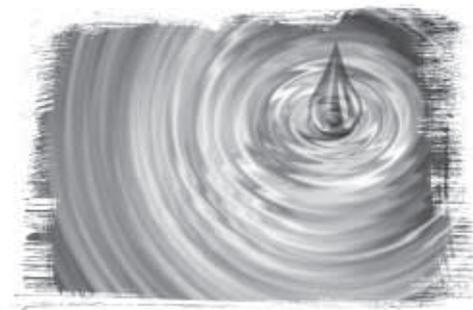
Cuiabá – MT
2000

Agradecimentos

À todos os técnicos da SES e profissionais de outras instituições que gentilmente participaram com informações e análise crítica na elaboração deste documento.

Equipe Técnica de Elaboração

Adélio Dalmolim	Mara Castrilon Ibanez
Adenildes Cristina da Silva	Maria Aida Silva Anhesini
Airton Pulchério	Maria Coutinho N. dos Santos
Amaury Ângelo Gonzaga	Maria Emília Janella Alves
Ana Conceição Calhao	Maria de Fátima Martin
Antônio Roberto Torres	Maria de Lourdes Queiroz
Beatriz Alves Castro	Maria Welter
Benedita Leandro Freiria	Marilda Santos Spinelli
Claudemir Mendes de Souza	Marisa Helena Alves Batista
Cláudia Borges Gonçalves	Mercedes Settem
Cleoni Silvana Krüger Dambros	Meriene F. Catalá Jorge
Dailse Maria de Paula	Mirian Silva
Dalme Jurema P. Silva	Ney da Silva Pereira
Dejair José Pereira	Paulo Roberto Jost
Edelson Santana	Rachel Tegon Pinho
Edna Marlene Carvalho	Regina Lúcia Monteiro Figueiredo
Elaine Bastos Quinteiro Ribeiro	Rita Christina Martins Borges
Elisete Duarte	Rose Maria Peralta Guilherme Fava
Fátima Aparecida Ticianel Schrader	Roseny Costa Marques Amarilha
Fernanda Neves Tavares	Selma Auxiliadora de Oliveira Marques
Francisco de Melo Castro	Silna de Campos Duarte Ribeiro Macedo
Geny Catarina F. Rodrigues Lopes	Stella Maris Malpici Luna
Gilce Maynard Buogo Gattas	Suely Machado
Hildenete Monteiro Fortes	Sunilde Gomes Aldave Farias
Ilza Maria D. A. Ferraz	Susilei Lourenço dos Santos
Inês de Cássia Franco Pedrosa	Teresa Pompilio
Ione Mariza Bortolotto	Ubirajara Sampaio Mota
Iraci Pires de Oliveira	Valdete M. Armant Antiqueira
Janete Anna Farias Grabert	Vera Lúcia T. Bragaglia
José Eurípedes Leão	Vicente Herculano da Silva
Josinete Regina Albuquerque Fonseca	Vilma Fortes
Landrimar Trindade	Zanizor Rodrigues da Silva
Loiva Lide Wendpp	Zenaide Ferreira Camargo Rocha
Lourdes Tomaz França	Zulma Albuquerque de Siqueira



Todos sabem que a gota
se dissolve no oceano,...
... mas poucos sabem
que o oceano,
na gota, se dissolve.

Kabir (1450 - 1518)



8 EDITORIAL

10 ENTREVISTA

O PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MATO GROSSO

18 AÇÕES DESENVOLVIDAS

21 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

23 Conselho fortalece diálogo entre Governo e Comunidade

24 Conselhos Municipais garantem controle social

26 Ouvidoria se consolida e cria diálogo com o usuário

27 MODELO DE GESTÃO

28 Descentralização reorganiza o sistema

30 Consórcios melhoram atendimento no interior

39 RECURSOS DO SUS

40 Recursos para a saúde aumentam

43 Auditoria descentraliza funções

44 Definidos novos parâmetros para a distribuição de AIHS

45 PREVENÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

46 Um novo conceito de atendimento à comunidade

49 Prevenção e assistência às DSTs está consolidada

53 Tratamento da hanseníase obtém melhores resultados

55 Programa de Tuberculose humaniza tratamento

57 Saúde da criança

60 Saúde da mulher

64 Saúde bucal

67 Saúde indígena

70 Educação em Saúde consolida modelo preventivo

73 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

74 Novas estratégias melhoram a assistência

77 Mato Grosso começa a realizar transplantes

78 Setor administrativo é modernizado

80 Atendimento direto ao usuário

81 VIGILÂNCIA À SAÚDE

82 Vigilância Sanitária descentraliza fiscalização

85 A meta é atingir 100% de cobertura vacinal

89 Vigilância alimentar e nutricional da população

91 UNIDADES DE REFERÊNCIA DA SES

92 LACEN amplia e moderniza o atendimento

97 NORMAT descentraliza o atendimento

100 Com sangue novo, Hemocentro se consolida

104 CECAP aumenta produção em 300%

106 Reabilitação descentraliza o atendimento

111 Portador de sofrimento mental recupera cidadania

117 Mais atenção ao usuário de álcool e drogas

119 RECURSOS HUMANOS

120 Mudanças na Política de Recursos Humanos

123 Escola Técnica de Saúde forma novo profissional

127 SISTEMA DE INFORMAÇÕES

128 Sistema de informações reorganiza indicadores

130 SINASC otimiza informações

132 Precisão da “causa mortis” permite análise epidemiológica

133 VISÃO ESTRATÉGICA

134 O PAPEL DO ESTADO NA SAÚDE PÚBLICA FOI REDEFINIDO

136 MISSÃO

137 VALORES

138 OBJETIVOS

139 PERSPECTIVAS

140 O PROCESSO INDICOU O CAMINHO

141 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2000 – 2003

EDITORIAL

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso como gestora do Sistema Único de Saúde, tem entre as suas principais funções a definição de políticas, o assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de Saúde.

Em 1995, no início da primeira gestão do Governo Dante de Oliveira, encontramos a Saúde Pública de Mato Grosso completamente desarticulada, sem diretrizes, dissociada dos interesses maiores da população, precariamente assistida e submetida aos interesses clientelistas.

O diagnóstico dessa situação subsidiou a formulação da Política Estadual de Saúde, bem como o estabelecimento de prioridades e estratégias para o setor. Uma das diretrizes do novo governo era a implantação de instâncias que viabilizassem a participação da sociedade na definição e condução do Sistema de Saúde Pública de Mato Grosso, de forma irreversível. Tínhamos muito trabalho a fazer, um quadro de recursos humanos muito aquém das necessidades em quantidade e qualificação. Mas a vontade de transformar e de alcançar os objetivos propostos, motivou o trabalho, com o envolvimento de todos os profissionais de Saúde do Estado, assim como dos gestores municipais e de um bom número de conselheiros de saúde estaduais e municipais.

Dentro desta linha, a Secretaria vem trabalhando no sentido de mudar a organização da atenção à saúde no Estado, tanto com a implantação de novos modelos de atenção, quanto na descentralização do Sistema através da reorganização dos serviços no interior.

A Secretaria priorizou três eixos de atuação para alcançar este objetivo: a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção primária à saúde; os Consórcios Intermunicipais de Saúde como a melhor solução de modelo de gestão para garantir assistência ambulatorial e hospitalar; e a organização dos Serviços de Referência como forma de garantir o atendimento das especialidades médicas no interior do Estado e diminuir o fluxo de usuários para Cuiabá.

As estratégias utilizadas pela Secretaria priorizaram a capacitação de técnicos e gestores, o fortalecimento dos Pólos Regionais de Saúde como instâncias regionalizadas de atuação, o investimento em obras e equipamentos para os municípios, a cooperação técnica na organização dos serviços e implantação dos novos modelos de atenção, o assessoramento aos municípios para a habilitação no SUS, o apoio técnico e financeiro aos consórcios, o planejamento e viabilização do sistema de referência, a descentralização dos mecanismos de

controle do SUS como a instalação das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), Câmaras de Compensação de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) e Câmaras de Auditoria em todas as Regionais de Saúde, e a disseminação de informações como subsídio para a gestão e controle. Todas estas ações foram acompanhadas por uma mudança na forma de condução da Secretaria e conseqüentemente do SUS em Mato Grosso.

Entre as mudanças cite-se a definição da Política de Saúde para o Estado, as definições de metas e prioridades anuais baseadas nesta Política e com a ampla participação do corpo técnico da Secretaria, a realização de avaliações periódicas, a participação das chefias e técnicos do nível central e das demais Unidades Descentralizadas e Pólos Regionais de Saúde nas reuniões de condução ampliada realizadas semanalmente.

Além disso, são fundamentais o efetivo funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite, onde são debatidos e encaminhados todos os problemas referentes à organização do sistema descentralizado, assim como a ação maior do Conselho Estadual de Saúde, formulando políticas, definindo prioridades, controlando, avaliando e normatizando o Sistema.

Com isso as informações são amplamente disponibilizadas e discutidas trazendo para o nível de decisão a contribuição dos técnicos, dos gestores municipais, dos representantes dos consórcios e demais conselheiros, resultando em decisões de consenso, onde o SUS vem sendo consolidado a partir de um amplo movimento que não separa quem formula de quem executa e de quem usufrui seus direitos.

Em 1999 a Secretaria voltou-se para a avaliação da trajetória percorrida, dos resultados obtidos e para a consolidação dos avanços alcançados, culminando no ajuste da Política Estadual de Saúde e a construção do Plano Estadual de Saúde, que tem como meta a melhoria da saúde da população.

Estamos avançando em nossa proposta. Muitos dos objetivos foram alcançados e ainda há muito por fazer. Mas as transformações já são evidentes e são o resultado da somatória dos esforços de todos os envolvidos. À eles o nosso agradecimento, o nosso reconhecimento e o crédito pelas vitórias obtidas e pelo entusiasmo com que aderiram à construção de um sistema de saúde digno para os cidadãos de Mato Grosso.

Julio Strubling Müller Neto
Secretário de Estado de Saúde

O PROCESSO DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MATO GROSSO

Em cinco anos de trabalho, de 1995 a 1999, foi possível mudar o perfil das políticas de saúde de Mato Grosso. Com uma proposta abrangente, alicerçada nas diretrizes do Plano de Metas da Frente Cidadania e Desenvolvimento, mudanças radicais e irreversíveis foram implementadas.

A descentralização do atendimento, a garantia da participação popular na elaboração das políticas, a municipalização, a expansão dos programas de saúde preventiva, uma política de capacitação de recursos humanos e de combate às epidemias são propostas da Política de Saúde do Estado e já estão sendo consolidadas.

Nesta entrevista, o Secretário Júlio Strubing Müller Neto, que assumiu a SES em 1995, fala sobre como encontrou a

Saúde Pública, os principais problemas identificados e as ações empreendidas para estruturar o atendimento às necessidades da sociedade.

Ao assumir a SES em 1995, qual o diagnóstico da Saúde Pública no Estado?

Júlio Müller – Existia um grande descompasso entre os municípios e o Estado, que não cumpria o seu papel de organizador do SUS. Até 1994, quando um município tinha algum problema que ultrapassava sua capacidade de resolução, não tinha a quem recorrer, já que a função do Estado não estava sendo cumprida. Não existia cooperação técnica entre os gestores municipais e Governo Estadual e o processo de descentralização estava emperrado.

Os consórcios intermunicipais ainda não haviam sido implantados, obrigando as prefeituras a enviar casos simples, que poderiam ser resolvidos no próprio interior, para Cuiabá. Esses casos aumentavam a demanda na capital, contribuindo para piorar a qualidade dos serviços do SUS. Os Pólos Regionais de Saúde também estavam reduzidos a meros depósitos de comida e remédios. Aliás, uma de nossas principais metas foi transformá-los em “nós” informacionais da rede.

Naquele momento, os municípios estavam despreparados para executar as tarefas mínimas de promoção e prevenção à saúde, contando com reduzido número de técnicos com pouca qualificação profissional em praticamente todas as áreas. A população, carente de assistência,



não dispunha de serviços e estratégias eficazes, voltadas para a Atenção Primária. Por exemplo, nenhum município do Estado tinha o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Havia, nesse sentido, muito trabalho a se fazer para orientar os municípios no cumprimento dos requisitos básicos para sua habilitação no SUS. Não existia uma consciência clara por parte de prefeitos e secretários municipais de que eles são as autoridades sanitárias básicas, responsáveis por todos os aspectos referentes à Atenção Primária. Quando falamos em Atenção Primária, referimo-nos à cobertura mínima de saúde que a população deve ter em relação a vacinas, consultas médicas, programas de suplementação alimentar, medicamentos básicos, laboratório básico, etc.

Nosso quadro de recursos humanos também era insuficiente, apresentando muitos profissionais sem a qualificação necessária, além de a maioria dos contratos serem temporários. Uma de nossas primeiras metas foi a reversão dessa situação. As populações indígenas estavam desassistidas. Um dos eixos que priorizamos foi a questão da prevenção, já que o sistema de saúde estava quase totalmente voltado para a assistência hospitalar. Até então, a preocupação era com o tratamento da doença e não com sua prevenção. Mais de 60% dos recursos com assistência hospitalar eram gastos com internação.

A cobertura vacinal era precária. Doenças como tuberculose e hanseníase tinham alta incidência no Estado. Assumimos a Secretaria em meio a uma epidemia de dengue.

A partir dessa realidade, quais foram as diretrizes traçadas?

Júlio Müller – As diretrizes foram as seguintes:

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

Uma das grandes falhas no sistema era a ausência de cooperação técnica entre Estado e os municípios, o que dificultava a descentralização.

Hoje, Mato Grosso é um dos Estados brasileiros que têm 100% de suas prefeituras habilitadas na Gestão Plena da Atenção Básica. Isso significa que os prefeitos e secretários municipais estão começando a assumir suas responsabilidades sanitárias para todos os aspectos de atenção primária. Procuramos também priorizar outro eixo: a organização dos gestores locais através da organização, planejamento e programação de ações de saúde de forma regional. A mais importante e significativa são os Consórcios, uma sociedade política entre municípios, composta de conselhos diretores de prefeitos e conselhos técnicos de secretários de saúde. Os consórcios são, portanto, instâncias políticas de

Procuramos também priorizar outro eixo: a organização dos gestores locais através da organização, planejamento e programação de ações de saúde de forma regional.

articulação dos municípios de determinada região, com poder de adotar decisões que sejam consideradas prioritárias.

Além dos Pólos Regionais, que conseguimos rearticular através do planejamento de ações para cada região, organizamos instâncias bipartites, que são um colegiado de secretários e representantes da SES para discutir problemas e organização das ações em cada região do Estado. Nessas bipartites regionais, criamos Câmaras de Compensação de AIHs, que elaboraram mecanismos de programação, controle e avaliação das ações de saúde. Ainda estamos capacitando os técnicos dos municípios para descentralizar as ações mais simples, por exemplo, a vigilância sanitária, mas, na verdade, isso acontece com todas as outras áreas.

Esse processo já foi concluído?

Júlio Müller – Não. Ainda está em construção e muito longe de ser concluído: à medida em que você vai proporcionando capacitação, treinamento, os municípios vão desenvolvendo os seus serviços e ações de saúde. O importante é que, com a descentralização, o sistema se organiza. Nesse sentido, o Estado, ao contribuir para esse processo, fica mais

perto do município e dá respostas mais rápidas, consolidando a cooperação técnica. Por outro lado, ele ajuda a construir a referência e contra-referência, assistência especializada, ambulatorial ou hospitalar, que você não precisa ter em todos os municípios. Dessa forma, o Estado tem que garantir aos municípios onde é que eles devem levar pacientes que não podem ser atendidos no próprio município. Ao mesmo tempo, cabe à SES orientá-los no sentido de implantar programas de promoção e prevenção à saúde.

O fluxo de usuários para Cuiabá começa a diminuir e a mudar seu perfil. Para se ter uma idéia, o Hospital de Sorriso encaminhava de 30 a 40 pacientes por mês a Cuiabá; hoje, esse número não chega a seis. No entanto, são pacientes com patologias mais complicadas que precisam de atendimento especializado.

Dentro desse processo, quais foram as diretrizes traçadas para o setor de Recursos Humanos?

Júlio Müller – Fizemos um esforço muito grande para a capacitação de nosso quadro de recursos humanos no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde. No interior, ainda há uma grande carência de profissionais de nível superior. Essa necessidade de capacitação foi uma prioridade da Secretaria, seja na linha de formação – habilitar pessoas para o mercado de trabalho -, seja na forma de pequenos treinamentos de dois ou três dias para a execução de ações específicas. Cerca de 9 mil pessoas passaram por treinamentos. No que se refere à formação, de 1995 a 1999, formamos 1.432 pessoas. Isso é importante, inclusive, do ponto de vista da geração de novos empregos, através da qualificação de profissionais para o mercado de trabalho. A área de prestação de serviços

*Hoje,
Mato Grosso é um dos
Estados brasileiros que
têm 100% de suas
prefeituras habilitadas
na Gestão Plena da
Atenção Básica.*

para a saúde é uma das que mais cresce em Mato Grosso.

Ainda dentro deste eixo, trabalhamos muito com a valorização do profissional. Quando assumimos, apenas 20% do quadro da SES era de funcionários estáveis. Hoje, conseguimos inverter a relação, praticamente 75% deles são estáveis. Mas é um processo que ainda está acontecendo, que foi sendo executado ao longo destes cinco primeiros anos. Além disso, investimos pesado na especialização de técnicos de nível superior, através de uma parceria com a UFMT, já que esta qualificação não é função da SES. Realizamos oito cursos de especialização. Colocamos dentro do sistema uma massa crítica de técnicos em condições de dar continuidade e fazer avançar o trabalho.

Qual o eixo norteador das mudanças?

Júlio Müller – Todas as ações que empreendemos têm como objetivo primeiro mudar o antigo modelo de saúde, centrado na doença, para um sistema preocupado em promover a saúde sem se descuidar da assistência.

É um processo em construção permanente. Só vamos conseguir realmente mudar esse modelo quando todos os serviços e ações voltadas para o atendimento integral da saúde estiverem organizados. O atendimento integral cuida desde a educação em saúde para a população, passando por ações de prevenção, como vacinas, até ações de tratamento e reabilitação. Hoje, o SUS ainda não alcançou esse modelo de atendimento integral, muito menos a articulação com outras políticas públicas.

Entendemos que a principal estratégia para a construção desse novo modelo é a saúde da família. Você tem uma equipe de profissionais de nível superior, médio e até

elementar, os agentes comunitários, que trabalham integrados, assumindo a responsabilidade sanitária por um grupo determinado de pessoas.

A lógica desse trabalho é intersetorial. O que é isso? A equipe procura ver os problemas não apenas como de saúde, mas procura detectar a interface disso com a área social, com a alimentação, com a habitação e articular ações, por exemplo, na área de saneamento, para resolver os problemas daquelas famílias.

Todas as ações que empreendemos têm como objetivo primeiro mudar o antigo modelo de saúde, centrado na doença, para um sistema preocupado em promover a saúde sem se descuidar da assistência.

Outra lógica é que a equipe trabalha fora da unidade. Ela não fica esperando as pessoas ficarem doentes, ela vai a campo, trabalhando na linha de prevenção e da promoção. Há casos em que essas equipes conseguem resolver 95% dos problemas de saúde da comunidade e encaminha apenas 5% dos casos. A tendência de um programa como esse é diminuir o número de leitos e hospitais, como aconteceu no Canadá. Quando este programa foi implantado lá, na década de 70, 80, vários hospitais foram fechados. É esse o modelo que queremos consolidar.

A democratização e a participação popular foram diretrizes políticas deste governo. O que a SES fez nesta direção?

Júlio Müller – Lutamos em várias frentes de trabalho. Uma delas foi o fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde, como um grande espaço de formulação e definição das políticas de saúde. É no Conselho que interesses setoriais e de vários segmentos da população procuram construir uma política que contemple as verdadeiras necessidades da população do Estado. Promovemos a III Conferência Estadual de Saúde, em 1996, e desenvolvemos um grande processo de capacitação de conselheiros municipais de saúde.

Na área de assistência à saúde, quais as principais ações que a Secretaria conseguiu desenvolver?

Júlio Müller – Desde o início, reorientamos as prioridades no sentido de dar mais atenção à assistência ambulatorial. Neste sentido, fizemos uma inversão de gastos em Mato Grosso, que até 1994 gastava 60% de seus recursos com a área hospitalar e 40% com a ambulatorial. Hoje, devemos estar gastando 55% com ambulatorios e 45% com hospitais. Isso foi definido porque a área ambulatorial ajuda a impedir que as pessoas se internem, é basicamente municipalizada e é quase que totalmente

pública. Essa iniciativa, somada aos consórcios, garantiu uma melhoria na assistência ambulatorial e hospitalar.

O SUS faz em Mato Grosso cerca de 17 mil internações e 300 mil consultas médicas por mês, sem falar em exames de laboratório. Já começamos também a fazer transplantes, e criamos uma Central de Transplantes. Também estamos fazendo tratamentos complexos, como hemodiálise, atendendo a pacientes que, sem esses serviços, não estariam vivos. Estamos fornecendo medicamentos de alto custo, para pacientes de oncologia, da cardiologia e transplantados. Alguns serviços são prestados diretamente pela rede pública; outros comprados. A rede pública estadual conseguiu significativos avanços em algumas áreas como a reabilitação, onde conseguimos, através de uma política de parceria com os municípios, implantar unidades de reabilitação municipalizadas em 47 municípios, de modo que temos hoje uma cobertura populacional de mais de 2/3 da população de todo o Estado.

Quais os avanços verificados nos serviços de referência do Estado?

Júlio Müller – O Hemocentro, em 1994, era uma unidade que fazia apenas 100 coletas de sangue por mês. Hoje estamos fazendo 1.200, garantindo praticamente 50% do sangue necessário no Estado. Procuramos também fazer uma grande reestruturação do LACEN, que era um laboratório que fazia apenas exames de baixa complexidade – o que nunca foi sua finalidade. Conseguimos fazer com que ele se tornasse retaguarda para a Vigilância Sanitária. O LACEN faz, atualmente, análises toxicológicas de água e alimentos, pesquisa microorganismos causadores de doenças como dengue, meningite, exames que ele não fazia antes. Também fizemos um investimento pesado

É no Conselho que interesses setoriais e de vários segmentos da população procuram construir uma política que contemple as verdadeiras necessidades da população do Estado.

no Hospital Adauto Botelho, que é responsável pela saúde mental. Lá, estamos fazendo um grande trabalho com o ambulatório e ampliando sua estrutura. No próprio Adauto, fizemos um centro ambulatorial para tratamento de dependentes de substâncias químicas. Pretendemos ampliar esse trabalho e interiorizá-lo.

O NORMAT continua dando um boa cobertura para vítimas de picadas de animais peçonhentos. Mato Grosso tem uma grande população rural, o que acaba levando a esse tipo de acidente.

O Centro de Referência em Saúde é responsável por importantes serviços, como a Dermatologia Sanitária, a Pneumologia, o Programa de Controle de Diabetes e Doenças Cardiovasculares, além de DST/Aids.

Como é feito o controle da internação hospitalar pela Secretaria?

Júlio Müller – É feito pela Coordenadoria de Administração Ambulatorial e Hospitalar, que sofreu mudanças organizacionais e administrativas para acompanhar todo esse processo, agrupando, ainda, as unidades de referência.

O nosso objetivo é desenvolver um grande trabalho de estruturação, planejamento, programação, controle e avaliação das ações de saúde e essa Coordenadoria tem uma participação ativa. Ela talvez exerça, hoje, um dos mais importantes papéis da Secretaria, responsável pela definição e atualização permanente das programações de internação, destinação, valores físicos e financeiros etc. Hoje temos uma programação para todo o Estado e ainda conseguimos desenvolver uma rede informatizada para controlar e avaliar essas ações. Antes, não havia como

acompanhar o desenvolvimento do sistema. A grande missão da Coordenadoria é planejar, organizar e gerenciar o Sistema de Referência em todo o Estado.

Como a Secretaria se responsabiliza pela destinação dos recursos do SUS ao programar as Autorizações para Internação Hospitalar (AIH), criamos um mecanismo de controle que conta, inclusive, com auditorias prévias, analíticas. As fraudes diminuíram muito. Um exemplo: em 1994, 11,4% da população de Mato Grosso era internada; hoje, esses números estão em torno de 8,2%. Éramos o segundo Estado brasileiro que mais internava e chegamos a ter município que internou 30% de seus habitantes. Evidentemente, tudo isso era fabricado porque não havia nenhum controle.

Como era e como ficou a distribuição de AIHs?

Júlio Müller – Quando assumimos a SES, a distribuição de AIHs era utilizada como moeda de barganha política. O Gabinete do Secretário vivia lotado de prefeitos e secretários pedindo AIHs. Quem podia mais, levava. Encerrei definitivamente essa prática. Instituímos critérios técnicos relacionados à população

... fizemos uma inversão de gastos em Mato Grosso, que até 1994 gastava 60% de seus recursos com a área hospitalar e 40% com a ambulatorial. Hoje, a proporção é de 55% com ambulatórios e 45% com hospitais.

de cada município e a capacidade de atendimento existente.

Esse é o novo parâmetro. A partir dessa informação, estabelecemos uma programação, identificamos quem interna mais e por que. Uma capital como Cuiabá, por exemplo, interna mais que municípios vizinhos que não têm hospital, ou, se têm unidades hospitalares, são unidades de pouca complexidade. Esses municípios que internam mais têm que ter mais AIHs. O que nós fizemos? Destinamos as AIHs desses municípios para os gestores e os conselhos municipais de saúde poderem controlar a distribuição, de forma que as Autorizações de Internação vão para onde os pacientes estão sendo internados.

Parte dessas AIHs vão para as Câmaras de Compensação, que se encarregam de distribuí-las no final do mês, após a reunião dos secretários municipais. O caso de Cuiabá é diferente, porque fizemos a programação prevendo que a capital interna um grande número de usuários. Cuiabá, portanto, não trabalha com AIH; ela recebe o dinheiro direto na conta.

Quais os novos papéis da SES, a partir do SUS?

Júlio Müller – Com a implantação do SUS no Brasil, tivemos um problema que

Quando assumimos a SES, a distribuição de AIHs era utilizada como moeda de barganha política. O Gabinete do Secretário vivia lotado de prefeitos e secretários. Encerrei definitivamente essa prática.

afetou todo o país, já que as Secretarias Estaduais perderam a função que tinham antes, a de prestadoras, executoras de serviços. Quando essa mudança aconteceu, ninguém mais sabia ao certo a sua função. Foi um processo que ajudamos a construir. O novo papel da SES, hoje, é o de definir prioridades estaduais para a saúde, fazer planos, programações e administrar isso tudo em parceria com os municípios. Atualmente, a Secretaria coordena, programa, avalia, controla e planeja essas políticas de saúde, além de garantir a referência.

Esse processo exigiu uma nova postura na rede de informação da Secretaria...

Júlio Müller – Informatizamos todas as áreas: patrimônio, controle de estoque, almoxarifado. Criamos manuais, padronizamos o material de consumo, onde consta tudo o que é consumido na Secretaria. Temos o controle de todo o sistema e isso é, inclusive, tema de auditoria permanente. São mecanismos que desenvolvemos com o objetivo de facilitar o trabalho e impedir a má gerência de recursos. É uma briga dura, permanente, que não aparece na imprensa, mas ela é importante. Uma coisa que ainda não conseguimos, mas estamos no caminho, é a criação de um banco de dados de equipamentos. Qualquer pedido para instalação de uma sala de cirurgia, por exemplo, pode ter seu preço médio estipulado, já que esses dados deverão constar do banco de dados.

E a questão das vigilâncias epidemiológica e sanitária? A Secretaria está conseguindo cobrir todo o Estado?

Júlio Müller – Mato Grosso, por suas características, tinha grandes problemas em relação a doenças transmissíveis, como malária e dengue. Então resolvemos

Informatizamos todas as áreas: patrimônio, controle de estoque, almoxarifado. Criamos manuais, padronizamos o material de consumo... Temos o controle de todo o Sistema...

priorizá-las, em parceria com a Fundação Nacional de Saúde. O próprio Ministério da Saúde tinha chegado à conclusão de que precisávamos trabalhar em conjunto. Procuramos investir pesado na parceria com os municípios, também. Hoje, temos a vigilância epidemiológica implantada em todos os municípios do Estado. Também tivemos cursos de capacitação a partir de 1995 e treinamentos técnicos em todos os municípios. Implantamos na rotina a vacina contra a Hepatite B e a Tríplice-viral. Temos atualmente cobertura de 100% de Febre Amarela. Em 1997, enfrentamos uma epidemia de meningite e conseguimos vacinar cerca de 320 mil pessoas em Cuiabá e Várzea Grande.

Quanto à vigilância sanitária, trabalhamos no sentido de descentralizar as ações de baixa complexidade, como saneamento básico, alimentos, medicamentos. Procuramos implantar a vigilância de qualidade da água em 50% dos municípios - mais de sessenta municípios - e em 100% das regiões. Coletamos e fazemos análise da água que é usada para consumo humano, no sistema de tratamento da cidade. Priorizamos a implantação desse sistema a partir de 1996.

Foi então uma busca constante de parceria com outros gestores e entidades?

Júlio Müller – Conseguimos estabelecer uma relação muito boa de parceria com outros Estados. Não é cada um por si e Deus contra todos. Isso também se deve à ação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais, o CONASS, que quer agregar e procurar fazer com que trabalhem juntos. Além disso, existe uma parceria muito grande com a sociedade através do Conselho Estadual de Saúde. Procuramos fazer com que a prioridade pela saúde ficasse transparente e estampada. Antigamente, o jogo pela saúde era a pressão para receber mais AIHs. Você vê que a mídia não fala mais em AIH. Há cinco anos, só se falava nisso. Hoje, temos critérios para distribuí-las. Isso é o início de um processo que procura ser transparente no trato com a coisa pública.

A nossa relação com os outros gestores do sistema também é permanentemente cuidada, sobretudo com os municípios. Evidentemente que, sem a decisiva participação e apoio do Ministério da Saúde, muito pouco conseguiríamos avançar.

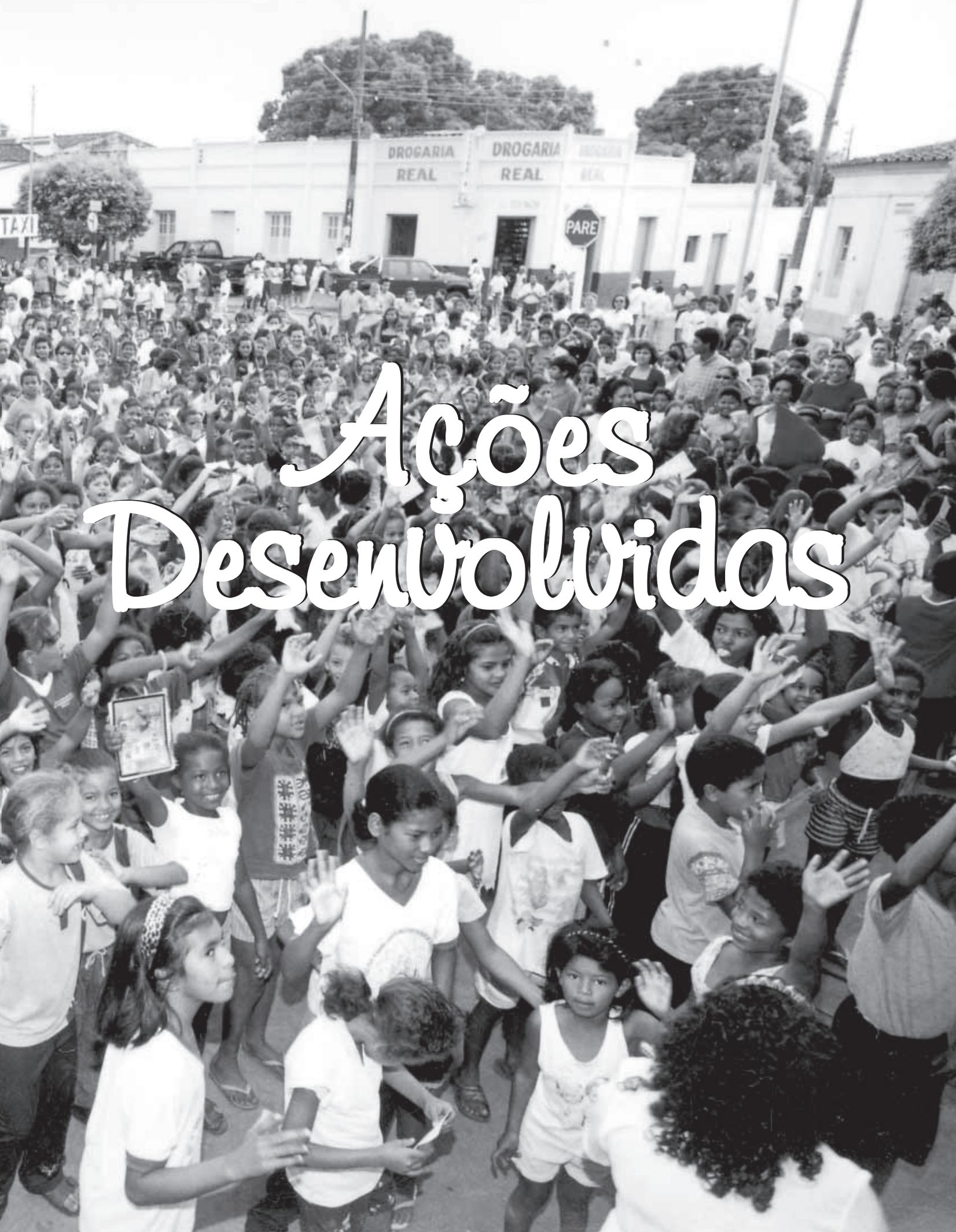
Isso é o início de um processo que procura ser transparente no trato com a coisa pública.



VISITE O PANTANAL

PONTO DE

Foto: Omar de Oliveira



Ações Desenvolvidas



Foto: Arquivo da SCS

Participação Social

Conselho Estadual de Saúde consolida participação democrática e abre diálogo com sociedade civil organizada.



Foto: Omar de Oliveira



Foto: Omar de Oliveira

CES é órgão colegiado, composto por diferentes entidades e prestadores de serviços. O Conselho se responsabiliza pela definição e acompanhamento da política de saúde de Mato Grosso.



Foto: Arquivo do SES

CONSELHO FORTALECE DIÁLOGO ENTRE GOVERNO E COMUNIDADE

Teve a sua implementação amplamente incentivada por este Governo, que o considera a principal forma de participação da sociedade organizada na condução da política de Saúde Pública de Mato Grosso.

Órgão colegiado, vinculado ao Poder Executivo, o Conselho Estadual de Saúde (CES) está, aos poucos, se consolidando como o instrumento de gestão do SUS responsável pelo acompanhamento de toda a política de saúde para Mato Grosso.

Composto, paritariamente, por representantes de usuários, de um lado, e trabalhadores, prestadores de serviços (públicos e privados do setor de saúde de Mato Grosso) e governo, de outro lado, o Conselho traduz uma nova forma de participação social, típica de sociedades democráticas.

Os representantes no CES são organismos ou entidades privadas que lutam pela defesa de interesses individuais e coletivos, na área social ou econômica. A indicação de cada representante é privativa das respectivas bases, entidades ou segmentos sociais.

O Conselho se encarrega, também, de estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, além de propor a adoção de critérios de qualidade e resolutividade do sistema.

Através da fiscalização de recursos repassados ao Fundo de Saúde, o CES estimula a transparência e, com isso, aumenta a participação social no controle da administração do SUS.

O objetivo é criar um controle externo capaz de decidir onde e como os recursos públicos devem ser gastos, buscando atender ao interesse da população. A lógica dessa estrutura é consolidar o controle social, permitindo que o público fiscalize o que é público.

No entanto, apesar dos esforços, a entidade ainda enfrenta muitos problemas, como a falta de uma agenda básica para discussão de temas como gestão e organização de serviços, papel do gestor do SUS e financiamento da saúde.

A participação da comunidade enquanto diretriz do SUS fundamenta-se na Constituição Federal de 1988.

O CES de Mato Grosso introduziu alguns avanços, como a implantação da Ouvidoria, que vem cumprindo importante papel na abertura de canais de participação.

... o Conselho Estadual de Saúde está, aos poucos, se consolidando como o instrumento de gestão do SUS.

CONSELHOS MUNICIPAIS GARANTEM CONTROLE SOCIAL

A consolidação dos conselhos municipais no Estado é o primeiro passo dentro de um processo que busca a transparência e o controle social por parte do cidadão. Hoje, essas instâncias começam a acompanhar e avaliar as ações que estão sendo desenvolvidas na área. Os conselhos também participam do debate e ajudam a aprovar as políticas de saúde. É um processo longo, uma vez que os poucos conselhos existentes estavam desestruturados. Mas o primeiro passo foi dado.

“Com os conselhos municipais, a política de saúde pode ser acompanhada e avaliada, além de ser controlada”, pondera Dejair Pereira, Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso. Dejair, porém, explica que a democratização é apenas uma das diretrizes que estão sendo gradativamente executadas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Com este tipo de controle, hoje, a sociedade pode interferir nas ações do Estado, formulando ou mesmo reformulando a política de saúde. O resultado é que os conselhos passam a desenvolver, de fato, ações sociais de grande importância para o cidadão. Isso tudo não é fácil. Requer constante capacitação dos conselheiros, planejamento de ações, criação de instrumentos de avaliação e domínio dos mecanismos jurídicos de controle social.

Essa mudança de relacionamento Estado/sociedade, portanto, é o grande desafio que se conjuga com a necessidade

de estar sempre redefinindo novas formas de controle social, na busca de uma política de saúde cada vez mais democrática.

CAPACITAÇÃO

Procurando consolidar o processo de participação popular na saúde, a SES desenvolveu um intenso trabalho de capacitação de conselheiros municipais em Mato Grosso, atingindo todas as regionais de saúde.

Na primeira etapa, iniciada em 1997, foram capacitadas 735 pessoas de 113 municípios. Na segunda, finalizada em 1999, foram mais 907, de 87 municípios.

Ao todo, foram capacitados conselheiros de mais de 90% dos municípios do Estado. Os trabalhos buscaram fazer dos conselheiros cidadãos conscientes da importância dos conselhos na construção da cidadania. A segunda etapa de qualificação trabalhou com conteúdos mais técnicos voltados para a gestão de recursos públicos, financiamento, orçamento, Plano Municipal etc.

Com esse projeto, a SES procura instituir uma nova relação entre os gestores públicos e a comunidade. Esse processo já vinha sendo construído a partir de uma série de ações: fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde (CES), criação da Ouvidoria Geral do Estado etc. Articuladas, essas atividades estão configurando um novo modelo voltado para a consolidação do diálogo com a comunidade.



III Conferência Estadual de Saúde.

Foto: Arquivo da SES

Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde e Sociedade Civil Organizada.



Foto: Arquivo da SES

OUVIDORIA SE CONSOLIDA E CRIA DIÁLOGO COM O USUÁRIO

O usuário do SUS tem mais um canal de comunicação com o Governo. Criada através de Lei Complementar em 1992, a Ouvidoria Geral do SUS de Mato Grosso recebe e investiga denúncias no âmbito da saúde pública, auxiliando as instâncias decisórias do CES a adotar as providências e medidas necessárias para reprimir irregularidades – quando comprovadas.

Até então, as denúncias eram investigadas pelos próprios conselheiros, sem o apoio de um setor específico de fiscalização. Desde 1995, a Ouvidoria já atendeu uma média de 500 denúncias sobre problemas nos serviços básicos, atendimento hospitalar e medicamentos de alto custo.

Deste total de solicitações, a Ouvidoria protocolou 234 processos. Vinte por cento encontram-se parcialmente instruídos. Os demais já foram resolvidos. As denúncias podem ser formuladas por escrito, verbalmente, ou mesmo por telefone. O primeiro passo é verificar se a suposta irregularidade é (ou não) de competência do SUS. A partir daí, são detectadas as instâncias a que as denúncias se

referem e definidos os órgãos que se encarregarão de apurá-las.

Se o caso não se referir à saúde pública, é encaminhado à instância competente. Deste modo, a Ouvidoria conta com uma série de parceiros, na própria SES, que a auxiliam na apuração de irregularidades. Na prática, com o apoio de outros setores, principalmente da Comissão de Assessoramento Técnico à Municipalização, a Ouvidoria tem chegado aos municípios para atender “in loco” as denúncias.

Através de palestras e audiências públicas, com a participação da comunidade em geral, a Ouvidoria tem construído um novo tipo de controle social, baseado no debate dos problemas da saúde pública municipal. O resultado é o restabelecimento de harmonia entre o usuário e o gestor da saúde local.

A meta para 2000 é elaborar um plano de cooperação técnica com o CES e divulgar as ações do setor, já que o papel da Ouvidoria ainda é pouco conhecido pela população em geral. O objetivo principal é zelar pelo cumprimento da legislação de saúde vigente, em defesa do usuário do SUS. Dentro dessa diretriz mais ampla, a Ouvidoria pretende instrumentalizar os processos de denúncias protocoladas, obedecendo resolução do CES.

... a Ouvidoria recebe e investiga denúncias no âmbito da saúde pública, auxiliando as instâncias decisórias do CES a adotar as providências e medidas necessárias para reprimir irregularidades...

Modelo de Gestão

O Interior de Mato Grosso já desenvolve ações de média e alta complexidade, agilizando serviços de atendimento ao usuário, como é o caso do Hospital Municipal de Peixoto de Azevedo.



Foto: Omar de Oliveira

DESCENTRALIZAÇÃO REORGANIZA O SISTEMA

A descentralização, considerada um dos mais importantes princípios organizativos do SUS, está sendo implementada em Mato Grosso. Gradativamente, a mudança de modelo começa a construir uma nova saúde pública, que resgata o município como agente sanitário fundamental para o bem-estar de seus cidadãos. O processo de descentralização abrange desde ações e serviços até a distribuição de recursos financeiros. Dentro desta perspectiva, o objetivo da SES é cooperar tecnicamente com os municípios, apoiando-os na elaboração de um novo planejamento, definido a partir das necessidades epidemiológicas da região.

Aos poucos, a mudança de modelo começa a construir uma nova saúde pública, que resgata o município como agente sanitário fundamental para o bem-estar de seus cidadãos.

Estes primeiros passos, no entanto, enfrentaram uma série de dificuldades, provenientes do modelo anterior, cujo clientelismo se fazia sentir desde a definição de recursos até a distribuição de AIHs. O quadro se agravava ainda mais devido à completa ausência do Estado no acompanhamento do processo de descentralização. Resultado: os Pólos Regionais de Saúde acabaram se transformando em meros entrepostos de distribuição de vacinas e medicamentos. Detectada essa situação, a SES definiu diretrizes e partiu para a ação em duas frentes – nos municípios e nas regionais.

O primeiro passo foi resgatar o papel das prefeituras como atores sanitários responsáveis pela saúde de seus cidadãos. Na prática, isso significou a habilitação dos 126 municípios do Estado pela NOB/96. Agora, cada um deles se responsabiliza pelos serviços de assistência básica, recebendo diretamente os recursos financeiros do Ministério da Saúde. Mato Grosso foi um dos seis primeiros Estados brasileiros a atingir habilitação em todo o seu território. Isso, porém, é apenas uma parte do processo. Foram consolidados os Conselhos Municipais de Saúde, os Fundos de Saúde, os Planos de Saúde etc.

O resgate do papel do gestor foi conjugado com a cooperação técnica,

buscando a organização das ações e serviços na construção desse novo modelo. Uma das estratégias encontradas foi a implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Através deles, os municípios recebem recursos extras, dentro de uma nova lógica que busca priorizar a prevenção.

A capacitação profissional também seguiu a mesma diretriz, sendo executada em municípios e regionais. Técnicos foram capacitados como nunca.

Outro nível trabalhado dentro do processo de descentralização foi o regional, cujos Pólos foram resgatados enquanto espaços fomentadores e articuladores de políticas e suporte de apoio técnico aos municípios. Como resultado, estão surgindo estratégias de ação regionalizadas através da consolidação de Comissões Intergestores Bipartites, Câmaras de Compensação Regionalizadas e Sistemas de Controle e Avaliação. Com isso, os recursos regionais estão sendo otimizados e o fluxo de pacientes triado de acordo com o oferecimento de serviços especializados mais perto do usuário.

DIÁLOGO ENTRE OS MUNICÍPIOS E ESTADO

O processo de descentralização da política de saúde em Mato Grosso está se traduzindo em uma série de estratégias que, aos poucos, começam a consolidar um novo diálogo entre o gestor municipal e o estadual. Na outra ponta dessa dinâmica, a SES conseguiu elaborar programas voltados às necessidades epidemiológicas de cada região.

Dentro deste novo contexto de atuação, a criação das Comissões

Intergestores Bipartites (CIBs) – em todas as regionais - é a ação que melhor tem contribuído para o fortalecimento desse processo.

Aos poucos, a organização do SUS está sendo agilizada por meio do debate e da definição de propostas coerentes com o interior.

Essas comissões são órgãos colegiados que, ao estabelecerem as regras de operacionalização do sistema, ajudam na programação de todas as ações de promoção e atenção à saúde. Elas ainda são responsáveis pela pactuação das atividades regionais, estabelecimento do teto financeiro para as unidades de referência dos consórcios, definição de tipos de serviços que serão oferecidos etc.

As CIBs também se encarregam da criação das Câmaras de Compensação de AIHs (Autorização para Internação Hospitalar), cuja distribuição, agora, é feita através de critérios técnicos e transparentes.

Com as CIBs, a Secretaria está conseguindo que a Política de Saúde seja implementada e fiscalizada.

As CIBs também se encarregam da criação das Câmaras de Compensação de AIHs, cuja distribuição agora é feita através de critérios técnicos e transparentes.

CONSÓRCIOS MELHORAM ATENDIMENTO NO INTERIOR

O Interior de Mato Grosso conta com um novo conceito em saúde pública. Operações de baixa e média complexidade, tratamento com especialistas e descentralização de cirurgias são serviços que começaram a ser realizados a partir da criação de nove consórcios intermunicipais. Definindo as prioridades de cada prefeitura e reequipando hospitais regionais para servir como referência, os consórcios otimizaram a resolubilidade da saúde no interior do Estado.

Atendendo a maior parte dos casos na própria região, esse sistema diminuiu o fluxo de pacientes para os municípios mais populosos de Mato Grosso e sua capital, melhorando a qualidade do atendimento e interiorizando recursos humanos especializados.

A idéia original que norteou o projeto foi a constatação de que os municípios não ofereciam serviços de boa qualidade ao usuário do SUS devido a problemas de falta de estrutura e centralização de atendimento nas cidades mais populosas do Estado. Para completar o quadro, os hospitais regionais também estavam desaparelhados. Articulando as prefeituras por região, a SES assessorou cada grupo na definição dos serviços que poderiam ser oferecidos em conjunto para toda a população. O Conselho Técnico (formado por secretários municipais de saúde)

define os serviços que devem ser oferecidos. A lista das especialidades é enviada ao Conselho Diretor (formado pelos prefeitos), que homologa ou retifica o documento. Definida a lista das prioridades, cada consórcio escolheu um hospital de referência, responsável pelo atendimento de média complexidade. Pela primeira vez, Mato Grosso executa uma política afinada com as diretrizes do SUS, revertendo um modelo até então assistencialista e centralizador.

Pela primeira vez Mato Grosso executa uma política afinada com as diretrizes do SUS, revertendo um modelo até então assistencialista e centralizador.

O custeio do novo sistema é feito através de rateio entre os municípios, tendo como parâmetro a população e a porcentagem de atendimento de cada envolvido.

O Estado arca com as operações administrativas e de pessoal, além de contribuir no pagamento dos especialistas. Isso equivale a 50% dos recursos para custeio das atividades desenvolvidas pelos consórcios. O objetivo é, através da parceria com os municípios, interiorizar mão-de-obra qualificada. Na prática, isso tudo significa que os consórcios foram um passo decisivo na concretização de uma política que sempre buscou um novo planejamento regional. Com isso, a Secretaria encontrou uma nova alternativa para gerir os recursos do SUS.



Foto: Meneghini

Com as parcerias intermunicipais, o usuário é atendido com qualidade nos centros de referência e não precisa mais se deslocar a Cuiabá.



Foto: Meneghini



Foto: Leanne Martins

Cada unidade hospitalar conta com uma central de vagas, responsável pela otimização do cadastramento de pacientes.



Foto: Meneghini

Esse processo foi o resultado de uma ampla discussão com os municípios interessados em implantar os consórcios e definir prioridades que contemplem cada região de Mato Grosso.

Os envolvidos também foram orientados juridicamente na criação da lei autorizadora e dos procedimentos que definem direitos e deveres dos municípios.

As metas para o aperfeiçoamento do projeto buscam acabar com a inadimplência dos municípios envolvidos, a partir da criação de dispositivos legais que regulamentem o repasse das verbas. A exemplo da experiência do consórcio da Região Oeste, que regulamentou esse tema, a intenção é estabelecer penalidades aos municípios que não quitarem suas dívidas. Outra idéia que está sendo discutida refere-se ao transporte de pacientes das regionais para a capital.

Todas essas idéias são debatidas de acordo com o surgimento dos problemas, já que este novo modelo ainda está sendo construído no Estado. E, como qualquer projeto em construção, os consórcios têm que enfrentar (e vencer) preconceitos e posições conservadoras, até que se crie

um novo modelo de saúde pública para o usuário do SUS.

Até 1998 a estratégia da Secretaria era implantar os Consórcios, em parceria com os municípios e o Ministério da Saúde, em regiões estratégicas do Estado, levando para o Interior especialidades médicas e exames mais complexos. Nesse período

foram criados nove Consórcios, sendo que dois deles, o da Região Sul-Leste (Rondonópolis) não está em funcionamento, e o da Região Garças-Araguaia (Barra do Garças) começará a funcionar em 2000.

Embora em 1999 o enfoque principal da Secretaria tenha sido o de aprimorar o funcionamento dos Consórcios, um novo Consórcio foi criado em dezembro – Vale do Peixoto – cuja referência é o município de Peixoto de Azevedo.

CONSÓRCIO DA REGIÃO OESTE

Atendendo a quatorze municípios, com uma população estimada em 210 mil habitantes, o consórcio intermunicipal da Região Oeste venceu a inadimplência, criando um novo dispositivo – o repasse automático de verbas. Procurando antecipar-se ao problema da inadimplência, o estatuto do consórcio foi elaborado de forma a permitir a transferência direta dos recursos de cada município para a conta da entidade. Os modelos de parceria já vinham sendo discutidos com a Regional de Saúde de Cáceres, desde 1995, nos estudos preliminares sobre a descentralização de serviços. Resultado: ao impedir a inadimplência, o dispositivo mantém a qualidade do atendimento e a confiança do cidadão na saúde pública.

Outro importante avanço do consórcio foi a otimização de seu estatuto, adaptando-o à realidade de Mato Grosso. Seguindo, de início, a outros Estados, a lei previa que 1% da arrecadação do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) deveria ser repassado para a entidade. Os envolvidos, porém, acharam melhor substituir o FPM por R\$ 0,20 habitante-mês, estipulando o número populacional como novo critério de contribuição. A

... como qualquer projeto em construção, os consórcios têm que enfrentar – e vencer – preconceitos e posições conservadoras, até que se crie um novo modelo de Saúde Pública.



Foto: Mareghini

Atendimento no Hospital Regional de Colider e Hospital de Referência do Consórcio Garças-Araguaia.



Foto: Arquivo da SES

mudança foi motivada porque o primeiro modelo seguia a experiência de municípios ricos do interior de São Paulo e Minas Gerais. Com uma alta arrecadação, o desconto do FPM era suficiente para cobrir as despesas dos consórcios daquelas regiões. Em Mato Grosso, no entanto, o fundo de participação dos municípios é baixo, gerando pouca renda. A solução foi criar uma alternativa adequada à situação do Estado – o número populacional.

Atualmente, 33% das despesas do consórcio são custeadas pela SES. O convênio, assinado em maio de 1998, prevê que a Secretaria repasse a metade da cota de cada município. Desta forma, o balancete das contas, depois de concluído, é enviado à SES, que define quanto deve transferir ao consórcio. Por exemplo, se uma prefeitura repassa R\$ 20 mil/mês, a SES repassa R\$ 10 mil. O objetivo é contar com um orçamento suficiente, que permita à parceria oferecer serviços de qualidade ao usuário do SUS. Hoje, o consórcio oferece ortopedia, neurologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, alta complexidade e auxílio diagnóstico.

Dentro do espírito que preconiza a qualidade do atendimento, o consórcio está descentralizando seus serviços através da criação de pequenos pólos. Um exemplo disso é o de Mirassol d'Oeste, região cuja demanda na área de ortopedia foi suprida pela contratação de especialistas. Com isso, a parceria leva o serviço para mais perto do cidadão.

Este consórcio também já iniciou, com o incentivo da SES, discussões sobre a política de saúde pública para as regiões consorciadas – outra importante tarefa a ser assumida por estas parcerias.

O futuro hospital de referência, sediado em Cáceres, deve ser concluído no

final de 2000, com uma capacidade para 100 leitos. Por enquanto, os serviços estão sendo prestados por um hospital filantrópico.

CONSÓRCIO DA REGIÃO MÉDIO-NORTE

Com menos de dois anos de existência, o consórcio do Médio-Norte, sediado em Tangará da Serra, é a primeira parceria de Mato Grosso que funciona através da compra de serviços na iniciativa privada. Como o Hospital de Barra do Bugres não estava preparado para servir como referência e a implementação de sua estrutura gastaria muito tempo, os seis municípios optaram por um modelo inovador. Hoje, o consórcio, que atende a uma população de 70 mil habitantes, conta apenas com duas despesas fixas – o pagamento do secretário executivo e de uma secretária. Com essa parceria, o Médio-Norte não tem despesas com estrutura física.

À exceção de Cuiabá, que oferece neurologia, os demais serviços são centralizados em Tangará da Serra. São dois tipos de convênio – nas áreas ambulatorial e hospitalar (internação e cirurgia). Na primeira, são oferecidos serviços em cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e ortopedia. Ao todo, são feitos, em média, 340 consultas por mês. Os municípios que, em casos de urgência, usarem mais serviços do que o previsto, pagam uma taxa extra. O critério de repasse de verbas também é populacional – R\$ 0,22 per capita/mês.

Já a área hospitalar

O objetivo é contar com um orçamento suficiente que permita à parceria oferecer serviços de qualidade ao usuário do SUS.

oferece todas as especialidades pactuadas. O número de internações equivale a 5% do total de atendimentos ambulatoriais. Com isso, serviços de média e alta complexidade começam a ser oferecidos no interior do Estado. A rede básica faz a solicitação às secretarias de saúde dos municípios, que encaminham o paciente ao local onde o serviço está sendo oferecido. É a construção de um novo modelo, baseado na descentralização de serviços e na procura de um novo conceito de qualidade que atenda, de fato, às necessidades do cidadão que vive no interior de Mato Grosso.

CONSÓRCIO DA REGIÃO NORTE

Criado em setembro de 1997, o consórcio da Região Norte está oferecendo ginecologia e obstetrícia, pediatria, anestesiologia, traumatologia e cirurgia geral para dez municípios, com uma população de 150 mil habitantes. A unidade de referência é o Hospital Regional de Colíder.

Pelo contrato de parceria, o Estado assume as despesas administrativas, operacionais e técnicas, além de se responsabilizar pela compra de novos equipamentos. Parte dos salários dos médicos é paga pela Secretaria. O Consórcio arrecada R\$ 25 mil por mês e o rateio entre os municípios tem como critério o número populacional. A Secretaria Estadual participa com R\$ 100 mil por mês para o pagamento de recursos humanos, compra de produtos e serviços, sem contar os gastos com medicamentos e material médico-hospitalar.

Esse novo conceito de saúde pública,

que está sendo construído a partir da criação dessa parceria, já obteve alguns importantes resultados que se fazem sentir na queda do número de transferências para Cuiabá. Em 1994, foram transferidos 358 pacientes; em 1995, 147; já em 1996, o número caiu para 87, fechando 1997 com apenas 67 transferências. Em 1998, foram encaminhados 92 pacientes e 59 em 1999.

O Consórcio realizou em 1999 cerca de 2.200 consultas e 62 cirurgias por mês. De 1995 para 1999 houve um aumento de 67% de consultas e 77% de internações.

A partir de 2000 o Consórcio será reestruturado devido a criação do Consórcio do Vale do Peixoto.

Um dos grandes avanços do consórcio da Região Norte foi a reestruturação do Hospital Regional de Colíder. Com 50 leitos, a unidade hoje oferece especialidades nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, traumatologia,

cirurgia geral e anestesiologia. O resultado se faz sentir no alto grau de resolutividade dos casos encaminhados para Colíder, após seu agendamento pela central de vagas. O setor de emergência, por sua vez, funciona 24 horas.

Após essa nova configuração, a equipe executiva pretende introduzir dispositivos legais, procurando impedir a inadimplência dos envolvidos.

CONSÓRCIO DA REGIÃO DO TELES-PIRES

Com uma elevada resolutividade, o consórcio da Região atende 11 municípios

... serviços de média e alta complexidade começam a ser oferecidos no interior de Estado.

do Estado, com uma população superior a 160 mil habitantes. Primeira parceria intermunicipal de Mato Grosso, hoje o consórcio está contribuindo para uma profunda mudança na saúde pública do interior. O usuário do SUS, agora, tem acesso a serviços que até então só eram oferecidos em Cuiabá - já que os municípios não tinham condições de atender os casos mais complexos. Desse modo, as prefeituras locais se viam obrigadas a arcar com despesas de transporte, o que, além de aumentar o sofrimento dos doentes, ajudava a desorganizar o sistema.

O Hospital Regional de Sorriso (HRS) – unidade de referência – que só fazia consultas, partos e pequenas cirurgias através de plantões, agora disponibiliza serviços de anestesia, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica, ortopedia e cardiologia. O número de leitos aumentou de 30 para 82, ao passo que as transferências continuam caindo. Em

1994, foram 346 pacientes, enquanto que em 1999, foram 89.

A média de atendimentos ambulatoriais é de 5.300/mês, com 170 cirurgias ao mês. Somente de 1995 para 1996, houve um aumento de 340% de consultas, 68% de internações e 149% de cirurgias.

Dando continuidade ao processo de construção de uma nova saúde pública no interior, a SES conseguiu implantar, em 1997, a neurologia no HRS. A melhoria também se deu na área de reabilitação e fisioterapia. Coleta de sangue, laboratório de patologia clínica, ultra-sonografia, endoscopia digestiva, eletrocardiograma e eletroencefalografia também já fazem parte das especialidades oferecidas. Tudo isso foi possível através da contratação de 20 profissionais, dentro de um processo que busca interiorizar serviços mais complexos.

Hoje, o sistema de urgência/emergência de Sorriso funciona 24 horas. Após se tornar unidade de referência, o hospital teve sua estrutura física

O Hospital Regional de Sorriso agora disponibiliza serviços de anestesia, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica, ortopedia e cardiologia.



Foto: Leânine Martins

reequipada. O setor cirúrgico também está sendo implementado.

O valor da arrecadação do consórcio é de R\$ 61 mil por mês rateados entre os municípios. O critério de rateio se baseia no número populacional e na média de atendimentos de cada município. O próximo passo é a criação de dispositivos que impeçam a inadimplência.

A Secretaria contribui com cerca de R\$ 130 mil por mês para o pagamento de recursos humanos, compra de produtos e serviços, além de repassar medicamentos e material médico-hospitalar que não estão computados nesse valor.

CONSÓRCIO DO BAIXO ARAQUAIA

Tendo uma unidade municipalizada como referência, o consórcio do Baixo Araguaia atende a uma população de 80 mil habitantes. A prefeitura de Confresa está reestruturando o hospital. Atualmente, são realizadas, todos os meses, aproximadamente 190 internações e o sistema de urgência/emergência funciona 24 horas.

A construção desse modelo tem um objetivo claro – colocar o atendimento cada vez mais próximo do cidadão. O consórcio hoje já oferece serviços em ortopedia, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, clínica médica e anestesia. O centro de referência está sendo reequipado através da aquisição de aparelhos modernos de ortopedia, raio-x e ultra-sonografia.

Outro fator importante é que, com os consórcios, cada município envolvido cumpre seu termo de habilitação da

Gestão Plena da Atenção Básica, junto ao Ministério da Saúde. Uma programação pactuada e integrada permite que todos os serviços de baixa e média complexidade sejam realizados no interior do Estado, permitindo que a capital atue apenas nos casos de maior complexidade.

CONSÓRCIO ALTO-TAPAJÓS

Criado em março de 1998, o consórcio intermunicipal do Alto-Tapajós está conseguindo diminuir a demanda de pacientes para Cuiabá e oferecer

atendimento mais próximo ao usuário do SUS. Áreas consideradas mais críticas, como a de ortopedia, que enviavam quase todos os casos à capital, já conseguem atender as situações de média e baixa complexidade no próprio consórcio. São seis municípios atendidos, com uma população de cerca de 80 mil habitantes. O Hospital Municipal Albert Sabin, de Alta Floresta, que dispõe de 58 leitos, é a

referência.

Em 1999 foram realizadas cerca de 4.100 consultas e 98 cirurgias por mês. Durante 1999 foram encaminhados 71 pacientes.

Além de ortopedia, o consórcio disponibiliza especialistas nas áreas de cirurgia geral e anestesia. Atualmente, são quatro médicos (2 ortopedistas, 1 cirurgião e 1 anestesiológico). A criação do consórcio oficializou uma situação que já vinha ocorrendo de fato – toda a região era atendida por Alta Floresta. Até então, o município arcava com os custos de todos os serviços e oferecia um atendimento precário. Com a participação dos

Com a participação dos municípios e a consequente divisão das despesas, o atendimento melhorou substancialmente.

municípios e a conseqüente divisão das despesas, o atendimento melhorou substancialmente.

O critério definido para custeio é o populacional. Alta Floresta arca com 50%; Carlinda, com 18%; Paranaíta, com 10%; Nova Monte Verde, com 8%; e Nova Bandeirante, com 8%. Enquanto os municípios arcam com as despesas administrativas e profissionais, a SES entra com a contrapartida, financiando a melhoria da estrutura física do hospital de referência.

Apesar de contar com poucas especialidades, o usuário é quem mais lucra, pois já não precisa viajar 800 quilômetros até Cuiabá. Somente os casos mais complexos ou de alto risco é que são encaminhados para a capital. O próximo passo é aumentar o número de especialidades, principalmente em psiquiatria, neurologia e oftalmologia.

Dentro da nova perspectiva de mudança de modelo, o consórcio está

buscando implementar o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e implantar o Programa de Saúde da Família (PSF). A política é de prevenção, sem deixar de lado a assistência ao usuário.

CONSÓRCIO DO MÉDIO ARAGUAIA

O início do atendimento deu-se em 1998, garantindo cobertura à população dos municípios de Água Boa, Alto da Boa Vista, Canarana, Cocalinho, Querência e Ribeirão Cascalheira.

O Hospital de Referência é o municipal de Água Boa que beneficia aproximadamente 60 mil habitantes. Oferece atendimento em cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, traumatologia, ortopedia, pediatria e clínica médica. Nesses dois anos o Consórcio passou de 2.784 consultas em 1998 para 6.542 em 1999. As 1.754 internações passaram para 2.660 em 1999, enquanto as cirurgias aumentaram de 495 para 980.



Foto: Manoel Silva

Recursos do SUS



Foto: Olimar de Oliveira

O Orçamento Geral da Secretaria executado em 1999 foi de R\$ 62 milhões. Deste total, a Fonte-100, que gere os gastos do Estado, entrou com R\$ 37 milhões.



Foto: Mauro Vilch

RECURSOS PARA A SAÚDE AUMENTAM

Em 1995, o SUS de Mato Grosso executou R\$122 milhões, passando a R\$180 milhões em 1999, ou seja, 48% a mais. A participação dos recursos do tesouro estadual também aumentaram significativamente. Em 1994, R\$ 12,5 milhões foi o montante aplicado na saúde pelo Governo do Estado, sendo que em 1999 este valor foi de R\$ 37 milhões – 200% a mais.

Enquanto que em 1995 gastaram-se R\$ 39 milhões com o atendimento ambulatorial – consultas, exames, medicamentos, diálise, quimio e radioterapia, etc. –, em 1999 este valor subiu para R\$ 73 milhões (87% a mais). Por outro lado, o atendimento hospitalar – as internações, cirurgias – que em 1995 custaram R\$ 46 milhões, em 1999 somaram R\$ 58 milhões (26% a mais). Estes dados mostram claramente a opção do Governo Estadual em investir em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento fora do hospital, ao invés de continuar investindo na doença, isto é, esperar a doença se agravar para então internar.

Esta mudança na maneira de trabalhar em saúde pública foi possível graças à implantação de novas formas de atendimento à população, principalmente através do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Ao invés de os profissionais ficarem

esperando os pacientes no posto ou centro de saúde, eles vão até a casa das pessoas para informar sobre prevenção de doenças e verificar se há alguém que precise de atendimento médico.

Entretanto, embora essa seja a política que orienta a saúde pública em Mato Grosso, o atendimento hospitalar também vem sendo reformulado e melhorado. Ao invés de se construir hospitais, sem planejamento baseado nas necessidades da população, adotaram-se critérios para investimento em novas obras e priorizou-se a conclusão ou reforma das existentes e a aquisição de equipamentos. Além disso, a SES vem incentivando e assessorando os municípios a se organizarem em consórcios para que possam oferecer serviços de média e alta complexidade na própria região.

Nesses cinco anos, a SES investiu cerca de R\$ 20 milhões em obras, equipamentos e veículos, com recursos estaduais e federais. R\$ 16 milhões foram gastos na construção, reforma e ampliação de unidades ambulatoriais e hospitalares, como hospitais municipais e estaduais, postos de saúde, centros de saúde, unidades mistas, centro de reabilitação e ambulatorios especializados, além de construir, ampliar e reformar suas unidades próprias e continuar a construção da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. Os outros R\$ 4 milhões destinaram-se à aquisição de

*Estes dados mostram
claramente a opção
do Governo Estadual
em investir em
prevenção,
diagnóstico precoce e
tratamento fora do
hospital...*



equipamentos para hospitais municipais, postos e centros de saúde, unidades de coleta e transfusão de sangue, bem como de ambulâncias para municípios.

Além disso, em 1997, a SES, através do projeto REFORSUS, firmou convênio com o Ministério da Saúde e Banco Mundial para a conclusão e equipagem de hospitais públicos estaduais (Rondonópolis, Cáceres, Colider e Sorriso), de hospitais filantrópicos (Bom Samaritano, em Cáceres; do Câncer, em Cuiabá; Nossa Senhora do Pilar, em Jauru; Santa Casa, em Rondonópolis e Amparo, em Rosário Oeste), de hospitais municipais (Pronto-Socorro de Cuiabá; Barra do Bugres), de hospital universitário (Júlio Müller, em Cuiabá), do Laboratório Central do Estado, do Hemocentro Coordenador, de Unidades de Coleta e Transfusão de Sangue em Porto Alegre do Norte e Sinop, e para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde, num total de R\$ 10 milhões de financiamento, dos quais o Governo do Estado garantiu R\$ 2 milhões de contrapartida.

Somando-se a isso, em 1999 foi assinado o convênio com o Ministério da

Saúde para a execução do Projeto VIGISUS, que tem como objetivo fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde nas três esferas de Governo, compreendendo a vigilância epidemiológica e a ambiental, a prevenção e controle de doenças na Amazônia Legal e a atenção à saúde das populações indígenas.

Esse projeto abrange 72 municípios, no valor total de R\$ 9,9 milhões, sendo R\$ 920 mil de contrapartida do Estado.

A Secretaria elaborou um projeto para garantir cobertura aos demais municípios no valor de R\$ 1,9 milhão. O recurso captado será aplicado em treinamentos, equipamentos e obras em postos de saúde e laboratórios.

Outra fonte de financiamento na área da saúde coordenada pela SES foi o projeto PRODEAGRO, que teve início em 1993 e terminou em 1998. Nesse período, foram construídos 30 postos de saúde – a grande maioria em glebas e assentamentos de produtores rurais -, além da aquisição de equipamentos e capacitação de recursos humanos em diversas áreas. No total, foram aplicados mais de R\$ 2 milhões.



Foto: Ielaine Martins

AUDITORIA DESCENTRALIZA FUNÇÕES

Criada em maio de 1997, pelo Decreto Nº 1.473, a Coordenadoria de Auditoria da SES tem a competência de corrigir distorções de todas as ações executadas no âmbito do SUS. Através de procedimentos técnicos, a Coordenadoria supervisiona o cumprimento dos planos elaborados pelo Estado e municípios, a gestão orçamentária e financeira dos recursos públicos do SUS.

O Sistema Estadual de Auditoria do SUS já estava previsto na Lei nº 8.689, de 27.07.93, que criou o Sistema Nacional de Auditoria. A NOB/96 reforçou a necessidade da sua criação, ao atribuir ao Estado e aos municípios a Auditoria dos serviços de saúde, no âmbito do SUS. Assim, a SES sofreu reestruturação que permitiu a inclusão da Coordenadoria de Auditoria do SUS em seu organograma. Até então, o acompanhamento exercido pela Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial (CAHA) restringia-se à contabilidade interna dos recursos financeiros.

Após a criação da Auditoria do SUS, no âmbito Estadual, a CIB/MT criou as Câmaras de Auditoria Regionais do SUS (CAR), visando a descentralização e a criação de espaço oportuno para uma gradativa estruturação dos Sistemas Municipais de Auditoria.

Cabe às CARs realizar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das ações de saúde, no âmbito regional.

O exercício da nova função, tanto central-SES quanto regional-CAR, requer profissionais adequadamente capacitados para fazer frente às competências da Auditoria. Uma equipe técnica da SES

participou de Cursos de Auditoria realizados em Pirinópolis-GO e Brasília-DF. Em Mato Grosso, foi realizado um Curso de Auditoria, por iniciativa da SES, que possibilitou a participação de cerca de 50 técnicos, tanto da SES quanto das Secretarias Municipais de Saúde, que receberam noções básicas e foram sensibilizados sobre a importância das ações de auditoria no âmbito do SUS estadual e municipal.

Em 1999 procurou-se constituir as equipes técnicas do nível central e regionais. São sete, as CARs, cada qual com uma equipe de quatro técnicos, sendo dois da SES e dois dos municípios da respectiva região. Já no âmbito central da SES, a Coordenadoria de Auditoria dispõe de uma equipe composta de quatro técnicos da área contábil, seis médicos, um enfermeiro e um farmacêutico. Há necessidade de ampliar a equipe, com vistas a torná-la multidisciplinar, em especial na área médica.

A Coordenadoria de Auditoria pode ser acionada de diversas formas: denúncias de Conselhos Municipais, distorções encaminhadas pela Divisão de Controle e Avaliação da CAHA, denúncias de cidadãos, encaminhamentos da Ouvidoria/CES e outros. Ao ser acionada, a Auditoria procura averiguar se a distorção existe ou não. Caso seja detectada, por meio de processo, alguma irregularidade, a Coordenadoria de Auditoria se encarrega de enquadrá-la com base nas normas vigentes, fazendo as recomendações aos órgãos competentes.

Cabe às CARs realizar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das ações de saúde, no âmbito regional.

DEFINIDOS NOVOS PARÂMETROS PARA A DISTRIBUIÇÃO DE AIHs

A definição de novos parâmetros na distribuição de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) é uma das mais importantes ações que a SES vem desenvolvendo a partir dos últimos cinco anos.

Procurando acabar com uma prática que até então se baseava em critério clientelista, a Secretaria estabeleceu uma série de normas técnicas que orientam o fluxo de AIHs em Mato Grosso. Atualmente, cada município tem sua cota definida pelo número populacional, necessidade epidemiológica e existência (ou não) de unidades de referência. A Coordenação de Auditoria se encarrega de fiscalizar o gerenciamento das verbas públicas.

Definidos esses novos parâmetros, a Secretaria retirou as AIHs das mãos dos hospitais, repassando-as para as prefeituras. Desse modo, o gestor local, juntamente com os Conselhos Técnicos, passou a gerir as autorizações de seu próprio município.

A criação das Câmaras Regionais de Compensação também ajudou a definir

melhor o destino das AIHs, de acordo com o fluxo de internações de pacientes. Esse sistema foi criado para os municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, responsáveis pela promoção à saúde e oferecimento de serviços de baixa complexidade.

Ao final do mês, cada município sabe quantas internações ocorreram em seus hospitais e qual o número de autorizações que deve receber. Desta forma, as câmaras funcionam como elos de ligação com as prefeituras, compensando as que tiveram maior número de internações durante o mês.

Responsável por todos os tipos de atendimentos – de baixa a alta complexidade –, Cuiabá teve sua cota de AIHs definida pela SES e Secretaria Municipal de Saúde. Levando em conta o número médio de serviços prestados ao usuário do interior, foi estabelecido um teto de internações, cujos recursos são repassados diretamente para a conta da capital. Isso significa que, ao contrário dos outros municípios, fiscalizados diretamente pela Secretaria, Cuiabá tem a responsabilidade de auditar seu próprio gerenciamento das verbas públicas, uma vez que está habilitado na Gestão Plena do Sistema pela NOB/96.

Para acabar com uma prática baseada em critério clientelista, a SES estabeleceu as normas técnicas que agora orientam o fluxo de AIHs em Mato Grosso.

Prevenção e Atenção Primária à Saúde



UM NOVO CONCEITO DE ATENDIMENTO À COMUNIDADE

O modelo de saúde vigente, voltado basicamente para a medicina curativa (doença) e o saber centrado no médico, está sendo substituído por uma nova concepção de atenção e gerenciamento de saúde: a Equipe de Saúde da Família (ESF). A ESF configura-se como um novo modelo estrutural, organizando sua prática em novas bases e critérios, contrapondo-se ao modelo atual, buscando transformá-lo e superá-lo através da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e da organização geral dos serviços. O objetivo é romper com as tradicionais concepções de saúde, permitindo que os serviços sejam oferecidos no meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam, proporcionando ao indivíduo assumir a posição efetiva de sujeito do processo.

As unidades básicas de saúde, reorganizadas segundo os princípios da saúde da família, caracterizam-se como a porta de entrada nos serviços de saúde do município. Isso significa dizer que o primeiro contato da população com os serviços deve ocorrer a partir de uma unidade básica de saúde da família.

O objetivo do Programa de Saúde da Família é permitir que os serviços sejam oferecidos no meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam.

O princípio fundamental da ESF é uma intensa vigilância à saúde, feita por um grupo multidisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), realizada na área de abrangência definida para a unidade básica de saúde. A constante vigilância à saúde previne fatores de risco e humaniza a prática de saúde, criando um vínculo entre a equipe e o usuário.

A unidade de saúde da família é, portanto, uma unidade pública de saúde destinada a dar atenção continuada e integral nas especialidades básicas. Em média, são atendidas de 600 a 1.000 famílias por equipe, e no máximo 4.500 habitantes. Em Mato Grosso, existem 36 equipes que garantem atendimento a 160 mil habitantes.

O primeiro passo do trabalho é a identificação dos componentes familiares, ambientais, condições de moradia e saneamento das áreas onde as famílias estão inseridas. Essa fase estabelece o laço entre o cidadão e a equipe de saúde, quando então o usuário é informado sobre quais serviços estão sendo oferecidos na unidade de saúde. A partir da consolidação e análise desses dados, feita por toda a equipe, a ESF irá planejar ações estratégicas que visem a redução dos problemas detectados.



*A Política de Saúde
é reconstruída a partir
das necessidades
epidemiológicas da
comunidade.*

Os agentes comunitários de saúde moram nos bairros onde exercem sua função, facilitando o intercâmbio entre equipe/comunidade e permitindo uma contínua reflexão sobre as condições sanitárias do local. O objetivo é deixar quem planeja imerso no universo sobre o qual planeja.

A atuação se dá prioritariamente através de visitas domiciliares (programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas) e internações domiciliares, usadas para humanizar o tratamento. No entanto, as internações somente são realizadas quando as condições clínicas do paciente e o domicílio o permitem. Os profissionais também participam dos grupos comunitários, discutindo os problemas da população com todos os envolvidos.





Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se transformam nos principais elos de ligação entre a população e a equipe de profissionais.

A equipe é composta por um enfermeiro que exerce a função de instrutor/supervisor e de agentes comunitários de saúde (ACS). Atualmente, há, no Estado, 2.007 ACS distribuídos em 106 municípios, responsáveis pela contratação dos profissionais, tanto do PSF como do PACS. Essas equipes garantem cobertura a um 1,2 milhão de habitantes.

A União repassa recursos aos municípios, como forma de garantir e incentivar os programas. O Estado, dentro de sua política, contribui financeiramente, complementando o salário dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, além de promover todas as capacitações das equipes e instrutores/supervisores do PACS.

A meta é deixar quem planeja imerso no universo sobre o qual planeja.

CUIDANDO DAS FAMÍLIAS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) segue as mesmas diretrizes do PSF – orientação e ênfase na vigilância à saúde. No PACS, a atividade do agente é centrada na comunidade e na família, buscando capacitar a população para cuidar de suas próprias carências básicas. O programa ainda organiza os cidadãos para uma melhor qualidade de vida, conjugando essa melhoria com informações gerais sobre saúde. Com isso, o PACS contribui para a construção e consolidação do modelo preventivo.

PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA ÀS DST_s ESTÁ CONSOLIDADA

A Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) da SES se consolidou, nos últimos cinco anos, como o principal programa de assistência, prevenção e treinamento de profissionais e agentes multiplicadores em Mato Grosso. Em parceria com o Banco Mundial e Ministério da Saúde (MS), a SES está executando o “AIDS 2”, segundo projeto de estruturação de serviços na área. As ações que, antes, se mantiveram restritas à capital e municípios vizinhos, qualificando apenas os recursos humanos da Secretaria, hoje se descentralizaram pelo Estado, treinando a população em geral e os grupos mais vulneráveis.

A equipe da SES ainda desenvolve trabalhos de redução de danos, voltados para usuários de drogas. Trocando seringas usadas por novas, orientando e encaminhando dependentes ao Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), o usuário está recebendo atenção na prevenção e tratamento.

Estruturada em 1984, quando Mato Grosso notificou seu primeiro caso de AIDS, a Coordenação se manteve com recursos próprios até 1996, quando entrou no projeto “AIDS 1”, financiado pelo Banco Mundial e MS. Nesse ano, recebeu R\$ 300 mil; já em 1997 e 1998, obteve mais R\$ 450 mil. Voltado, de início,

para a população, o AIDS 1 centralizou seus projetos de capacitação na capital, Várzea Grande e Rondonópolis, municípios onde se detectou maior número de casos da doença. Foi a primeira parceria entre Estado e prefeituras para a execução do projeto.

O “AIDS 2” iniciou em 1999 com recursos superiores a R\$ 400 mil para essa etapa.

A partir de 1998, o perfil dos trabalhos começou a mudar. Com a criação das coordenações em Sinop, Tangará da Serra, Peixoto de Azevedo, Nova Xavantina e Pontes e Lacerda, a Coordenação consolidou suas ações. Resultado: a descentralização dos trabalhos qualificou técnicos em todos os 126 municípios do Estado, treinados para assistência e prevenção contra as DST/AIDS. Em 1996, 50 profissionais receberam treinamento; em 1997, 76; em 1998 foram 250 e em 1999 outras 86. Tudo dentro de um novo objetivo – ir para o interior. Esse novo quadro de descentralização de profissionais pretende mudar uma situação preocupante, detectada em 1998 – a perda de 20% da clientela por

... a descentralização dos trabalhos qualificou técnicos em todos os 126 municípios do Estado, treinados para assistência e prevenção contra as DST/AIDS.

desistência de tratamento ou óbito.

Outra série de treinamentos – em parceria com a UFMT – voltou-se para os grupos mais vulneráveis à AIDS – profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas, além de mulheres de baixa renda. Objetivo: transformar pelo menos parte dessa clientela em agentes multiplicadores no interior, capazes de transmitir as informações básicas sobre prevenção e assistência. A Secretaria doou material didático e informativo. Dentro dessa perspectiva, a SES treinou 25 extensionistas rurais (esposas de agricultores rurais), em 1997.

Melhor habilitada que suas colegas, uma das extensionistas chegou a ministrar sete cursos, cada um deles com 30 alunos. Com isso, a população, aos poucos, está compreendendo a necessidade da prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis. Profissionais do sexo, travestis e populações marginalizadas também participaram dos treinamentos. Pesquisa realizada com profissionais do sexo em Sinop, em 1997, confirmou que nenhum deles estava com o vírus. Os cursos sobre DST/AIDS, naquele município, foram implantados a pedido de profissionais do sexo e travestis.

O curso que dura, em média, uma semana, conta com programas de rádio, folders, cartazes, camisetas e busca resgatar a história da AIDS, das DSTs em geral e drogas. Após a parte teórica, a equipe oferece oficinas de sexo mais seguro, onde os alunos constroem tudo o que aprenderam com próteses,

preservativos (masculinos e femininos) e lubrificantes (os que podem e os que não podem ser usados). É o momento da prática.

De 1984 a 1998, Mato Grosso registrou 1.508 casos de AIDS, dos quais 687 vieram a óbito. A faixa etária predominante é de pessoas entre os 25 e 39 anos. Ao contrário do que se supõe, os homossexuais deixaram de ser o grupo mais vulnerável. Lutando contra a discriminação, o grupo se organizou, difundiu informações e hoje é considerado um dos que mais se previne.

Em relação às crianças, o primeiro caso surgiu em 1991, sendo que o total de casos notificados é 40. Os municípios com maior número de casos notificados são Cuiabá e Rondonópolis (8 casos em cada município) e Sinop, com 7 casos.

Hoje, em termos de vulnerabilidade, em primeiro lugar, aparecem os heterossexuais; no segundo, os usuários de drogas; depois vêm os homossexuais. Em quarto, estão os bissexuais. Os municípios que apresentam maior número de casos são Cuiabá, Rondonópolis e Várzea Grande. Cuiabá responde por 70% deles, seguido por Várzea Grande e Rondonópolis.

Outro trabalho desenvolvido pela coordenação é o “Projeto de Redução de Danos”, iniciado em janeiro de 1998, em três bairros da capital. A proposta era trocar seringas usadas por novas, o que levou a equipe a treinar seis agentes redutores (ex-viciados ou familiares de viciados). No entanto, os técnicos descobriram que os usuários estavam

De 84 a 98, Mato Grosso registrou 1.508 casos de AIDS, dos quais 687 vieram a óbito. A faixa etária predominante é de pessoas entre os 25 e 39 anos.



Foto: Omar de Oliveira

lidando com um outro tipo de droga, o crack. E mais: o produto estava sendo injetado. As suspeitas começaram quando a clientela começou a pedir agulhas de maior calibre para trocá-las pelas usadas. O crack, ao ser amassado, produz pasta mais grossa que a da cocaína, exigindo um outro tipo de agulha. Com o crack, a situação ficou mais difícil, pois a sobrevivência de um usuário varia de 3 meses a um ano.

Diante desta situação, o setor montou duas estratégias: trocou as agulhas por outras de calibre mais grosso e começou a orientar os usuários sobre o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). Vários deles foram levados ao médico, fizeram consultas e testes. Outros, encaminhados ao CAPS, iniciaram tratamento. A despeito de qualquer reação do usuário, a equipe do DST/AIDS procura respeitar sua posição, humanizando o tratamento e a relação com os técnicos.

Em parceria com a Pastoral do Menor, a equipe criou duas salas de aula especiais, destinadas a essa clientela. Os estudantes sempre contam com dois professores, um dos quais está disponível para auxiliar um usuário que não está interessado em permanecer em sala de aula. Hoje, seis bairros já contam com trabalhos da equipe do DST/AIDS.

Ao contrário do que se supõe, os homossexuais deixaram de ser o grupo mais vulnerável.



Foto: Arquivo da SES

TRATAMENTO DA HANSENÍASE OBTÉM MELHORES RESULTADOS

Diminuição da taxa de abandono do tratamento da hanseníase e aumento da cobertura das ações de controle à doença são os resultados obtidos por uma política que conjugou treinamento, supervisão e assessoria aos municípios, no interior do Estado. Cursos de reciclagem atingiram enfermeiros, médicos, bioquímicos, e assistentes sociais e auxiliares de enfermagem, aumentando e melhorando a capacidade diagnóstica da rede. Os resultados se traduzem por um significativo aumento do número de casos curados.

As sensibilizações atingiram agentes comunitários de saúde, professores e lideranças em geral – o que mostra o esforço conjunto da comunidade na busca do controle da hanseníase.

Em 1999, 98% dos municípios tiveram cobertura das ações de controle; em 1994, os trabalhos atingiram 85%. A percentagem de abandono também caiu de 29,4%, em 1994, para 23%, em 1999.

Buscando aperfeiçoar seus técnicos, a SES partiu para a capacitação de recursos humanos. Dentro desta nova perspectiva de melhoria da qualidade de serviços e de garantia de acesso, a Secretaria também descentralizou as ações de controle dentro dos municípios.

A meta para os próximos anos é implementar as referências regionais, atendendo aos pacientes cujos casos não podem ser resolvidos pelas unidades

básicas de saúde. Outro passo é a reestruturação do Centro Regional de Referência em Saúde, destinado ao atendimento especializado.

Os resultados alcançados devem-se à discussão dos indicadores de saúde junto aos gestores municipais, à melhoria da qualidade do serviço em função dos treinamentos realizados, entre outras atividades.

PEQUENAS CIRURGIAS

Implementando sua estrutura para oferecer um serviço de melhor qualidade, o setor de hanseníase do Centro Estadual de Referência começou a realizar, a partir deste ano, pequenas cirurgias de pele – verrugas, nervos, tumores e cistos. As operações suprem uma das principais carências da unidade, consolidando-a, definitivamente, como referência em Mato Grosso. Até então, o setor não oferecia esse tipo de atendimento devido à falta de materiais básicos para operações dermatológicas. A unidade conta, hoje, com cinco dermatologistas, dois clínicos, um fisioterapeuta, dois enfermeiros e três auxiliares, por período.

Dentro desse espírito de construção, a unidade reorganizou seus serviços, descentralizando o atendimento ao

A percentagem de abandono também caiu de 29,4%, em 1994, para 23%, em 1999.

usuário, que antes era obrigado a se tratar em locais distantes de seu domicílio. Para isso, uma série de capacitações, com ênfase na prevenção e tratamento da doença, foi realizada nos últimos cinco anos, tendo como público-alvo técnicos do interior e de postos e policlínicas da capital.

Até 1996, no entanto, a demanda era tão alta que o Centro Regional em Cuiabá atendia cerca de 100 pacientes por período, sem nenhum tipo de seleção. Agora, o doente passa por uma pré-triagem; caso seja de outra região, é enviado à policlínica competente. Com esses trabalhos de descentralização, a procura diminuiu cerca de 50% por período, acarretando uma melhoria nos serviços – mais atenção e tratamento humanizado.

A partir da consolidação desse processo de triagem, o setor definiu seu usuário. Além dos pacientes do centro de Cuiabá, zona de abrangência da unidade, a equipe atende casos mais complexos que não podem ser tratados nas unidades básicas de saúde. A intenção é receber apenas os pacientes que chegam ao setor com encaminhamento, consolidando uma postura de referência para o Estado, exceto os casos mais graves, atendidos imediatamente.

Outra ação criada nos últimos cinco anos foi a Prevenção de Incapacidades (PI), uma das novas diretrizes do Ministério da Saúde (MS). O nervo, quando atingido pela hanseníase, deixa de agir sobre a musculatura, que se atrofia, causando a incapacidade. Todos os exercícios são definidos de acordo com as necessidades de cada usuário. Antes, porém, músculos e nervos são examinados por profissionais. O Centro ainda conta com um sapateiro que confecciona e modifica os calçados conforme os problemas apresentados pelos pacientes.

O Centro ainda auxilia os postos, onde os paciente apresentam algum tipo de problema que não pode ser resolvido em unidades básicas de saúde, mas recebe conduta adequada a cada caso no Centro Regional de Referência em Saúde.

O setor definiu algumas metas para os próximos anos: contratar um neurologista e aumentar o número de profissionais, que ainda é muito pequeno para a demanda, e continuar melhorando a estrutura do setor visando a melhoria da resolutividade do serviço prestado nessa área.



Foto: Arquivo do SES

PROGRAMA DE TUBERCULOSE HUMANIZA TRATAMENTO

Humanizar o tratamento da tuberculose, conjugando capacitação de pessoal, descentralização de ações, de controle e implementação de diagnóstico laboratorial é o novo modelo que está sendo construído pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT), executado por uma equipe de técnicos da SES. O grupo também está trabalhando em municípios, priorizados por suas características epidemiológicas, implantando o Tratamento Diretamente Observado (TDO).

A SES implantou o TDO em 1998, no Centro Regional de Referência, que está servindo de modelo para todo o interior e

outros Estados do Brasil. O resultado já se faz sentir no aumento da taxa de cura, que atingiu 90%, um percentual 20% superior à média estadual. Atualmente 77 unidades de saúde de 53 municípios contam com TDO.

Com a descentralização do atendimento, a demanda no Centro de Referência caiu de 300 para 40 pacientes em tratamento. Além da medicação supervisionada, os usuários recebem vale-transporte e café da manhã. Este é um projeto que procura realizar um atendimento diferenciado.

A melhoria na qualidade do atendimento é resultante de uma série de treinamentos para capacitação de



O resultado já se faz sentir no aumento da taxa de cura, que atingiu 90%, um percentual 20% superior à média estadual.

profissionais de nível médio e superior. Com o objetivo de aperfeiçoar serviços de diagnóstico e tratamento da tuberculose, a SES conseguiu capacitar profissionais em todo o Estado. Com isso, os técnicos capacitados nos Pólos foram transformados em agentes multiplicadores nos municípios.

Nos últimos dois anos, foram treinados 342 profissionais entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e bioquímicos de vários municípios. É um salto, já que, em 1994, houve saldo zero de capacitação. Também foram capacitadas 6 equipes de Saúde da Família em Cáceres.

Esse incremento também pode ser percebido no número de unidades de saúde com PCT implantado. Atualmente 92% dos municípios (116) do Estado contam com PCT.

Para o próximo ano, a meta é atingir 85% de cura dos pacientes em Mato Grosso, através dos treinamentos, assessorias e supervisões, priorizando o TDO.

A SES implantou, em 1998, o TDO, no Centro Regional de Referência em Saúde, que está servindo de modelo para todo o interior e outros Estados brasileiros.



SAÚDE DA CRIANÇA

O Estado de Mato Grosso conta com três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e vai implantar dois bancos de leite. Os avanços são resultado de um convênio entre a SES, Ministério da Saúde (MS) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que irão dispor de quatro hospitais-referência para o atendimento de crianças em estado grave pelo SUS – Pronto-Socorro e Hospital Municipal de Cuiabá (PSHMC), Hospital Universitário Júlio Müller e hospitais de consórcios. A idéia é implantar o Banco de Leite em, pelo

menos, uma dessas unidades, que servirá de centro de referência para todo o Estado. A Coordenação de Saúde da Criança luta pela criação do banco desde 1988.

Outra ação desenvolvida foi o treinamento de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI). Os cursos são ministrados em parceria com outros programas da SES, como o PACS e PSF, cujas equipes, treinadas nas regionais, assumem o papel de agentes multiplicadores de informação. O objetivo é ver a criança como um ser integral,



A criança é uma das prioridades da SES.



Foto: Arquivo da SES



... a saúde infantil continua sendo um dos maiores desafios para Mato Grosso.

ênfatisando a prevenção de doenças, a partir da observação de suas condições sócio-econômicas. Já foram capacitadas cinco equipes do Programa de Saúde da Família nessa abordagem: Cuiabá, Poconé, Nossa Senhora do Livramento e Vila Rica. Em 1997 e 1998, 60 enfermeiros de nível superior fizeram cursos sobre toda a atenção à criança, como Infecção Respiratória Aguda (IRA), Diarréia e Crescimento e Desenvolvimento (CD). Outros treinamentos foram os realizados para mais de 60 técnicos do Hospital de Vila Rica, considerado Hospital Amigo da Criança, como também para o atendimento e cuidados ao recém nascido e reanimação para mais de 100 profissionais dos Hospitais de Referência secundária e terciária para gestantes de alto risco em todo o Estado.

Em parceria com a Vigilância Epidemiológica da SES, a Monitorização e Controle de Doenças Diarréicas foi implantado em todo o Estado.

A Coordenação também trabalhou em conjunto com o Setor de Educação em Saúde, procurando orientar as famílias sobre o aumento da probabilidade de doenças respiratórias em crianças filhas de pais fumantes.

Assim como em outros Estados brasileiros, a IRA, diarréia e a desnutrição são as três principais causas de consulta e hospitalização de crianças com menos de um ano, em todos os nossos municípios. Apesar dos avanços com treinamento, aumento da disponibilidade de medicamentos e de parcerias com outros setores, a saúde infantil continua sendo um dos maiores desafios para Mato Grosso. Em 1996, 8.476 crianças foram internadas; esse número subiu para 33.008 em 1999. A pneumonia é a doença responsável pelo maior número de internações (50%).

A diarréia ocupa o segundo lugar: 41,5%, em 1996 e 9,9% em 1999. A desnutrição ainda causa internações, mas caiu 70% de 1996 a 1999: 3,1% para 0,9%. Somadas, IRA, diarréia, desnutrição, malária e doenças preveníveis por vacinação representam três de cada quatro internações de crianças com menos de cinco anos.

Outro problema enfrentado é que as próprias mães, muitas vezes, não completam os cartões das crianças, pensando que a primeira dose de vacina é suficiente para a imunização. Buscando lutar contra essa falta de informação, a SES imprimiu 180 mil cartões de crianças nos três últimos anos, distribuídos em todos os municípios do Estado. Técnicos do SISVAN se encarregaram de treinar os profissionais das unidades de saúde do interior no preenchimento dos cartões e a Vigilância Epidemiológica intensificou as ações de assessoria em imunização (técnica e financeira) aos municípios.

Os municípios com menos de 20 mil habitantes estão recebendo medicação para IRA e diarréia, desde 1998. Já os remédios de alto custo são emitidos com autorização médica pelo Centro Regional de Referência de Saúde, em Cuiabá.

*Somadas, IRA,
diarréia,
desnutrição, malária
e doenças
preveníveis por
vacinação
representam três de
cada quatro
internações de
crianças com menos
de cinco anos.*

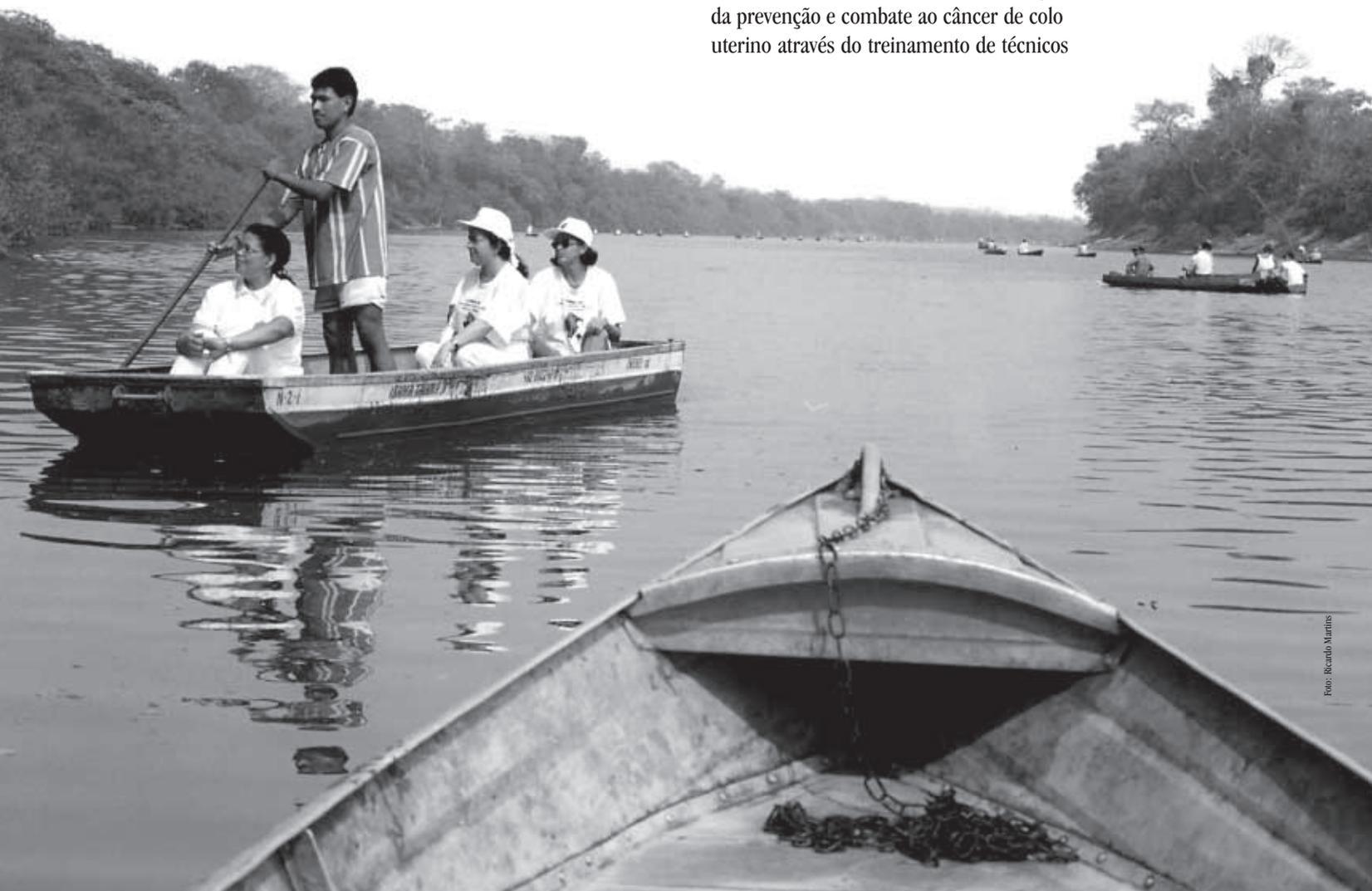
SAÚDE DA MULHER

Através da Coordenação Estadual de Saúde da Mulher, a SES priorizou, nos últimos cinco anos, três diretrizes que constituem um conjunto de ações educativas, preventivas e de tratamento à população feminina: a prevenção do câncer de colo de útero, a assistência clínico-ginecológica, e a assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Partindo desses princípios, a Secretaria reorganizou serviços básicos, procurando enfatizar a prevenção sem se descuidar da assistência. O objetivo é desenvolver

programas que resolvam os problemas epidemiológicos mais graves, construindo uma estratégia de abordagem coletiva e duradoura.

Isso só está sendo possível a partir de atividades educativas e treinamentos técnicos em Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), além da implantação de estratégias como o PACS e PSF. Diante dessas novas ações, a mulher é entendida na sua integralidade – conceito que permeia todas as ações desenvolvidas pela equipe.

Em 1996, foi realizada a intensificação da prevenção e combate ao câncer de colo uterino através do treinamento de técnicos



na coleta de material para prevenção de cerca de 80% dos municípios.

Em 1998, para a realização do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero (PNCCCU), a Coordenação treinou 154 técnicos nos Pólos, incluindo os profissionais da Baixada Cuiabana, que se transformaram em agentes multiplicadores no interior do Estado. Os técnicos aprenderam a lidar com requisição de exames, planilha de coleta e fluxo de informações, envio de material, repasse de kits, planilha de medicamentos etc. Os cursos atingiram todos os municípios de Mato Grosso.

No outro módulo, 18 médicos foram treinados para colposcopia, biópsia e Cirurgia de Alta Frequência (CAF) para realização de diagnósticos. As ações de coleta, executadas de 19 de agosto a 30 de setembro de 1998 em mulheres de 35 a 49 anos (grupo de maior risco), atingiram uma cobertura de 80% (41.072 lâminas), que, juntamente com as 17.639 lâminas de mulheres de outras faixas etárias, perfizeram um total de 58.711 lâminas examinadas. 211 mulheres tiveram diagnóstico sugestivo de câncer de colo de útero e em outras 783 foram diagnosticadas alterações citológicas. Todas receberam tratamento.

Com a assistência pré-natal – prioridade da SES –, a Coordenação começou a acompanhar o número de consultas e a qualidade da assistência.

O objetivo é identificar precocemente riscos que possam prejudicar a gestante, o feto ou dificultar o parto. Baseada nas

orientações do MS, cada gestante deve fazer, no mínimo, seis consultas. A primeira delas deve ocorrer já no primeiro trimestre da gravidez. A assistência básica em postos e unidades de saúde procura realizar as ações mínimas de pré-natal de baixo risco, como verificação de peso, sinais vitais, verificando presença de edemas, mensuração de altura uterina, ausculta dos batimentos cardíaco-fetais e exames laboratoriais mínimos (VDRL, grupo sanguíneo, fator RH, urina tipo I).

Outra orientação importante é o aconselhamento para exames anti- HIV, já que um tratamento contra o vírus diminui em até 70% as chances de o bebê nascer infectado.

Com a intensificação das orientações, o número de gestantes que fizeram mais de 6 consultas de pré-natal, em 1999, foi de 55%. Outro fator importante é a melhoria da qualidade de informações da Declaração de Nascido Vivo, cada vez melhor preenchida pelos serviços de saúde. Após as

capacitações no interior, o profissional procura preencher o documento, verificando o número de consultas de cada gestante. A implantação de estratégias, como PSF e PACS, também está auxiliando a conscientização da mulher sobre a importância do pré-natal. Articuladas entre si, essas atividades buscam diminuir o número de partos cirúrgicos e riscos na gravidez.

Dentro da perspectiva de uma visão mais completa da assistência à saúde da mulher, a Secretaria pretende ainda reestruturar o Comitê de Mortalidade Materna Estadual.

O objetivo é resolver os problemas epidemiológicos mais graves, construindo uma estratégia de abordagem coletiva e duradoura.

*As campanhas
contra o câncer
uterino e de mama
e a assistência ao
planejamento
familiar são ações
desenvolvidas pela
Coordenação...*



Outra linha de ação foi a assistência clínico-ginecológica, isto é, os procedimentos de diagnóstico e tratamento das patologias sistêmicas e do aparelho reprodutivo. A assistência ao planejamento familiar é outra ação desenvolvida pela Coordenação nos últimos cinco anos, com informativos sobre métodos anti-concepcionais e repasse dos mesmos. Os municípios interessados no desenvolvimento dessas ações encaminharam seus projetos para a SES, que lhes forneceu os insumos básicos – preservativos, espermaticida, anti-concepcional oral etc. Desde 1997, 15 prefeituras enviaram projetos que estão sendo executados. A Secretaria disponibilizou o anti-concepcional hormonal oral para todos os municípios do Estado, e preservativos masculinos de acordo com a solicitação.

A mulher de 45 a 60 anos não foi deixada de lado. Essa faixa etária contou com informações básicas sobre assistência ao climatério, como exercícios físicos com caminhadas ao sol (até 10 horas ou depois das 15), alimentação rica em cálcio e uso restrito de reposição hormonal.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher tem como princípios:

Assistência ao Pré-Natal, Parto e Puerpério; Assistência Clínico-Ginecológica; Prevenção do Câncer Ginecológico (colo uterino – mama); Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das DST/AIDS; Abordagem da Sexualidade; Assistência ao Planejamento Familiar (concepção – contracepção); Assistência ao Climatério.

Implantado em parte da rede básica de saúde, o PAISM orienta o técnico nos conhecimentos técnicos básicos sobre desenvolvimento biopsicossocial da mulher e sua dinâmica familiar. O objetivo da Coordenação de Saúde da Mulher é

priorizar as ações do PAISM, o que redefine a importância de temas como pobreza, discriminação feminina, educação feminina etc. Atualmente, estima-se que Mato Grosso tenha uma população de 2.375.549 habitantes. Deste total, 27% são mulheres em idade fértil (10-49 anos), o que gira em torno de 640 mil. A população de gestantes é estimada em 3%, o que representa 71 mil gestantes.

ESTATÍSTICAS PREOCUPAM

Em 1996, a Coordenação Estadual de Saúde da Mulher, além de distribuir o Manual do Comitê de Mortalidade Materna, orientou os técnicos dos Pólos Regionais sobre a importância da investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil. O resultado foi uma melhora significativa do processo de informação, o que acarretou no aumento do número de mortes notificadas.

Nos últimos anos, o coeficiente de mortalidade materna vinha se mantendo ao redor de 50 por 100.000 NV, com pequenas oscilações. De acordo com os dados do SIM/MT, de 1992 a 1996, em Mato Grosso, a média era de 20 óbitos por causas maternas por ano, número que subiu para 35, em 1998. O coeficiente - que era de 27,7/100.000 NV, em 1994 - foi para 72,1/100.000 NV, em 1998, três anos após a criação do Comitê Estadual de Mortalidade Materna.

Analisando-se os óbitos maternos por faixa etária, constata-se que, nos anos de 1992 a 1999, o grupo de maior representatividade foi o de 20/29 anos, com cerca de 50% dos óbitos.

*O objetivo é
trabalhar temas
como pobreza,
discriminação
feminina,
educação, etc....*

SAÚDE BUCAL

A partir de 1996, a Divisão de Odontologia Sanitária ligada à Coordenadoria Técnica da SES implementou a atenção à saúde bucal definindo sua política no Estado, onde os principais objetivos são: articular, incentivar e assessorar os municípios na implantação de modelos de atenção à saúde bucal, com ênfase na prevenção.

Essa nova política enfatiza a implantação dos procedimentos coletivos odontológicos (PCO) nos municípios, onde a SES fornece os comprimidos de flúor para a implementação das ações de educação em saúde bucal. No ano de 1997, 60% dos municípios (70)

implantaram os PCO's em escolas e/ou creches. Já em 1999, esse número saltou para 101 municípios.

A SES supervisionou a implantação dos PCO's, assim como alguns procedimentos individuais e coletivos nos municípios, buscando um modelo capaz de integrar participação, prevenção e assistência.

Além disso, a SES mantém 3 unidades odontológicas de referência: no Hemocentro, em Cuiabá, que atende os pacientes com distúrbios sangüíneos. Os portadores do vírus HIV são encaminhados ao ambulatório do Serviço de Atendimento Especializado, no Centro Regional de Referência em Saúde. Já os

Essa nova política enfatiza a implantação dos procedimentos coletivos odontológicos (PCO) nos municípios...



A Política de Saúde Bucal prioriza a prevenção sem descuidar da assistência.



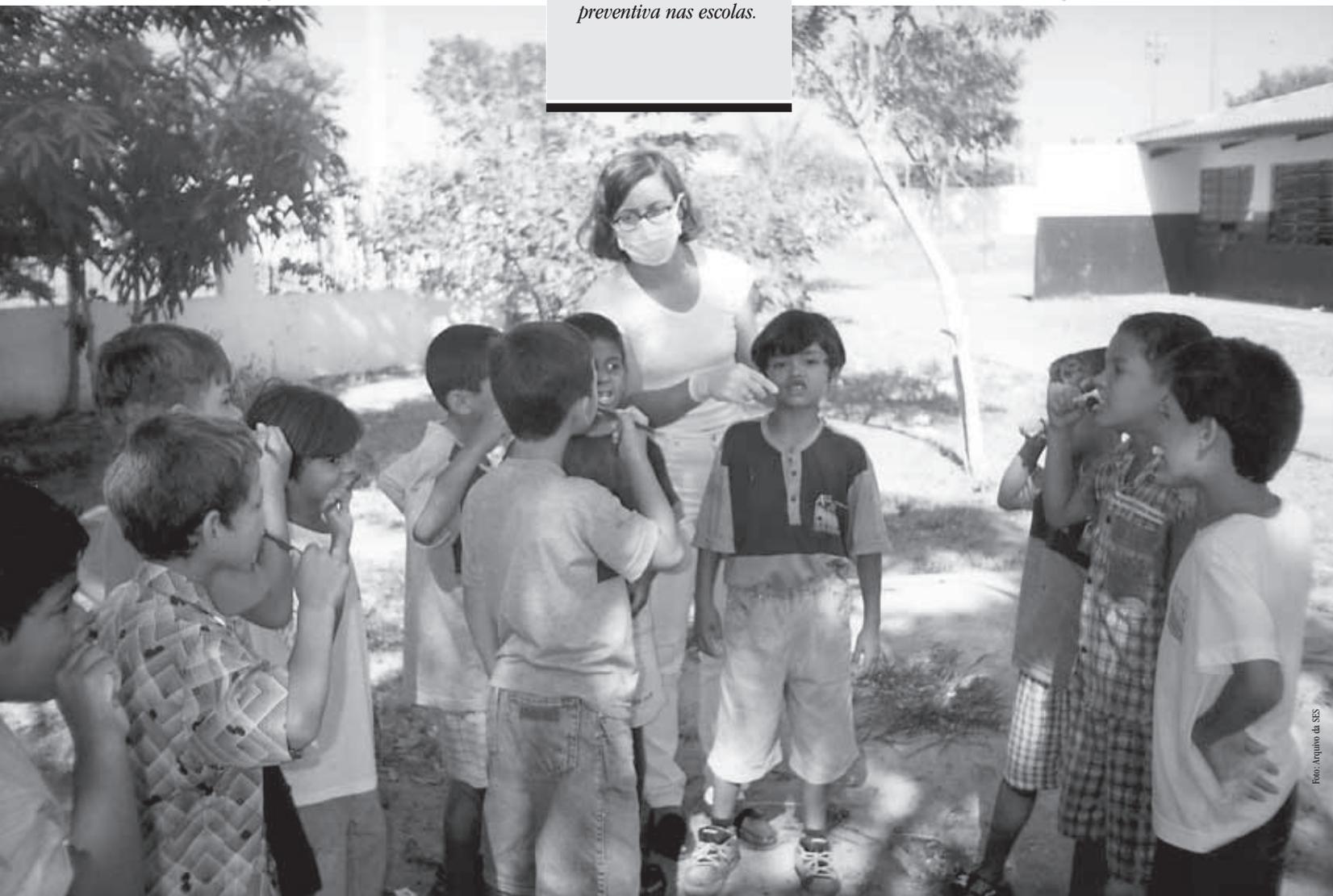
A nova mentalidade humaniza o tratamento ao usuário do SUS e consolida um serviço de maior qualidade.

usuários com distúrbios neurológicos são atendidos no Centro de Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais (CAOPE), no Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa. Na tentativa de descentralizar e desmistificar esses atendimentos, em 1997 foi realizado o 1º Curso de Reciclagem Odontológica de Pacientes Especiais e de Alto Risco, com a participação de 70 profissionais da capital e do Estado.

Dentro dessa perspectiva e através do Projeto Qualificar, o setor concretizou 3 cursos – para dentistas e técnicos – para o atendimento a pacientes especiais, qualificando 60 profissionais.

Em 1999, o setor priorizou a capacitação de agentes comunitários de saúde sobre informações básicas de saúde bucal.

Destacaram-se os trabalhos de educação preventiva nas escolas.



SAÚDE INDÍGENA

“Aqui vivem 37 etnias diferenciadas entre si e se falam mais de 20 línguas. Esta diversidade cultural e lingüística constitui-se em imensa riqueza a ser preservada e estudada.”

Com essas palavras, o Plano de Metas da Frente Cidadania e Desenvolvimento, de 1994, definiu a importância do índio para Mato Grosso. Melhorar a qualidade de vida desses povos, no entanto, requeria uma drástica mudança das ações pontuais que até então vinham sendo desenvolvidas pelos governos anteriores. Fazendo parcerias com órgãos federais e implantando novos projetos de prevenção e promoção de saúde, a SES definiu uma nova política para a área.

Contratação de mais profissionais, capacitação de índios e criação de conselhos paritários foram algumas das ações que se articularam em várias frentes na busca de uma solução para o impasse.

Coerente com um novo modelo que privilegia a prevenção sem se esquecer da demanda por assistência, a Secretaria criou o Curso de Auxiliar de Enfermagem Indígena. Implantado em 1997 pela Escola Técnica de Saúde, o programa formou 120 alunos, com foco na profissionalização.

Estruturado em duas etapas, o curso se organiza em uma parte teórica, concentrada nos Pólos, e outra prática, onde o estudante procura articular os conceitos com a prática. Essa fase é acompanhada pela equipe de 17 técnicos, responsáveis pelas aulas.

Devido à falta de escolarização dos índios, o programa deve ser estendido até o ano 2000, integrando o Ensino Fundamental à formação profissionalizante. O método, nas duas áreas, é sempre problematizador, isto é, toma uma situação concreta como exemplo para a reflexão.



Foto: Ricardo Martins

Os trabalhos são centrados em imunização, saneamento básico e formação de técnicos.



Foto: Ricardo Martins

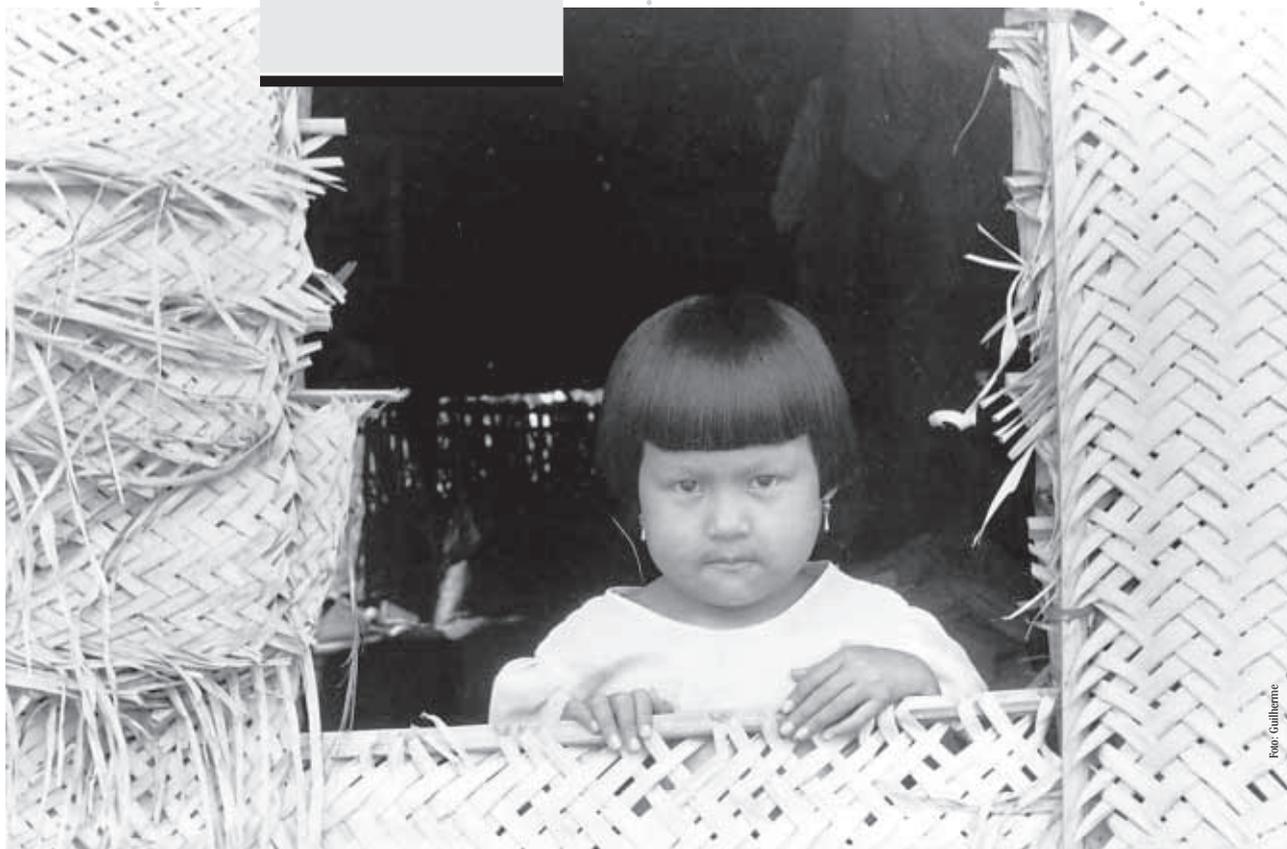
O curso, totalmente voltado para a saúde preventiva, foi implantado em Barra do Garças, Rondonópolis, São Félix do Araguaia, Tangará da Serra e Parque Nacional do Xingu.

O Estado, hoje, assessora e orienta os programas a partir de uma relação participativa. Os indígenas, que estão se capacitando para técnicos em enfermagem, por exemplo, tiveram que se enquadrar dentro de dois parâmetros fundamentais – já trabalhar na área de saúde e serem escolhidos pela própria comunidade.

Ao ser priorizado, o índio passa, de fato, a exercer sua cidadania, respeitado em suas diferenças.

Foram criados conselhos locais de saúde em Tangará da Serra, Rondonópolis e Xingu. As entidades, paritárias, é que definem as demandas e articulam as ações. Os trabalhos são centrados em imunização, saneamento básico e formação de técnicos. Como incentivo aos municípios que dão assistência a esses povos, a SES envia um maior número de AIHs para atender o aumento de usuários.

Dando continuidade a essas ações, foram criados quatro Distritos Sanitários Indígenas, já preconizados nas 1ª e 2ª Conferências de Saúde Indígena. Para isso, novos profissionais foram contratados. O objetivo é gerenciar e organizar todo o sistema de saúde por distritos, priorizando a prevenção e otimizando o atendimento de casos menos complexos.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE CONSOLIDA MODELO PREVENTIVO

Capacitar profissionais em várias frentes, otimizando recursos humanos – este é o melhor modo de contribuir para a socialização de informações e auxiliar o processo de educação da população.

Atuando em várias áreas, desde o PACs até a odontologia sanitária, a capacitação foi uma das diretrizes fundamentais para a consolidação de um novo modelo de prevenção e assistência à população. Criar um novo conceito de saúde pública requeria ações precisas pautadas na definição das metas do SUS.

Como uma das diretrizes foi a mudança do modelo assistencialista para um sistema mais complexo – capaz de combinar prevenção e assistência –, a capacitação assumiu o primeiro plano.

O objetivo era orientar municípios e regionais, buscando esclarecer dúvidas sobre programas de descentralização, participação, conselho gestor etc. Após a criação do SUS, qual é o papel do Estado? E das prefeituras? Quais critérios devem ser seguidos para a participação nos consórcios intermunicipais? Cada uma dessas questões foi respondida, auxiliando



Foto: Arquivo da SES

*Palestra na Escola
Municipal
Araguaia sobre
verminose e
alimentação.*

SES procurou orientar a população através de uma série de campanhas contra fumo, drogas, febre amarela, escovação dental.



Foto: Arquivo da SES

Através de palestras e aulas expositivas, o setor de Educação em Saúde enfatizou a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS).



Foto: Leandra Martins

todas as instâncias do poder público na readequação aos novos princípios norteadores da saúde.

Técnicos melhor capacitados serviram de agentes multiplicadores nos municípios, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade de vida do usuário do SUS. A educação foi a peça-chave para o início da construção desse novo modelo.

Reordenando a informação sobre temas fundamentais para a SES, o setor se voltou para a orientação comunitária. Campanhas, como de aleitamento, seguiram as metas estabelecidas pelos técnicos da Secretaria. O novo passo foi a criação do Comitê Estadual de Aleitamento Materno. Outros temas, como o câncer de mama e tabagismo, também entraram na pauta de orientações da Educação em Saúde, além da criação de uma videoteca sobre assuntos de saúde.

A SES ainda firmou convênio com o Instituto Nacional do Câncer e Ministério da Saúde, fazendo seminários e orientando a população sobre fatores de

risco em ambientes de trabalho, unidades de saúde e escola.

O setor elaborou uma estratégia de trabalho politicamente coerente com as diretrizes do Plano de Metas, traçadas em 1995, além das ações pontuais.

Por começar a entender o que é a saúde pública, o cidadão poderá cobrar serviços mais qualificados e melhor direcionados.

O setor não dispõe de dados quantitativos para avaliar as mudanças – já que são comportamentais –, mas, gradativamente, uma nova mentalidade está surgindo, baseada em princípios de participação e controle da saúde pública.

*Campanha
anti drogas nas ruas,
praças e em frente às
escolas.*

*Como uma das
diretrizes foi a
mudança do modelo
assistencialista para
um sistema mais
complexo – capaz de
combinar prevenção
e assistência –, a
educação assumiu o
primeiro plano.*



Assistência à Saúde



Foto: Letívia Marins

NOVAS ESTRATÉGIAS MELHORAM A ASSISTÊNCIA

Procurando otimizar a qualidade dos serviços assistenciais na saúde, a SES vem desenvolvendo, nos últimos cinco anos, uma série de atividades sustentadas por um planejamento estratégico, voltadas à consolidação das diretrizes definidas pelo SUS. Hoje, a Secretaria executa suas ações como órgão formulador e coordenador das políticas de saúde do Estado.

A parceria foi o grande instrumento de cooperação técnica estabelecida com os municípios que, assessorados, puderam modernizar a forma de trabalhar a saúde, com foco na realidade de vida de sua população. Engajados neste conceito vanguarda de gerenciar, parceiros então na forma de conduzir o SUS no seu município, puderam cumprir com os requisitos necessários à habilitação de um novo modelo de gerência – a Gestão Plena da Atenção Básica – proposto a partir da vigência da Norma Operacional Básica (NOB 96).

O sentido apontado na NOB 96 reordena o modelo de atenção à saúde – verticalizando-o – na direção do gestor municipal, que passa a ser o responsável direto pela saúde de seus habitantes. Consolida-se doravante o SUS no Estado de Mato Grosso. Com isso, o Estado deixa de assumir um papel de “executor de ações” e

transfere esta tarefa aos municípios, que gradativamente vem sendo assumida por todos os 126 integrantes do Estado.

Nesse contexto, a descentralização da assistência proporcionada pelo novo modelo de gestão, com maior autonomia dos gestores municipais, favoreceu ao usuário acesso mais fácil aos serviços de saúde local, podendo cobrar diretamente a qualidade na assistência prestada na cidade em que vive.

Ao cumprir os requisitos estabelecidos na legislação vigente (NOB 96), os municípios tornaram-se habilitados a receber diretamente em suas contas as verbas referentes à atenção básica. Este recurso, denominado de Piso da Atenção Básica (PAB), destina-se ao pagamento de procedimentos de vacinação, consulta médica, consulta e atendimento domiciliar realizado por outros profissionais de saúde, consulta odontológica, entre outros. Além disso, como incremento financeiro, todos os municípios que implantaram o Programa de Saúde da Família (PSF) passam a receber um recurso extra, para auxiliar a manutenção deste programa. Estes incentivos financeiros objetivam fortalecer o modelo de assistência que a SES vem adotando, com ênfase na *Prevenção e Promoção da Saúde*, como eixo principal no desenvolvimento de suas estratégias. Isto sem se descuidar do atendimento hospitalar, todavia conseguindo inverter o modelo de assistência à saúde praticado historicamente não só em Mato Grosso

Ao cumprir todos os requisitos da legislação, os municípios puderam receber diretamente em suas contas as verbas referentes à atenção básica.

como no Brasil: hospitalocêntrico e medicocêntrico. Nessa perspectiva, ao final de cinco anos de intenso trabalho, vem mantendo-se a meta definida no tocante aos recursos aplicados pelo SUS, onde a maior parte (55,0%) representam gastos atinentes à assistência ambulatorial.

É a atenção básica o “carro chefe” deste novo modelo de atenção optado pela SES.

Outro passo importante que alavancou o processo de modernização da assistência e fortaleceu a transparência como componente qualitativo no processo de mudança foi a criação e operacionalização das Câmaras de Compensação de AIHs, em todas as regionais de saúde de Mato Grosso. A compensação descentralizada e regionalizada, proposta com bases em critérios técnicos, tem fortalecido todo o processo de modernização de gerenciamento, com ênfase na visibilidade, afastando-se definitivamente a conduta utilizada no passado - meramente clientelista, concedida apenas por meios políticos.

O município de Cuiabá difere deste mecanismo de compensação de AIHs, anteriormente citado. Por estar habilitado na Gestão Plena do Sistema (modelo mais avançado de gestão), possui câmara própria, definida a partir da programação municipal. Não obstante, além de gerenciar seu próprio recurso, realiza controle, avaliação e auditoria do seu sistema. Entretanto, consoante à política geral do SUS/MT, tem realizado suas programações em parceria com a gerência do nível central (pela CAHA), através da programação pactuada e integrada, a PPI, modelo de planejamento já estabelecido em outros Estados e aderidos também na SES/MT.

Os consórcios intermunicipais vêm cumprindo seu papel. Oferecendo serviços de média complexidade, em todo o interior, traduz o esforço concentrado da SES em realizar o assessoramento necessário e suporte técnico na busca de garantia da qualidade na assistência mantida no âmbito regional. Cada consórcio oferece os serviços definidos de acordo com a demanda dos municípios envolvidos.



Foto: Arquivo da SES

Foram criadas ainda as CIBs Regionais (Comissão Intergestores Bipartite), responsáveis pela normatização e formulação de estratégias à política de saúde, voltada para o interior – um ganho significativo nesta área.

Articuladas, todas essas ações nortearam uma nova visão de saúde pública, pautada em instrumentos essencialmente técnicos, comprometida com a promoção da saúde e bem-estar dos usuários, sem desconsiderar a relevância da assistência hospitalar no processo de recuperação de pacientes, quando necessárias, mas buscando continuamente a melhoria na qualidade dos serviços ofertados no SUS/MT.

CENTRAL DE VAGAS

Com a criação da Central Estadual de Vagas, em Cuiabá, o SUS está conseguindo organizar a demanda e orientar melhor o usuário. É um passo fundamental para a saúde pública se autoregular.

Procurando otimizar esses serviços, a SES, em parceria com a Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC) e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), está desenvolvendo o projeto de modernização da Central.

O objetivo é interligá-la a todos os hospitais públicos e contratados do SUS do

Estado e as quatorze Centrais Regionais que serão criadas a partir do ano 2000. Até agora, existem oito funcionando precariamente no interior de Mato Grosso.

Através de uma moderna rede de informação, a Central estará ligada à instância regional e unidades hospitalares, agilizando serviços. O

usuário ainda contará com o “Disque Saúde”, sistema que lhe permitirá obter as informações básicas sobre o SUS e fazer denúncias.

RESULTADOS

Em 1999 o SUS de Mato Grosso realizou mais de 3 milhões de consultas e outros procedimentos ambulatoriais pelos quais pagou R\$ 73 milhões. Para melhorar a assistência ambulatorial foram credenciados novos serviços para oftalmologia – Hospital do Câncer e Hospital de Olhos em Cuiabá e uma unidade em Juara, quatro serviços para o tratamento do câncer, um para diálise em Cáceres, dois serviços de hemodinâmica, além de bancos de sangue. A Secretaria também implantou unidades de reabilitação e de coleta e transfusão de sangue no interior.

Para o atendimento aos acidentados foi implantado o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência Pré-hospitalar, SIATE, em Cuiabá e Várzea Grande, em parceria com o Corpo de Bombeiros, contando com três ambulâncias equipadas e pessoal médico e para-médico capacitado.

Na área hospitalar o SUS realizou mais de 190 mil internações no Estado em 1999 a um custo de 58 milhões. Existem mais de 4 mil leitos disponíveis para o SUS em 168 unidades hospitalares públicas e conveniadas.

Também em 1999 foram realizadas as campanhas de cirurgia da catarata com 3.677 cirurgias, a de hérnia inguinal com 918 cirurgias, de próstata com 302 cirurgias e 50 de varizes.

Além disso, a Secretaria, em parceria com ONGs e o Rotary Club realizou a Operação Sorriso quando 150 pessoas submeteram-se a cirurgia para correção de lábio leporino e outros agravos da região bucal.

...a Secretaria passou a controlar – através de critérios técnicos – a emissão dessas autorizações, antes concedidas apenas por meios políticos e clientelistas.

MATO GROSSO COMEÇA A REALIZAR TRANSPLANTES

Mato Grosso fez quinze transplantes de rim pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até dezembro de 1999. É a primeira vez que o Estado está oferecendo esses serviços ao usuário, resultado de um amplo investimento feito pela SES na criação de uma unidade especialmente designada para cuidar de cirurgias de alta complexidade: a Central de Transplantes.

De acordo com a nova legislação, qualquer entidade – pública ou privada – tem que obter autorização da Central para a realização de transplantes. Hoje, portanto, a Central coordena e fiscaliza todos os serviços feitos na área, seguindo critérios rígidos, estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Com a primeira doação de rim, feita em novembro de 1998, foram realizadas duas cirurgias. Atualmente, as operações estão sendo feitas por dois hospitais conveniados – o Santa Helena e o Santa Rosa.

A Central também está aguardando credenciamento de novas equipes para a realização de transplantes de outros órgãos, como fígado, coração etc. Todos os hospitais que fazem parte do sistema já foram contatados. Para os próximos 02

anos, no entanto, a Secretaria pretende consolidar os transplantes de rins através de uma busca ativa de doadores e realização de campanha publicitária, para informar e sensibilizar a população da necessidade de doação. O objetivo é requerer informações sobre pacientes com mortes encefálicas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Com o aumento do número de informações, a tendência é que as chances para doação também aumentem. A estimativa nacional é que, de cada quatro mortes, pelo menos uma se converta em doação de órgãos.

A estrutura para exames de histocompatibilidade também está sendo implementada através da compra de vários aparelhos e credenciamento de um laboratório para realização deste exame.

É a primeira vez que o Estado está oferecendo esses serviços ao usuário, resultado de um amplo investimento na criação de um setor designado para cuidar de operações de alta complexidade.

SETOR ADMINISTRATIVO É MODERNIZADO

A exemplo de outros setores da SES, a Coordenadoria de Administração Hospitalar e Ambulatorial (CAHA) implementou a lógica de programação da assistência e dos serviços, pautando-se em critérios técnicos.

Até 1995, a CAHA apresentava sérias distorções administrativas, que acarretavam uma forte centralização de decisões. Sem diálogo com o interior, o sistema de informações ambulatorial e hospitalar (SIA/SIH) não contava com critérios claros e transparentes para a assistência no Estado. Dentro deste contexto, programações não pactuadas e interesses políticos definiam as principais decisões. A falta de planejamento e priorização do usuário chegou a interromper alguns tratamentos à base de medicamentos de alto custo, ao passo que o TFD carecia de um sistema rigoroso de controle para autorização de passagens.

Primeiro passo: definir novos critérios, baseados em informações técnicas para normatizar as áreas mais importantes.

Os novos critérios que nortearam as ações de programação coordenados pela CAHA e aprovados pela CIB foram: população do município, capacidade instalada e de produção das unidades hospitalares e ambulatoriais (recursos humanos, espaço físico, equipamentos) e

também considerando se o município é referência para o Estado e região. A estes fatores técnicos a Coordenadoria ainda soma os critérios de necessidade, perfil epidemiológico e a demanda.

Com regras de programação claras e transparentes, a CAHA pôde se dedicar à capacitação de seu próprio quadro de recursos humanos (no nível central) para adaptá-lo às novas exigências do SUS. Conteúdos técnicos e metodologia do trabalho

foram discutidos com os profissionais, estabelecendo uma inter-relação entre os setores da Coordenadoria, que até então não se comunicavam. Portanto, nesta primeira fase, os técnicos tomaram consciência do papel da Coordenadoria para a saúde pública. Além disso, a capacitação voltou-se também para os

Os novos critérios que nortearam as ações de programação coordenados pela CAHA foram: população do município, capacidade instalada e de produção.

profissionais dos Pólos Regionais, que se transformaram em agentes multiplicadores nas ações a serem desenvolvidas a partir da meta definida.

A CAHA capacitou também todos os municípios para o gerenciamento dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB), cuja programação, teto físico e financeiro foram definidos tecnicamente. Os treinamentos realizados em 1997 procuraram dar todos os subsídios para os gestores locais administrarem o novo sistema. Antes da habilitação pela NOB 96, os recursos para atenção básica eram processados no nível central. Com a habilitação, os municípios obtiveram, portanto, os requisitos necessários para assumirem suas próprias programações (Gestão Plena da Atenção Básica) e, conseqüentemente, suas responsabilidades. Entretanto, cabe ainda ao Estado a coordenação direta das programações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Já Cuiabá se habilitou na Gestão Plena do Sistema, assumindo os serviços de média e alta complexidade. Hoje, a capital, que é referência secundária e terciária para o interior, conta com um sistema próprio de controle, avaliação e auditoria de seus gastos, processo feito em conjunto com o Estado.

Com todos esses esforços, Mato Grosso está conseguindo desenvolver, na prática, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), usada como instrumento de planejamento da assistência e de outras ações da política de saúde. Através de pactos com os gestores, o Estado assessora

e integra ações dentro de uma nova articulação da saúde pública, que busca a descentralização de serviços, tendo como sustentação a integração entre seus vários setores. Portanto, a PPI, hoje, é um instrumento essencial para as negociações em todas as instâncias públicas, na definição do orçamento e financiamento da saúde.

O sistema de auditoria analítica, que avalia a capacidade de cada unidade a partir da análise de relatórios, também foi estruturada e passou a fazer parte da rotina da CAHA. Além disso, o setor supervisionou “in loco” quase 100% das unidades ambulatoriais do Estado, no ano de 1996.

Ainda em 1998, foi avaliada a assistência hospitalar, através da execução do Programa Nacional de Avaliação da Assistência Hospitalar, que nesse ano pesquisou 50% dos hospitais, em todo o Estado. Foram considerados, na pesquisa, o ponto de vista técnico, desenvolvido em parceria

com a Vigilância Sanitária, e a opinião do usuário do sistema, levantada pelos técnicos da CAHA.

Em 2000, será concluída esta pesquisa, cujo resultado produzirá indicadores de qualidade dos serviços que nortearão as futuras estratégias para a consolidação do modelo assistencial proposto pela SES e definido nas diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde.

A meta é avaliar o atendimento nos hospitais, implementando a qualidade dos serviços em unidades distantes da capital.

ATENDIMENTO DIRETO AO USUÁRIO

Este tipo de assistência, ofertado diretamente ao usuário, refere-se basicamente ao custeio de viagens para pacientes em Tratamento Fora do Domicílio (TFD), a oferta de medicamentos de alto custo, fornecimento de órteses e próteses, como também a prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT).

No tocante ao TFD, registre-se que, no passado, este programa refletia ingerência, ausência de controle e avaliação, o que permitia fraudes e viagens desnecessárias. Hoje, reestruturada e moderna, é capaz de traçar seu próprio rumo. No processo de modernização proposto, o passo fundamental foi a triagem de todos os pacientes, permitindo que somente aqueles não resolvidos em Mato Grosso fossem encaminhados para outro Estado. Neste sentido, a SES vem ampliando os convênios de forma a garantir as especialidades a serem referenciadas, objetivando diminuir os casos atendidos em TFD.

Atualmente, o programa conta com estrutura informatizada, comissão de autorização e equipe de serviço social atuante, para avaliar caso a caso. Esta equipe encarrega-se, ainda, de confirmar o agendamento de passagens, prevê a reserva em hotel e verifica as condições sociais do paciente fora do Estado.

Para a oferta de medicamentos excepcionais e de alto custo, tem-se observado um aumento crescente, ano a ano, atendendo cerca de 2 mil pacientes cadastrados em 1999. Os medicamentos mais frequentes são os de uso contínuo e alto custo, necessários a pacientes portadores de insuficiência renal crônica, deficiência de hormônio do crescimento, epilepsia e osteoporose, prevista em Portaria divulgada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a SES também vem arcando com recurso próprio outros medicamentos não contemplados na lista ministerial, porém vitais aos portadores de hepatite B e C, portadores de esquizofrenia e de fibrose cística.

Na área de dispensação para órtese e prótese, vem sendo garantida principalmente, a compra de “bolsas de ileostomia”, que representam cerca de 50% das solicitações.

Para o SADT, foram custeados diretamente pela SES, em 1999, cerca de 3 mil exames de alta complexidade e alto custo, como a tomografia, a ressonância magnética, a audiometria de tronco cerebral, a densitometria óssea, entre outros.

Vigilância à Saúde



VIGILÂNCIA SANITÁRIA DESCENTRALIZA FISCALIZAÇÃO

Partindo de uma série de ações de capacitação e descentralização de atividades, a Coordenadoria de Vigilância Sanitária e Epidemiológica (CVSE) conseguiu implementar a fiscalização em todos os municípios de Mato Grosso, consolidando uma dinâmica que procura dar respostas mais rápidas ao usuário do SUS. Gradativamente, o setor está atingindo regiões até então desassistidas pelo poder público, carente de profissionais qualificados para exercerem uma fiscalização de qualidade no Estado. O Código Sanitário, sancionado pela Lei nº 7.110 de 10.02.99, sintetiza todas as ações da Vigilância Sanitária e Epidemiológica e estabelece uma série de medidas e punições pelo seu descumprimento.

Resultado de discussões com várias categorias profissionais, Conselho Estadual de Saúde (CES) e UFMT, o código traduz uma legislação nova, coerente com a realidade de Mato Grosso e, por isso, passível de ser cumprida. O código legisla sobre tudo que se refere a promoção, proteção e preservação da saúde, dando respaldo para a CVSE intervir em problemas sanitários, do meio ambiente, produção, circulação de bens e

prestação de serviços de saúde. A legislação estadual era de 1932. Até então, a vigilância se respaldava em lei federal, demasiado ampla para ser aplicada.

A meta, agora, é regulamentar a carreira do fiscal sanitário, profissional cuja formação requer estudos específicos devido à peculiaridade de sua função. Com isso, o técnico poderá dispor de um plano de cargos e salários compatível com seu papel e contribuir para a consolidação de inspeções mais rigorosas e qualitativamente superiores no Estado. Com mais rigor nas inspeções, acompanhadas de multas mais pesadas, o número de estabelecimentos que estão se credenciando junto à CVSE aumentou. Outro fator importante é que o setor está se aproximando mais de outras entidades civis ou de mercado, deixando clara sua função de agente fiscalizador.

Com equipes mais capacitadas, que contam com um maior número de técnicos, a vigilância somente libera alvará de funcionamento após inspeção sanitária. A fiscalização também foi incrementada nas nove regionais do Estado, com profissionais treinados especialmente para orientar os municípios e suprir as demandas por operações mais complexas. Até 1994, era o nível central que se responsabilizava por esses serviços, o que acarretava fiscalizações sem a qualidade desejada, já que os técnicos da capital se viam obrigados a acumular várias funções.

... a VISA definiu como prioridade a fiscalização de serviços de alta complexidade oferecidos à saúde, como os hospitais.

Técnicos estão realizando vistorias cada vez mais rigorosas. Estabelecimentos irregulares são multados. Alguns já foram interditados.



O LACEN realiza análises de qualidade da água, alimentos e toxicologia, que dão suporte ao trabalho da VISA..



Se as regionais lidam com os serviços mais complexos, os profissionais do interior foram capacitados para trabalhar com casos mais simples. Objetivo: através de inspeções, mostrar ao usuário quais os estabelecimentos que estão em condições adequadas de funcionamento.

... A SES investiu na capacitação de técnicos, não somente do nível central mas dos Pólos Regionais e municípios.

A SES investiu maciçamente na capacitação de técnicos, não somente do nível central mas dos Pólos Regionais e municípios. Isso permitiu, inclusive, que as prefeituras locais cumprissem um dos requisitos da NOB/96, que exigia inspeções sanitárias básicas por parte dos municípios. Foram oferecidas vagas para todo o Estado. Somente em 1998, a SES treinou 199 técnicos. Ao todo, foram mais de 100 cursos, que contaram com a parceria de outros Estados. Além disso, a Secretaria ainda ofereceu vagas para Rondônia, Goiás, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul.

Em 1999 intensificaram-se os treinamentos, enfatizando sua interface jurídica, pois os fiscais, respaldados pela promulgação da lei estadual, estarão emitindo multas e advertências em suas inspeções. Dentro desse novo contexto, a CVSE definiu como prioridade a fiscalização de serviços de alta complexidade oferecidos à população, como os hospitais. Com inspeções mais rigorosas, os profissionais estão podendo cobrar a responsabilidade técnica dos organizadores de serviços em hospitais.

Concomitante a esse processo, a SES estabeleceu parcerias com outros órgãos e instituições buscando integrar esforços na realização desses serviços. As parcerias foram feitas com UFMT, DRT, Ministério Público e outros órgãos, consolidando um processo de diálogo com outras entidades da sociedade civil.

À META É ATINGIR 100% DE COBERTURA VACINAL

A vigilância epidemiológica definiu prioridades, reestruturou ações e deu um salto de qualidade no combate e prevenção a doenças. Ações pontuais, sem uma definição clara de objetivos, foram substituídas por uma política de valorização do profissional. Dentro deste contexto de mudanças, o novo modelo priorizou a capacitação de técnicos como o principal recurso para incrementar a prevenção e melhorar a qualidade do atendimento ao usuário do SUS.

Em parceria com municípios, o setor preveniu e combateu epidemias de doenças imunopreveníveis, atingindo uma cobertura de quase 100% nas vacinas de rotina, a partir de um processo de descentralização de ações, que teve como parceiros a Fundação Nacional de Saúde (FNS) e prefeituras locais. Cumprindo um novo e importante papel, definido pelas atuais diretrizes do SUS, a vigilância passou a assessorar os municípios em todas as áreas referentes a vigilância epidemiológica – incluindo cursos sobre eventos adversos pós-vacinais.

Uma das grandes vitórias se deu em 1997 e 1998, quando o setor trouxe para Mato Grosso e colocou no serviço de rotina a vacina contra Hepatite B e a Tríplice Viral (Rubéola, Caxumba e Sarampo), até então só encontradas na rede privada. Complementando esse processo, a vigilância adquiriu todas as

vacinas especiais não existentes no sistema básico de distribuição. O produto, destinado a toda a população através de receita médica, pode ser encontrado no Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais. Outro novo suporte para as ações da vigilância foi a criação do Centro Estadual de Imunizações para Assessoramento das Ações de Epidemiologia, composto por uma equipe de especialistas – pediatras, neurologistas, imunologistas etc.

Com a descentralização das ações e capacitação de profissionais, a Secretaria pôde agir rapidamente em emergências, a exemplo da vacinação contra a febre amarela. O setor operou com agilidade no aparecimento de casos positivos da doença no Estado, vacinando toda a população da fronteira com o Pará, Bolívia e norte de Mato Grosso, região onde ocorreu o último surto de febre amarela. A meta era vacinar 495.200 pessoas, mas atingiu 500 mil.

Duas campanhas de multivacinação para manter a erradicação da paralisia infantil também marcaram o ano de 1999, com resultados de 251.855 e 252.853 crianças vacinadas na primeira e segunda etapas, respectivamente. Houve 100% de cobertura, resultado da articulação e parceria com os municípios.

Os dados de 1999 avaliam que 100% da meta de Sabin foi alcançada; 88,7% da DPT (Difteria, Tétano e Coqueluche); 100% da BCG; e 96,8% do Sarampo, todas

A parceria entre SES e municípios está conseguindo atingir praticamente 100% das metas previstas pela Vigilância Epidemiológica. O setor ainda implantou, na rotina, vacinas contra Hepatite B e Triplíce Viral.





vacinas essenciais para menores de um ano de idade.

Ainda em 1999 foram implantadas novas vacinas como a *haemophylus influenzae* para menores de dois anos e anti-influenza e anti-pneumocócica para idosos.

Os Pólos Regionais de Saúde de Mato Grosso foram informatizados, permitindo uma avaliação mais precisa de suas ações e uma melhor atuação, visando ao controle e prevenção dos agravos.

CAPACITAÇÃO

O treinamento foi intensificado a partir de uma série de cursos. Nos dois últimos anos, foram capacitados 336 técnicos em sala de vacina, atingindo 100% da meta. Também foram capacitados 10 técnicos em Avaliação do Programa de Imunização e seis técnicos em Estoque e Distribuição de Imunobiológicos. Foram realizados 9 cursos de eventos pós-vacinais para 143 técnicos e seis treinamentos em vacina BCG para 42 técnicos.

A qualificação ainda optou por outro tipo de prevenção, o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) para profissionais de nível superior. Foram treinados 146 técnicos em 11 cursos e o treinamento para monitorização de diarreia capacitou 96 técnicos. Outras capacitações foram para a vigilância epidemiológica de sarampo e rubéola (21 técnicos).

Discussões de nível internacional sobre febre amarela e sarampo contaram com a participação de técnicos da Secretaria. Em Cuzco (Peru), foram definidas estratégias de combate à febre amarela nas regiões de fronteira. Análises e avaliações sobre as melhores ações para a eliminação do sarampo também foram discutidas em Lima. Resultado: hoje, Mato Grosso participa de grandes políticas de vigilância epidemiológica na América Latina, articuladas entre países próximos e vizinhos.



... Mato Grosso participa de grandes políticas de vigilância epidemiológica na América Latina, articuladas entre países próximos e vizinhos.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO

Com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a SES, hoje, é capaz de elaborar diagnósticos mais precisos e desenvolver ações de intervenção nas regiões mais atingidas pela desnutrição. Articulado com outros programas de vigilância à saúde – como Saúde da Mulher, da Criança e PACS –, o SISVAN está ajudando a consolidar um atendimento de melhor qualidade ao usuário do SUS. O sistema fornece, portanto, a base para decisões políticas de planejamento e gerenciamento de programas voltados para a melhoria dos padrões nutricionais do mato-grossense. Atualmente, Mato Grosso conta com 240 unidades de saúde onde o SISVAN funciona em 115 municípios (91%).

O resultado dessa série de ações conjuntas já se faz sentir na queda da porcentagem de crianças com baixo peso. De junho a dezembro de 1996, 43,3% das pesagens foram de crianças de baixo peso, caindo gradativamente para 28,1%, em 1997, e 16,6% em 1999. O universo estudado refere-se à demanda espontânea nas unidades que possuem o SISVAN.

A situação das gestantes com baixo peso também melhorou. Caiu de 39,2%, em 1996, para 27,5% em 1999. Através da organização desses dados, que até então estavam dispersos, o SISVAN conseguiu publicar vários boletins, informando os profissionais de saúde sobre a situação nutricional de crianças com menos de cinco anos e gestantes.

No entanto, a criação desse sistema, em 1996, enfrentou uma série de dificuldades no interior do Estado: os municípios ainda não haviam executado ações de Crescimento e Desenvolvimento (CD) e Pré-Natal, informações essenciais ao SISVAN. A criação do Programa Leite é Saúde, porém, consolidou a implantação do Sistema de Vigilância, pois o Ministério da Saúde (MS) só liberou recursos aos municípios que estavam operando o SISVAN que, antes, mal funcionava, por falta de técnicos capacitados. O outro passo foi a qualificação dos profissionais.

CAPACITAÇÃO

Na capacitação, os orientadores trabalharam conteúdos sobre os instrumentos mínimos de vigilância à saúde, como manipulação de cartões que, até então, não eram corretamente preenchidos.

Com profissionais mais capacitados, o Estado começa a adquirir maior capacidade de intervenção, consolidando definitivamente a assistência. A partir daí, os municípios puderam lidar com informações básicas e, inclusive, realizar as chamadas “buscas ativas”, isto é, procurar os faltosos em seu próprio domicílio. Atualmente, as unidades que possuem o SISVAN

...hoje a SES pode elaborar diagnósticos mais precisos e desenvolver ações de intervenção nas regiões mais atingidas pela desnutrição.

implantado se encarregam de enviar as informações à coordenação municipal do sistema, que as remete mensalmente à coordenação da SES. Os dados são catalogados e analisados antes de serem encaminhados ao MS, que, a partir de seu estudo, poderá elaborar estratégias de intervenção para todo o país. A SES ainda conta com o Centro de Referência Regional, em Goiânia, que a orienta em casos mais complexos. No entanto, a Secretaria tem autonomia para criar suas próprias estratégias de ação para Mato Grosso.

PESQUISA

Outro avanço do setor foi a realização de uma pesquisa-piloto sobre a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de 15 meses, feita no Bairro Tijucal de Cuiabá, em postos de vacinação em funcionamento durante a campanha. Objetivo: traçar o perfil nutricional dessa população. Até então, não havia estudos sobre aleitamento materno na capital. Foram pesquisadas 436 crianças, que compareceram à Campanha de Multivacinação, em agosto de 1997.

O resultado foi surpreendente: apenas 5% delas se alimentavam exclusivamente de leite. Do total de crianças, 43,8% já haviam sido desmamadas.

Outro dado preocupante: 48,6% dos desmamados foram retirados do peito com menos de três meses de idade. O MS, agora, vai realizar esses estudos em todas as capitais do país, utilizando questionários padronizados durante as campanhas de multivacinação.

Realizada em novembro de 1997, a pesquisa “Práticas alimentares entre crianças brasileiras de até 2 anos de idade” procurou criar novos instrumentos de intervenção, a partir das carências alimentares das crianças do Bairro Novo Paraíso e centro de Cuiabá. No primeiro momento, a equipe distribuiu questionários e fez visitas domiciliares; no segundo, realizou encontros com a comunidade. Objetivo: descobrir o que as mães pensam sobre a relação alimento/criança. Em outras palavras: qual é a percepção das mães sobre o que é bom, em termos alimentares, para a criança. Idealizada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a pesquisa faz parte de um grande estudo nacional para a criação de novas ações de combate à desnutrição.



Foto: Arquivo da SES

Unidades de Referência da SES



LACEN AMPLIA E MODERNIZA O ATENDIMENTO

O Laboratório Central (LACEN) conta com um novo perfil. Implantação de setores, como o de toxicologia; aquisição de equipamentos modernos; aumento do número de exames e qualificação profissional foram algumas das ações que resgataram a credibilidade do laboratório. Em 1994, o LACEN realizava apenas 816 exames/mês para todo o Estado – em poucas especialidades. Em 1999, o laboratório realizou 164 mil procedimentos, que vão desde Bromatologia (análise de água e alimentos) até o diagnóstico completo da AIDS, incluindo carga viral.

A capacitação dos recursos humanos também marcou presença: 58 profissionais de nível superior e 38 de nível médio fizeram cursos de capacitação

ou treinamentos específicos na área de atuação. Cursos intensivos também foram ministrados no interior do Estado.

Outro dado significativo, revelador da dimensão das mudanças, refere-se aos exames com alto grau de complexidade. Até 1994, 70% deles eram enviados para fora do Estado, acarretando um alto custo para os cofres públicos. Hoje, toda essa demanda está sendo suprida pelo

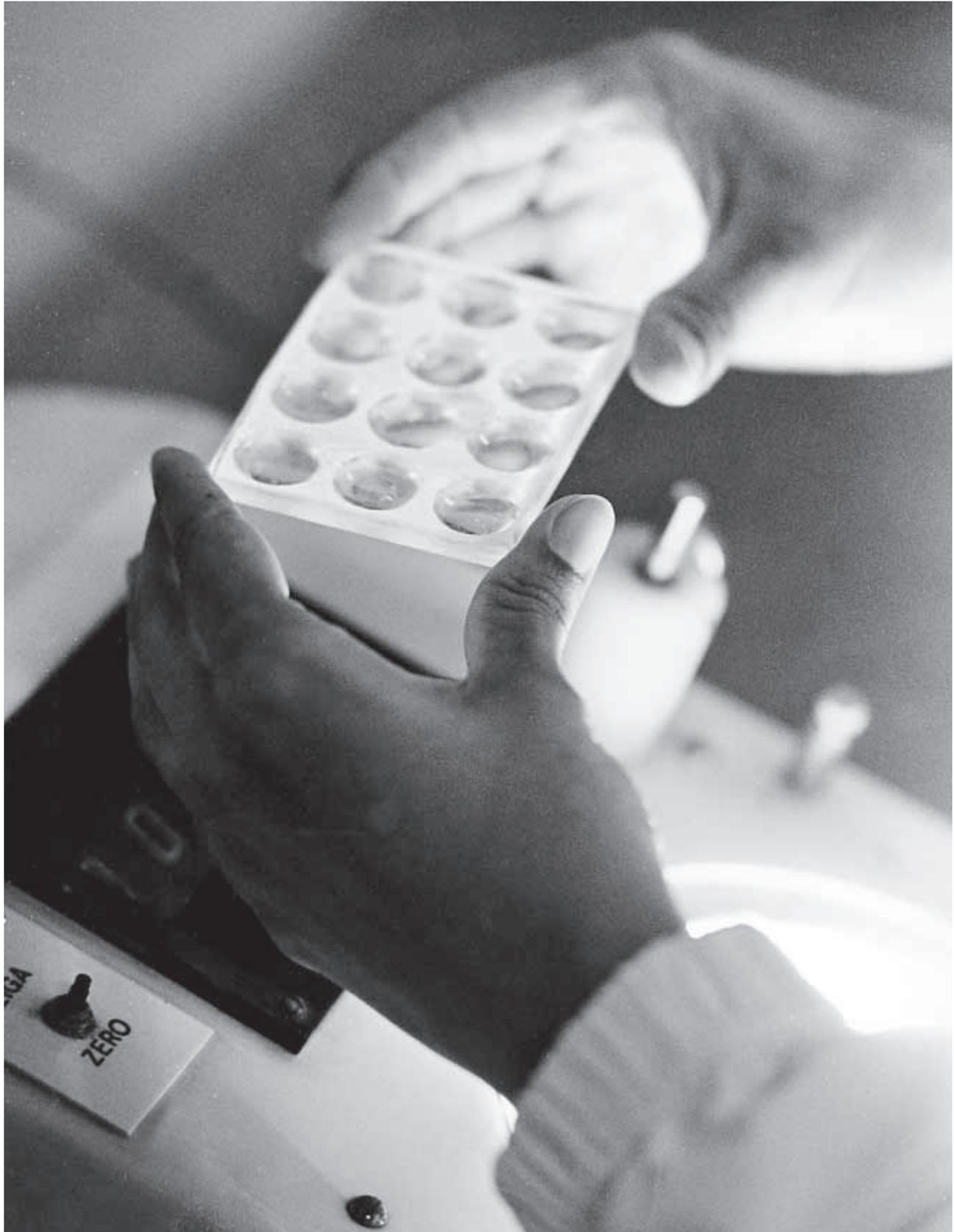
LACEN, que ainda supervisiona oito unidades descentralizadas em Mato Grosso: Barra do Garças, Rondonópolis, Sinop, Tangará da Serra, Alta Floresta, Cáceres, Diamantino e Cuiabá.

Devido ao grande número de acidentes e intoxicações com agrotóxicos e metais, a preocupação da diretoria do laboratório foi criar o setor de toxicologia para atender a demanda estadual. O laboratório está realizando pesquisas de inseticidas, drogas, metais e álcool no sangue, no sentido de auxiliar parceiros, como o Centro de Informações Anti-veneno (CLAVE) do Pronto-Socorro e Hospital Municipal de Cuiabá, e o Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. Outro serviço prestado pelo setor de Toxicologia é o monitoramento de níveis sanguíneos de medicamentos, como carbamazepina, fenitoína, entre outros, para evitar intoxicações medicamentosas.

O setor de virologia/imunologia realiza exames para diagnóstico de Dengue, Hepatite A/B/C, Citomegalovirus, Doença de Chagas, Sarampo, Leptospirose, Leishmaniose, Toxoplasmose, Rubéola e AIDS, com diagnósticos completos – além do “teste do pezinho”.

A meta é garantir a retaguarda laboratorial às Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, priorizando os programas básicos de saúde e controle de qualidade de água e alimentos. Outro objetivo:

Em 1994, o LACEN realizava apenas 816 exames/mês em poucas especialidades. Em 1999, o laboratório realizou 164 mil procedimentos, que vão desde a análise de água e alimentos até o diagnóstico completo da AIDS...



descentralizar as análises de baixa complexidade para os Pólos Regionais de Saúde, começando pelos programas de Tuberculose e Hanseníase.

BROMATOLOGIA GARANTE QUALIDADE NAS ANÁLISES

Responsável pelo controle de qualidade de alimentos produzidos e consumidos em Mato Grosso, o Laboratório de Bromatologia adquiriu novos equipamentos, aumentou o número de funcionários e criou um novo setor, consolidando sua posição de referência em todo o Estado. A rigidez no recebimento das amostras de alimento e água seguem normas estabelecidas pela própria Bromatologia, pautadas na legislação federal em vigor. O objetivo é manter a qualidade do produto e a credibilidade das análises. Atualmente, o laboratório possui um quadro pessoal com

12 profissionais de nível superior – nutricionistas, farmacêutico-bioquímico e biólogo.

Em conjunto com as vigilâncias sanitárias, o laboratório realiza suas atividades sempre a partir de um cronograma preestabelecido. Esse procedimento agiliza os exames, pois todo o material necessário à análise fica à disposição dos profissionais. O setor ainda capacitou técnicos em todo o Estado.

A unidade é composta por quatro subsetores: Microbiologia; Microscopia; Físico-Química e Ambiente.

As análises realizadas dividem-se em fiscais, de controle ou surto. As primeiras são realizadas rotineiramente para avaliar a qualidade de qualquer alimento; as de controle, para registro de produto, isto é, alimentos que necessitam de controle de qualidade, antes de serem



O objetivo é manter a qualidade do produto e a credibilidade das análises. São examinadas amostras de água de torneira, poços, rios, cavaletes, águas minerais e a usada para hemodiálise.





comercializados. Somente após esse exame é que a empresa receberá habilitação para entrar no mercado. As análises de surto ocorrem em casos de intoxicação alimentar.

Os resultados são fornecidos através de laudo, com três vias. Uma delas é destinada à vigilância sanitária; outra, ao laboratório. O setor se encarrega de enviar a última ao local onde foi coletada a amostra. A entrega do material também segue parâmetros rígidos: os resultados são entregues apenas às vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

Uma das grandes inovações da Bromatologia foi a criação do setor de ambiente, responsável pelas análises microbiológicas e físico-químicas de água. São examinadas amostras de água de torneira, poços, rios, cavaletes, águas minerais e a usada para tratamento de hemodiálise.

A microscopia realiza pesquisas de sujidade, larvas, parasitas, impurezas e identificação de elementos histológicos.

Já a microbiologia realiza análises de coliformes fecais, coliformes totais, *salmonella*, *staphylococcus aureus*, contagem padrão em placa, bolores e leveduras.

O último setor é responsável pelas determinações físicas e químicas nos alimentos. Ele realiza análises diversificadas – umidade, acidez, resíduo mineral fixo (cinzas), extrato alcoólico, cafeína, densidade, gordura em leite, pH, pesquisa de formol, gás sulfídrico etc.



NORMAT DESCENTRALIZA O ATENDIMENTO

Diferenciar gêneros de serpentes, sua distribuição geográfica em Mato Grosso, tipos de soro para picadas e primeiros-socorros não é mais privilégio de especialistas ou de médicos. A educação para a cidadania está mais atuante no Estado. Buscando orientar a população sobre os principais hábitos de animais peçonhentos e a melhor forma de se prevenir contra picadas, o Núcleo de Ofiologia Reginal de Mato Grosso (NORMAT) conta com uma intensa programação educativa. O NORMAT é uma unidade descentralizada da Secretaria Estadual de Saúde que, além do estudo e catalogação de serpentes, se encarrega da distribuição de soros antiofídicos aos hospitais da rede pública, de acordo com a ocorrência de acidentes e dos gêneros da cobra agressora.

Descentralizando ações e lançando mão de parcerias, o NORMAT orientou 25 mil pessoas, só no ano passado. São professores da rede de educação, universitários, jovens, empresários e crianças (de até sete anos!) que hoje sabem distinguir esses animais por gênero, distribuição territorial e tipos de acidentes. A equipe técnica do Núcleo – que é referência na área para todo Mato Grosso – fez exposições e palestras no Festival de Inverno na Chapada dos Guimarães em 1998, para 12 mil pessoas.

A Feira de Pequenos Animais, no Moitará Sebrae Center, em 1997 contou com 6 mil participantes e a Feira de Rondonópolis, também em 1997, registrou 2 mil.

A partir dessa série de palestras, seminários e exposições, a população está aprendendo que a rede pública tem que ser acionada em casos de emergência. O acidentado do interior deve se dirigir ao hospital mais próximo, onde será atendido por um médico com a soroterapia adequada. Se a picada ocorrer perto de Cuiabá, a pessoa deve ser encaminhada ao PSHM da capital. A maior parte das ocorrências, porém, já está sendo atendida nos próprios municípios. Resultado: a antiga demanda de usuários que batia às portas de Cuiabá, acarretando uma enorme queda na qualidade do atendimento, hoje é suprida no interior. O soro está disponibilizado em todos os hospitais da rede conveniada, armazenado a temperaturas ideais de 2º a 8º C.

Das pequenas ações pontuais de antigamente, que restringiam a educação sobre ofidismo, foi criada

O soro está disponibilizado em todos os hospitais da rede conveniada, armazenado a temperaturas ideais de 2º a 8º C.

uma nova política, pautada em diretrizes centradas na educação e prevenção de acidentes ofídicos.

Em 1999, foram notificadas 840 ocorrências com cobras. A jararaca é o gênero de cobras que mais vitimou pessoas, com 71,7%, seguida da cascavel, com 7,5%. Depois vem a pico-de-jaca, com 2,4% e a coral verdadeira, com 0,2%. A faixa etária mais atingida foi a de trabalhadores rurais de 15 a 65 anos, que respondeu por 61,5% dos acidentes.

O aumento de ocorrências é explicado por um fator sócio-econômico – a ocupação de terras no interior de Mato Grosso, região onde é detectado o maior número de acidentes.

*O aumento de
ocorrências é
explicado por um
fator sócio-
econômico – a
ocupação de terras
no interior de Mato
Grosso...*





O NORMAT está implementando sua estrutura e pretende ampliar suas pesquisas através de parcerias com outros institutos.



COM SANGUE NOVO, HEMOCENTRO SE CONSOLIDA

Diagnósticos de alta complexidade, recursos humanos capacitados, transfusões de sangue com qualidade conjugadas com equipamentos modernos foram o resultado de uma política de gestão que resgatou a credibilidade do Hemocentro. O mesmo serviço que, em 1995, coletava apenas 100 bolsas de sangue por mês deu um salto no atendimento e hoje colhe mais de mil. Os resultados foram obtidos a partir de um novo conceito – a qualidade do produto. Melhorando o atendimento ao paciente, o Hemocentro tornou-se referência para Mato Grosso em doenças hematológicas. Grande parte das transfusões de sangue de Cuiabá são realizadas com sangue

fornecido pelo Hemocentro, que operou uma descentralização de suas atividades.

Hoje, o Hemocentro também diagnostica casos mais complexos, antes enviados a São Paulo. Farmácia com medicamentos em geral – inclusive de alto custo – e atendimento multidisciplinar aos pacientes permitem à Unidade dar assistência especial aos portadores de doenças hematológicas.

Devido à alta incidência de hepatite em Mato Grosso, foi criado um ambulatório para atender essa clientela, e tratamentos de alto custo estão sendo realizados. Atualmente, cerca de 70 pacientes com hemoglobinopatias são atendidos, confirmando o HEMOMAT



O mesmo instituto que, em 1995, coletava apenas 100 bolsas de sangue por mês deu um salto no atendimento e hoje colhe mais de mil.



O rigor começa no setor ambulatorial, onde cada doador passa por três níveis de triagem – hematológica, clínica e voto de auto-exclusão.

como unidade de referência na área, em todo o Estado.

Mas mudar não foi tão fácil assim. Criado em 1994, o Hemocentro já contava, um ano após sua fundação, com um quadro inchado de funcionários. Pouca produção, pequena capacitação e aparelhos estragados tiveram um único resultado: o descrédito. Primeiro passo para reverter a situação: reequipar a estrutura da sede, enquanto se realizava um intenso trabalho de implantação de Unidades de Coleta e Transfusão no interior.

Barra do Garças, Juara e Juína foram as primeiras unidades implantadas, já em 1995.

Como a nova meta é qualidade total, o sangue colhido no interior é enviado para análise sorológica para o HEMOMAT. A Unidade se responsabiliza pela supervisão da qualidade do sangue coletado nos municípios. Após a coleta, o interior envia amostras do produto para o HEMOMAT,



que se encarrega de analisar a qualidade e enviar os resultados às unidades descentralizadas.

Atualmente, são quase dois mil exames sorológicos realizados por mês, sem contar com os demais exames também realizados por esse serviço. Essas ações seguem à risca as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, a partir da definição das diretrizes do SUS.

Com uma equipe multidisciplinar, o Hemocentro vê o paciente em sua integralidade, permitindo que o usuário seja atendido por um grupo de profissionais que inclui até fisioterapeutas e psicólogos.

Articulando-se com essas ações, houve a implantação de Agências Transfusionais – que já recebem o sangue pronto para ser utilizado – em Peixoto de Azevedo, Juruena, Hospital Universitário Júlio Müller e Pronto-Socorro e Hospital Municipal (PSHM) de Cuiabá.

A implantação de todas essas Unidades e Agências em Mato Grosso é feita a partir de um estudo criterioso, tendo como eixo a parceria Estado/município. O primeiro assessora, orienta, capacita e fiscaliza, ao passo que o segundo entra com mão-de-obra, espaço físico e manutenção. O número da população, de leitos e a situação epidemiológica dos municípios servem como critério de implantação das unidades. Mais de 150 pessoas já foram treinadas para atuar na área.

A meta é criar centros em Rondonópolis, Jaciara, Barra do Bugres, Porto Alegre do Norte, Sinop, Água Boa e muitos outros. Antes, havia apenas uma unidade em Barra do Garças, cuja estrutura foi implementada.

A reviravolta rumo à descentralização também ocorreu no que se refere aos

recursos humanos, que receberam treinamento e especialização. O Hemocentro conta hoje com 3 hematologistas, 3 pediatras e 2 clínicos. Em 1994, havia apenas dois médicos. Com isso, os especialistas assumiram um trabalho de ponta, transformando a Unidade em referência para o Estado.

RIGOR NA TRIAGEM DE DOADORES

Rigor na triagem de doadores e análise da qualidade do sangue são duas diretrizes seguidas à risca pelo Hemocentro. Com coleta externa nos municípios conveniados, a cada três meses, a Unidade incentiva seus pacientes a trazerem novos doadores. O objetivo é aumentar a coleta de sangue e, com isso, incrementar o abastecimento do produto, em todo o interior do Estado.





Na Copa do Mundo, devido à intensa divulgação, a média de doações chegou ao recorde de quase 2.000.

A média de transfusões mensais realizadas no próprio Hemocentro, aumentou nos últimos anos. Em 1995, eram 20, em 1999 chegaram a 60/mês.

O rigor na triagem de doadores começa no setor ambulatorial, onde cada doador passa por três níveis de triagem – hematológica, clínica e voto de auto-exclusão. Na primeira, são checadas as condições básicas de saúde; na segunda, é feita uma entrevista com o candidato. Já o voto de auto-exclusão, a terceira etapa, é uma maneira de o paciente confirmar as informações que prestou ao técnico do Hemocentro. Caso tenha se sentido envergonhado na entrevista, e por isso omitido alguma informação importante, o doador pode, com seu voto de auto-exclusão, pedir o não uso do seu sangue pelo serviço, mantendo sua identidade em sigilo, pois cada amostra de sangue é identificada através de um código.

O material, armazenado na antecâmara a temperaturas ideais, é submetido a exames de sorologia, preconizados pelo Ministério da Saúde

(MS). Se o resultado das análises não apresentar problemas, o sangue é liberado para uso; caso contrário, é desprezado após confirmação de sorologia positiva.

Todos os pedidos de transfusão são checados por um médico antes de serem realizados. Atualmente, o Hemocentro fornece bolsas de sangue para o Pronto-Socorro e Hospital Municipal (PSHM) de Cuiabá, Hospital Universitário Júlio Müller, Peixoto de Azevedo, Aripuanã, Poconé, Diamantino, Sinop, Nortelândia, Jaciara, Barra do Bugres, Nova Mutum, Alto Araguaia, Água Boa, Rosário Oeste, Juruena, e muitos outros municípios. Em 1999 foram transfundidas 11.928 bolsas na hemorrede de Mato Grosso.

Como parte das metas propostas pelo HEMOMAT e buscando atingir seus objetivos foram implantadas no Estado dez Unidades de Coleta e Transfusão (UCT's) nos municípios de Alta Floresta, Juara, Sorriso, Colíder, Barra do Garças, Juína, Mirassol D'Oeste, Cuiabá (PSHM) e Tangará da Serra e Várzea Grande; e três Agências Transfusionais (AT's) nos municípios de Peixoto de Azevedo, Cuiabá (HUJM) e Juruena.

CECAP AUMENTA PRODUÇÃO EM 300%

O Centro Estadual de Citologia e Anatomia Patológica (CECAP) consolidou sua posição de referência em Mato Grosso, conjugando aumento de produção, melhoria de qualidade nas análises e aquisição de equipamentos modernos. A estrutura do setor também foi ampliada e o quadro de recursos humanos conta, hoje, com um número muito maior de profissionais. A atual equipe ainda ministra cursos e treinamentos para técnicos do interior, agilizando o processo de descentralização do órgão em Mato Grosso. Implantou a nomenclatura atualizada – Sistema Bethesda –, que substituiu a nomenclatura Papanicolau por informações mais precisas, com a descrição das alterações celulares da amostra.

A meta do CECAP é ampliar o leque de suas análises. O setor produz diagnósticos para as áreas de citologia oncótica e histopatologia. Na primeira, o técnico provoca uma descamação nas células de pele ou mucosa para a realização do exame inicial,

onde irá avaliar se existem ou não alterações que evidenciem a presença de câncer. Na segunda, o exame é feito num pedaço de tecido (pequenas peças de biópsia), cortado várias vezes até adquirir tamanho suficiente para ser aberto em lâmina. O objetivo é produzir um diagnóstico preciso do câncer. Para confirmar essas primeiras análises, o setor ainda realiza vários serviços de referência, como colposcopia e biópsia.

A produção de lâminas começou a crescer a partir de 1995, quando era de 9.406 exames. Em 1996, passou para 13.159, chegando a 19.464, em 1997. Em 1998, as análises atingiram a cifra de 34.380 amostras examinadas. Em 1999 foram 39.144 amostras. Um aumento de quase 300%. A contratação de novos profissionais e o aumento de cursos de técnicos em coleta são fatores que contribuíram para a otimização dos resultados. A equipe conta com três patologistas e cinco citotécnicos.

Todos esses profissionais – além de exercerem suas funções no setor – ainda orientam os técnicos em cursos de capacitação e treinamento para coleta, preparo, acondicionamento e envio do material colhido ao CECAP. Dentro desta perspectiva, os técnicos estão sendo

A produção de lâminas começou a crescer a partir de 1995, quando era de 9.406. Em 1999, as análises atingiram 39.144 amostras. Um aumento de quase 300%.

capacitados para a coleta das amostras, além de orientarem o cidadão sobre os principais riscos de câncer. Todas as regionais de saúde foram visitadas pela equipe do setor, em 1996 e 1997. A qualidade da coleta, portanto, é o primeiro passo para uma boa leitura do material.

A partir de 1997, o CECAP começou a descentralizar suas ações, criando mais dois centros regionais em Rondonópolis e Barra do Garças, municípios que já possuíam técnicos especializados na área. Com esse processo, o diagnóstico do câncer fica mais perto da população, beneficiada com a agilidade e qualidade dos serviços. Os casos mais complexos são enviados para Cuiabá.

Em 1999 foram criados os ambulatórios de referência secundária, ARS, em Diamantino, Cáceres e Tangará da Serra, que realizam exames de colposcopia e cirurgia de alta frequência, CAF, nas pacientes que têm exames citológicos alterados.

O setor faz diagnósticos para citologia oncológica e histopatologia. O objetivo é realizar detecção precoce de câncer.



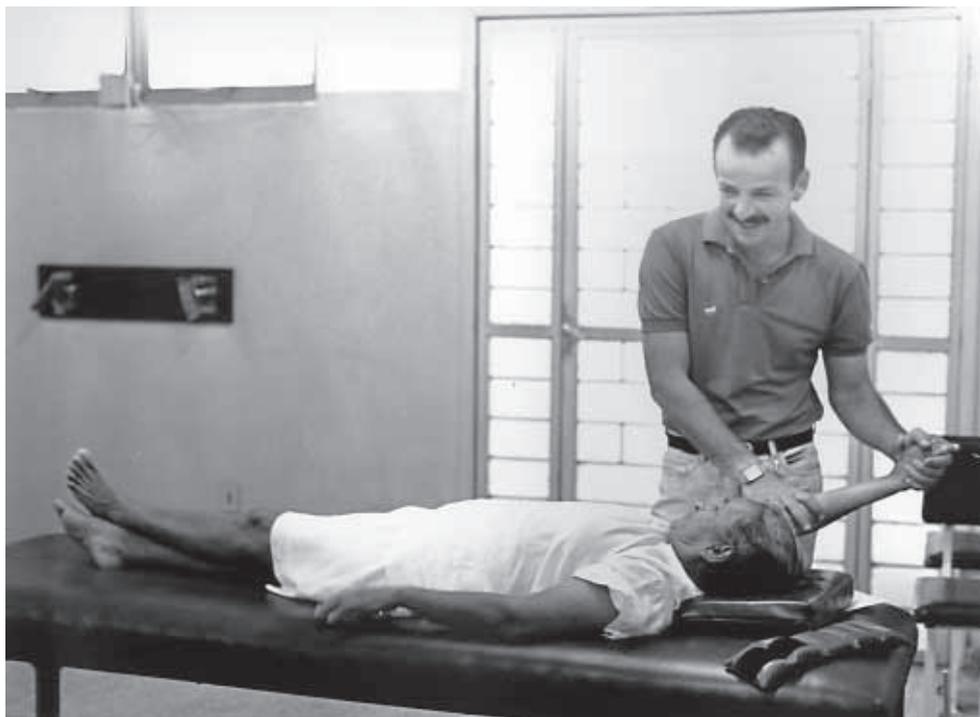
REABILITAÇÃO DESCENTRALIZA O ATENDIMENTO

Articular um complexo processo de descentralização com capacitação de recursos humanos e ações de melhoria na qualidade do atendimento, transformou a Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa (FCRDAC) em sistema de referência para Mato Grosso e região. Através desse processo de descentralização, o serviço de reabilitação já atingiu 49 municípios e atende diretamente uma população de aproximadamente 1,7 milhão de habitantes – 73% da população de Mato

Grosso. Implantação de unidades no interior, através de parcerias com municípios, aumento da produção de serviços e maximização de resultados mostram que o perfil da unidade – baseado em uma nova política – está mudando.

A construção desse novo modelo começou a partir de 1992, com a implantação de cinco unidades no Estado. Em 1999, contou com a criação de 7. Até 1994, só havia 9 unidades em Mato Grosso. Com a descentralização – que aumentou o nível de complexidade de





Atendimento busca reconstruir um novo tipo de serviço, voltado para pacientes especiais, tanto no interior do Estado quanto na capital.



Redefinição do centro procurou otimizar tratamento a crianças através da contratação de especialistas em trabalhos infantis.

vários centros de referência –, o interior consegue atender mais de 80% da demanda. A Fundação atende aproximadamente 700 pessoas todos os dias. Levando-se em conta os atendimentos, o número salta para 318 mil/ano. Considerando-se todas as unidades descentralizadas, chega-se a 459 mil atendimentos/ano no Estado. Os dados referem-se a 1999.

Depois de uma longa história – de instituição filantrópica a centro privado –, a Fundação se redefiniu de acordo com os princípios do SUS. A articulação de seus programas e ações resultou na aquisição de novos aparelhos e incremento da qualidade dos serviços.

As ações não param por aí. Serviços de ponta estão sendo oferecidos na sede, responsável pelo atendimento dos casos de maior gravidade.

As mudanças seguiram as novas diretrizes do SUS, que definiram um novo papel para o Estado: assessorar, orientar e supervisionar se os municípios estão atendendo com qualidade o usuário da saúde pública, nos casos de menor complexidade. Objetivo: oferecer serviços o mais próximo possível do paciente, para agilizar o atendimento. Com um diagnóstico precoce, o processo de reabilitação é mais rápido. Seguindo esses princípios, a Fundação definiu um novo conceito para a área, otimizando o tratamento e a gerência dos recursos públicos. O resultado se fez sentir quase que imediatamente, na qualidade e quantidade dos serviços prestados.

Em 1999 foi implantado o setor de concessão de prótese auditiva, CREADA, sendo este o único serviço desse tipo no setor de Saúde Pública do Estado.

Através desse processo, o serviço de reabilitação já alcançou 49 municípios e atende diretamente uma população de 1,7 milhão.



A Fundação centralizou a capacitação dos profissionais na sua sede. Foram mais de 40 cursos nos três últimos anos, que abarcaram desde fisioterapia até o setor administrativo, definindo e executando uma política de investimento nos profissionais.

Um importante parceiro é a Secretaria de Justiça, cujo Projeto Qualificar ofereceu cursos de capacitação aos profissionais da área, durante 1998 e 1999.

Hoje, a Fundação realiza exames de audiometria, retinoscopia, impedanciometria, eletroneuromiografia, biometria, fundo de olho, acuidade visual, psicodiagnóstico. São feitos atendimentos em fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, pedagogia, neurologia, nutrição, clínica geral, ortopedia, fisioterapia, otorrinolaringologia, oftalmologia, acupuntura e reorganização postural global, RPG.



O processo de descentralização começou a partir de 1992, com implantação de cinco unidades no Estado. Usuários de todas as idades estão sendo atendidos.



OFICINA AUMENTA PRODUÇÃO DE APARELHOS

A única oficina de prótese e órtese de Mato Grosso incrementou sua produção e se consolidou como unidade de referência, que busca a melhoria da qualidade de seus produtos e a capacitação técnica de seus profissionais. Prótese é um aparelho que substitui um membro, como uma perna artificial; já a órtese tem a função de auxiliar o membro, como é o caso de um colete para a coluna. O setor triplicou o número de peças produzidas desde 1994, passando de 720 para 2.400, em 1999.



A oficina, que funciona desde o início da Fundação, ainda produz calçados de acordo com as necessidades do paciente e conta com uma sala de provas, onde são tiradas as medidas do usuário. Os técnicos procuraram substituir o material antigo, usado na confecção, por outros mais leves e modernos, adaptados à necessidade de movimento dos membros.

Para receber um aparelho, o usuário deve ir ao setor de serviço social da Fundação, a partir de uma prescrição médica, onde é montado um processo constando valor e tipo do produto. Após sua aprovação, o usuário é atendido na oficina. Produzido o aparelho, o usuário ainda é orientado a retornar ao médico para a aprovação final.

Uma das conquistas do setor foi a aquisição, em 1997, de um aparelho de laminar prótese, antes limada rudimentarmente. Os técnicos também participam de cursos de reciclagem e aperfeiçoamento, procurando desenvolver novas técnicas com novos materiais de produção.



A oficina de órteses e próteses – única da região – deu um salto na produção. De 720 peças produzidas em 1994, a oficina chegou em 1999 a 2.400.

PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL RECUPERA CIDADANIA

Mudança de modelo significa mudança de mentalidade. A ruptura de estruturas esbarra em interesses, corporações e tendência ao imobilismo. Apesar dessas dificuldades, o conceito de saúde mental mudou e está permitindo uma ampla discussão de um sistema que até então mantinha o usuário confinado no manicômio e sem vínculos sociais. Esse modelo, aos poucos, está cedendo lugar a um tratamento de assistência ambulatorial que permite ao paciente manter suas relações e reconstruir sua vida – sem a anterior segregação. Tudo isso foi possível a partir de 1996, com a aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde da Política de Saúde Mental, elaborada pela Secretaria de Estado de Saúde, em 1995.

Dentro dessa perspectiva, a SES priorizou o atendimento ao usuário de substâncias químicas, construindo um serviço especializado, o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS). As ações visam sempre a reinserir o usuário na sociedade, conjugando o tratamento à manutenção de vínculos sociais. Com isso, várias unidades podem atender a situações de emergência, diminuindo o fluxo de casos que antes eram enviados à capital. O objetivo é trazer para Cuiabá apenas os pacientes que precisam realmente ser internados.

Capacitados, os profissionais do interior puderam fazer diagnósticos mais precisos, mexendo em uma demanda até então reprimida.

O primeiro resultado foi o aumento do número de casos de portadores de sofrimento mental. Isso ocorreu porque os médicos, melhor treinados, estão conseguindo detectar a doença em casos que antes passavam despercebidos.

A SES também está discutindo a descentralização do atendimento em Cuiabá, procurando colocá-lo mais perto do usuário. A intenção, agora, é implantar os serviços nas Policlínicas, locais de referência para o cidadão que vive nos bairros.

Partindo do conceito de integralidade, o novo tratamento de saúde mental é feito por equipes: médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social contribuem para a (re)construção da saúde do usuário. É menos poder para alguns, mais diálogo e participação entre todos na busca de um modelo dinâmico e participativo.

AVANÇOS CRIAM TRATAMENTO ALTERNATIVO

Recuperar a dignidade do portador de sofrimento mental a partir de uma série de ações pautadas na definição de um novo modelo e no resgate da cidadania do paciente. A construção dessa saída acontece no Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho, que criou alternativas como CAPS, Hospital-Dia, Ambulatório, além de atividades sócio-reabilitadoras como teatro, dança, artes plásticas e folclore regional. A equoterapia (atividade que envolve o uso



No Hospital-Dia, são oferecidas oficinas de arte, teatro, lazer, atividades artesanais e trabalhos com horticultura.



de cavalos para tratamento de pacientes com transtornos mentais) busca, nessa linha, desenvolver a auto-confiança e a segurança do usuário, perdidas no processo de adoecimento psíquico. Essa atividade, antes voltada para pessoas com deficiência de motricidade, está ajudando na recuperação de crianças autistas e pacientes com transtornos mentais. Em convênio com a Polícia Militar, que cede os animais, e a Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa (FCRDAC), que cedeu um fisioterapeuta, a equoterapia une três órgãos públicos na busca de soluções inovadoras no tratamento ao portador de sofrimento mental. Todos estes fatores consolidam avanços definitivos para o setor.

Desta forma, o resgate da cidadania do portador de sofrimento mental entrou definitivamente na pauta de ações do atual Governo.

HOSPITAL-DIA CONSTRÓI NOVO MODELO DE ATENDIMENTO

A manutenção do convívio familiar e o resgate da identidade do portador de sofrimento mental já são realidade em Mato Grosso, através da construção de um novo modelo psiquiátrico de serviços substitutivos. Construído em 1994, o Hospital-Dia foi consolidado nos últimos

cinco anos, com a implantação de várias oficinas terapêuticas e atividades de regime aberto. Com trabalhos de educação e saúde, teatro, cerâmica e grupos de danças regionais, o setor se tornou referência para todo o Estado. Essa nova visão – que vê o doente em sua integralidade – substituiu um modelo fechado, baseado

principalmente em medicamentos. O atendimento no Hospital-Dia é feito por uma equipe multidisciplinar, que inclui psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, médicos etc.

Com 30 vagas destinadas a pacientes da Grande Cuiabá, o tratamento é flexível.

Para o tratamento, o usuário deve ter mais de 18 anos e ter residência fixa em Cuiabá ou Várzea Grande. Os pacientes com grau intenso de agitação e desintoxicação de substâncias químicas são tratados em outros setores do Adauto Botelho.

As atividades começam no início da manhã, com trabalhos na horta, e só terminam às 16 horas, quando o paciente volta para sua casa. Trabalhando em conjunto com a família, o Hospital-Dia está resgatando a individualidade e a cidadania do portador de sofrimento mental. Cada atividade foi desenvolvida por uma equipe de profissionais na busca de novos métodos terapêuticos. Mas a dinâmica não pára no setor. Muitos pacientes já participaram de encontros fora do Estado, como o Encontro Nacional de Serviços Substitutivos em Saúde Mental e do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – que acontece todos os anos.

Já chegaram a apresentar, com sucesso, danças de siriri e artes plásticas em Brasília, além de realizar várias exposições em *shoppings*, mostrando à sociedade que o portador de sofrimento mental está lutando para adquirir sua cidadania. Um exemplo desse processo foi o ato público na Praça Alencastro, em 1º de maio de 1998, na comemoração dos 50 anos dos Direitos Humanos.

Os resultados são surpreendentes: muitos conseguem alta e só voltam ao ambulatório.

O Hospital-Dia começa a resgatar a auto-estima de seus usuários através de uma série de ações terapêuticas. Sem segregação, eles estão conseguindo manter seus laços sociais.



Foto: Ricardo Martins

*Dia de Luta
Antimanicomial em
Cuiabá .*



Foto: Ricardo Martins

Dentre as atividades realizadas pelos usuários destacou-se o projeto Vivenciando a Arte – pintura em tela, onde, além de despertar a imaginação, organizar e construir idéias, dividir tarefas e responsabilidades, o usuário tem a oportunidade de aprender uma atividade que pode ajudar na sua subsistência.

Nessa mesma linha também foi realizado o projeto Mural Coletivo, onde os usuários puderam desenvolver sua criatividade e expressão ao pintar os mais diversos motivos nas paredes do próprio Hospital-Dia.

INTERNAÇÃO

Um tratamento mais humano (que busca contato com os familiares do paciente) está substituindo o antigo modelo psiquiátrico, cujas internações o segregavam por meses. Períodos de confinamento que se prolongavam por 60 a 90 dias foram reduzidos à média de uma semana. Os primeiros resultados

começam a se fazer sentir na queda do número de reinternações. É um processo longo e difícil, mas os primeiros passos começam a ser dados.

Com 55 leitos cadastrados, a internação conta hoje com uma equipe multidisciplinar que discute cada admissão (ou alta) e ainda atende aos parentes do usuário. A consolidação de uma nova visão do paciente, visto, agora, na sua integralidade, está mudando o tratamento e impulsionando todos os profissionais na construção de um novo modelo psiquiátrico. A humanização

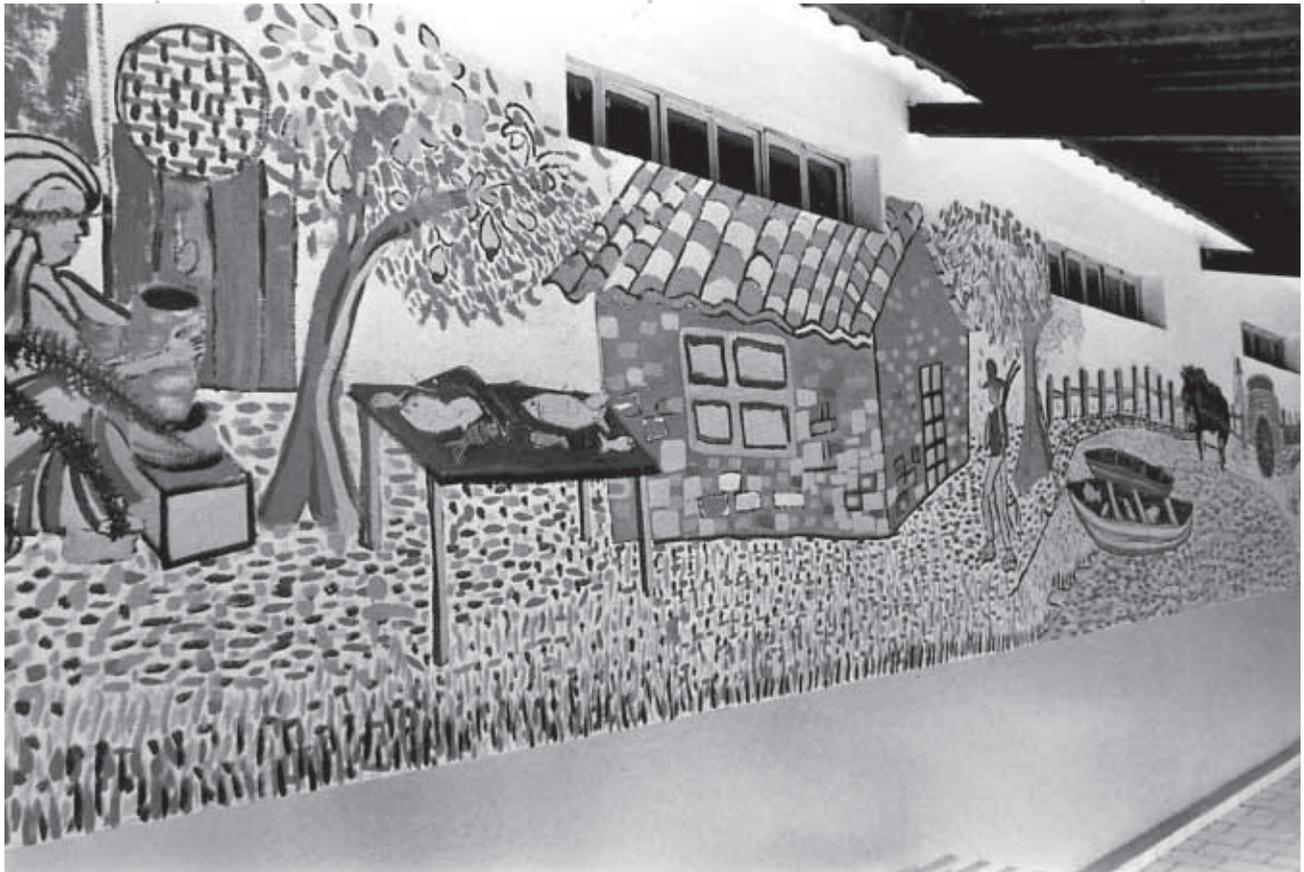
As atividades começam de manhã e só terminam à tarde, quando o usuário volta para casa.



Períodos de confinamento que se prolongavam por 60 a 90 dias foram reduzidos à média de uma semana.

resgata a auto-estima e as constantes atividades fazem com que o paciente se sinta mais útil. Aos poucos, o usuário começa a mostrar à sociedade que pode viver fora do isolamento, desde que tenha acompanhamento médico. Com uma resolutividade crescente, a internação atende a pacientes de todo o Estado, tornando-se referência para Mato Grosso e região.

Um dos próximos passos é a criação do projeto “Pintando Emoções”, que estimula a pintura. Um novo ambiente, mais propício à recuperação dos usuários do SUS, está sendo construído na internação do Adauto Botelho. O setor está buscando, agora, parceria com o judiciário para a criação de mecanismos norteadores das internações involuntárias.



MAIS ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) está consolidando uma nova forma de atenção ao usuário de drogas, capaz de articular, em pouco tempo, informações sobre dependência química e mudança de comportamento. Chamada cognitivo-comportamental, essa linha de ajuda ao doente procura resgatar sua auto-estima e livrá-lo da dependência física e química através de atividades, palestras, seminários, vídeos e reuniões com familiares. Funcionando no Centro Integrado de Atenção Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS), desde o final de 1997, o Centro de Atendimento Psicossocial para Dependentes de Substâncias Químicas (CAPS) é fruto de um projeto elaborado pelo Programa de Saúde Mental da SES e financiado pelo Ministério da Saúde (MS). Desde maio de 1998, o Centro já funciona em sede própria.

Com a criação desse Centro, a Secretaria supriu uma carência na atenção a uma grande demanda para tratamento de dependentes de substâncias químicas. A atual equipe de 12 profissionais foi então treinada por dois psicólogos de Brasília, que atuam há anos na área. A exemplo do que está acontecendo em outros setores do CIAPS, tanto a admissão quanto a alta são decisões tomadas em conjunto, a partir da discussão entre todos os profissionais. As situações normalmente são delicadas e envolvem muitos aspectos (inclusive sociais). Ao

chegar no CAPS, muitas vezes, o paciente já perdeu o emprego e rompeu laços familiares.

No primeiro momento, o usuário conhece as atividades desenvolvidas pelo Centro, conversa com orientadores e pode participar dos grupos. Somente após essa experiência prévia é que o dependente assina um contrato no qual se compromete a participar regularmente das atividades durante 60 dias (à tarde ou de manhã).

Em conjunto com o tratamento, são feitas reuniões semanais com os familiares do dependente, buscando criar uma nova visão sobre as drogas. O objetivo é mostrar que o indivíduo sofre de uma doença que deve ser diagnosticada e tratada. Repensando a droga, as famílias aliviam sua tensão e adquirem maior estrutura emocional para lidar com o problema. Os encontros ainda contam com a participação de familiares dos Alcoólicos Anônimos (AA).

Os melhores resultados surgem nos casos em que os usuários mantêm seus vínculos sociais (com famílias, empresas etc). Muitas firmas estão dispensando seus funcionários por um período do dia, permitindo que eles se tratem no CAPS.

...dos 481 dependentes que passaram pelo setor, 30% concluíram o tratamento. A média de recuperação nacional é de 20%.

No entanto, qualquer família – que tenha seu parente sendo tratado ou não – pode participar das reuniões. Desta forma, o Centro acaba atingindo, indiretamente, o usuário da droga.

Embora a abstinência não seja a prioridade do tratamento, pois o CAPS atua numa perspectiva de redução de danos, a maior dificuldade que a equipe encontra é a alta evasão; dos 481 dependentes que passaram pelo setor, 30% concluíram o tratamento. O número ainda é superior à média da recuperação nacional (20%). O próximo passo do Centro é aumentar sua capacidade de atendimento. Hoje, ele consegue tratar até 30 dependentes – 15 por cada período.

Outra meta é a implantação de um setor de desintoxicação e a realização de parcerias com institutos ou agências, buscando auxiliar o dependente na procura de qualificação profissional.

Em 1999 também foram implantados CAPS em Rondonópolis e Barra do Bugres.

Outra meta é a implantação de um setor de desintoxicação e a realização de parcerias com institutos ou agências, buscando auxiliar o dependente na qualificação profissional.



Recursos Humanos



MUDANÇAS NA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

O profissional, hoje, é visto como o sujeito responsável pela melhoria da qualidade e otimização dos serviços oferecidos pelo SUS. Essa nova visão concebe o técnico como o agente executor (insubstituível) das políticas de saúde. Investir no servidor passou a significar incremento de qualificação e, por consequência, melhoria dos resultados obtidos na área. Capacitação, formação profissional, concurso, substituição de contratados por efetivos, cadastro de recursos humanos, todas essas mudanças fincaram o pé de vez na Secretaria Estadual de Saúde (SES), com a definição das novas diretrizes do SUS. Tudo dentro de uma lógica de

transformações que substituiu ações pontuais, verticalizadas e incapazes de responder às demandas específicas de Mato Grosso.

Sem preocupação com a valorização de pessoal, as administrações anteriores executavam ações de acordo com a irrupção de emergências no Estado. Pautadas quase que exclusivamente nas determinações do Ministério da Saúde, as capacitações não respondiam às exigências de Mato Grosso. A Secretaria seguia apenas uma lógica nacional, sem debater propostas com os municípios. Com um quadro instável de contratos vencidos e temporários, não era difícil encontrar desvios de função e situações irregulares.

Capacitação, formação profissional, concurso, substituição de contratados por efetivos, cadastro de recursos humanos, todas essas mudanças fincaram o pé de vez na SES...



Sem cadastro, os gestores não tinham acesso a informações básicas sobre a área. Conseqüência: não havia como gerir, nem otimizar os recursos humanos. Foi esse o quadro que mudou.

Ações pontuais sem planejamento foram sendo substituídas por uma política clara, coerente com as especificidades de Mato Grosso. O primeiro passo foi regularizar a situação funcional do setor de recursos humanos da SES, através da correção de distorções e o chamamento dos candidatos habilitados em concurso público. Neste sentido, a manutenção dos contratos temporários ocorreu em situações imprescindíveis. Outra ação, que permitiu gerenciar os profissionais da saúde pública, foi a informatização do cadastro, até então inexistente. As informações básicas sobre cada setor também podem ser monitoradas e avaliadas. A Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, responsável pelas capacitações de pessoal, foi definitivamente ativada.

Outro processo iniciado foi a revisão do Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS). Buscando criar condições para promoção e progressão profissional, o novo Plano busca dar a perspectiva de carreira ao servidor de saúde, unindo três vertentes – o desejo do servidor em progredir dentro de seu exercício, as diretrizes definidas para o SUS e a nova política salarial. Em 1999 foi realizado concurso público para ingresso de 672 novos profissionais. As provas, elaboradas pela UFMT, foram regionais e a inscrição, municipalizada. As vagas foram distribuídas entre 86 municípios.

O processo seguiu avante na forma dos cursos de capacitação. A partir das demandas dos municípios e das necessidades levantadas pela política estadual de saúde, foram definidas as

áreas prioritárias, que receberam treinamentos em regionais. Muitas vezes, os cursos ocorreram nos próprios municípios. Cumprindo seu papel no desenvolvimento dos profissionais do SUS e lançando mão de parcerias, a SES treinou servidores sem distinguir sua vinculação, capacitando profissionais municipais, estaduais e de outros órgãos que compõem o SUS no Estado. Os cursos abarcaram desde o controle de doenças – hanseníase, dengue, tuberculose etc. – até a capacitação de conselheiros, voltados para a participação do cidadão no controle dos serviços à saúde.

Organização de serviços, como vacinas, gerenciamento de recursos, auditorias para transparência do sistema, todos esses temas foram motivo de discussão e treinamento. Objetivo: capacitar o profissional, sintonizando-o com as transformações que os sistemas



Foto: Ricardo Martins

municipais e estaduais de saúde vinham impondo.

A reestruturação da SES – descentralização, democratização, participação etc. – exigiu uma nova mentalidade por parte do servidor. Exigiu um profissional capaz de lidar com as práticas de um novo modelo em saúde pública. Por tudo isso, o quadro de recursos humanos teve que ser redesenhado através de cursos de formação, capacitação e treinamento. Essas ações permearam todos os setores, integrando-os a partir de metas conjuntas, articuladas dentro da nova lógica de redefinição do SUS. Resultado: a formação ampliou o leque de possibilidades: mais áreas e maior número de pessoas fizeram cursos que, em alguns casos, tiveram quase a metade da carga horária de nível superior.

Os cursos oferecidos nos municípios procuraram qualificar o profissional que já trabalhava na área. As parcerias ainda contaram com a UFMT, que formou 169 especialistas nas áreas de Vigilância Sanitária, Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde, Saúde da Família e Saúde Pública. As reciclagens no interior contaram com o fortalecimento de cursos de especialização em saúde pública, nos municípios de Tangará da Serra e Barra do Garças. Essa nova articulação – que

envolveu centros de ensino superior – procura ampliar a base de profissionais na área de saúde pública. É o caminho para a redefinição de um novo modelo de atenção à saúde a partir das metas do SUS, que está mudando o perfil da saúde em Mato Grosso.

Outra ação, também em parceria com a UFMT, foi a

reativação do Estágio Integrado e Interiorizado da Universidade, o “Internato Rural”, apoiando o processo de formação de alunos de Medicina e Enfermagem inseridos na realidade do interior do Estado. Um programa mais amplo de incorporação de estagiários na SES está sendo proposto. A Secretaria também encaminhou proposta de criação do Centro de Gestão, Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos para o SUS (CGDFRH), aprovado pelo Governo Estadual e Assembléia Legislativa.

A construção do espaço físico que sediará o Centro está em fase de conclusão e será a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso.

Uma das demandas atendidas foi a dos povos indígenas. Definindo uma nova política para o índio, de acordo com as diretrizes do Plano de Metas, a Secretaria realizou cinco cursos de Auxiliar de Enfermagem para esses povos.

Além disso, o novo modelo de gestão deu maior autonomia aos profissionais da Secretaria, que hoje participam das tomadas de decisão.

Problema bastante significativo, a deficiência de recursos humanos no interior ainda impõe um ritmo mais lento à consolidação do SUS. No entanto, alguns avanços já foram conquistados. Um dos mais importantes é a parceria da SES com dois consórcios intermunicipais – da Região Norte e Teles Pires -, que mantiveram (e atraíram) profissionais qualificados para atuarem em serviços de referência, longe da capital.

Em 1999 foi realizado concurso público para ingresso de 672 novos profissionais. As vagas foram distribuídas entre 86 municípios.

ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE FORMA NOVO PROFISSIONAL

Com cursos que atendem às necessidades das demandas regionais de Mato Grosso, a Escola Técnica de Saúde (ETS) vem construindo um novo perfil de profissional, identificado com a melhoria da qualidade e otimização dos serviços oferecidos pelo SUS. Norteada pelo princípio da descentralização, a ETS consolidou sua posição de principal centro formador de trabalhadores na saúde.

Nesse espírito de formação, a meta é partir para a educação continuada, reciclando, com treinamento e capacitação, os profissionais já formados.

De 1985 a 1992, a Escola foi um centro formador ligado ao setor de recursos humanos da SES, período no qual não tinha autonomia para habilitar seus alunos. A partir de 1993, no entanto, ela teve seus cursos registrados pelo Conselho Nacional de Educação, transformando-se em órgão executor das ações programáticas definidas pela Secretaria. Hoje, os cursos são montados de acordo com a demanda dos municípios, que encaminham a solicitação à Escola. Primeiro passo: verificar se o cliente cumpre os requisitos necessários à implantação do programa – o principal deles é a de estágio em hospitais, que deve ocorrer onde as aulas forem ministradas. Caso essas condições não estejam sendo cumpridas, o técnico pode sugerir a união de dois municípios vizinhos.

A ETS trabalha com uma clientela específica – a de profissionais que já atuam na saúde –, qualificando recursos humanos com certa experiência na área. Pela primeira vez na história do Estado, o técnico da saúde adquiriu identidade profissional.

Para a estruturação dos cursos, a Escola entra com supervisão técnica e pedagógica, material didático de apoio e certificação, enquanto os municípios oferecem a infra-estrutura. O objetivo é qualificar o técnico que atua na ponta. Esse processo permite que as aulas sejam montadas onde, de fato, está a clientela.

Partindo do princípio de que o curso precisa se adequar a cada região, os professores estruturam suas aulas de acordo com o perfil dos alunos. Muitas vezes, as exposições são feitas à noite, flexibilizando o curso para atender profissionais que trabalham durante o dia.

Uma supervisora do corpo administrativo e pedagógico da ETS assessora o andamento das aulas, que ainda contam com um coordenador local. O resultado dessa parceria entre os diversos níveis de gestores do SUS permite que o município assuma, de vez, sua responsabilidade na formação de recursos humanos.

Norteada pelo princípio da descentralização, a ETS consolidou sua posição de principal centro formador de trabalhadores na saúde.

ESTRUTURA IMPLEMENTADA

Em parceria com a Fiocruz, a Escola conseguiu implementar sua estrutura com equipamentos, computadores e informatização. Com a verba de R\$ 100 mil, a ETS comprou carro, montou biblioteca e aperfeiçoou quatro laboratórios de enfermagem completos (e itinerantes), montados nos municípios onde os cursos ocorrem. A unidade conseguiu bonecos de corpo humano desmontáveis, usados nas aulas expositivas. Atualmente, ela oferece sete cursos: Auxiliar de Enfermagem, Técnico em Registro de Saúde, Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, Técnico em Higiene Dental, Atendente de Consultório Dentário, Técnico em Patologia Clínica e Auxiliar em Patologia Clínica.

O Curso de Técnico em Registro de Saúde foi o primeiro a ser oferecido em 1998, orientando o profissional a lidar com prontuários médicos, estatísticas, arquivos e organização. A montagem do

programa, que tem duração de nove meses, contou com o assessoramento da Fiocruz. Já o Curso de Vigilância Sanitária é específico para fiscais. Em 1997, teve a parceria da Fundação de Saúde de Cuiabá e foi ministrado apenas em Cuiabá. Criado em 1996 e executado em parceria com a Comunidade Solidária, tem carga horária de 1.294 horas.

O objetivo é qualificar o técnico que atua na ponta. Esse processo permite que as aulas sejam montadas onde, de fato, está a clientela.



Foto: Arquivo da SES

Os Cursos de Higiene Dental e Consultório Dentário cuidam das orientações e noções básicas sobre odontologia, ao passo que os cursos de Patologia Clínica estão conseguindo convênios com outras instituições.

QUALIFICAÇÃO ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Inédito entre as capacitações de recursos humanos, o Curso de Auxiliar de Enfermagem para Indígenas se volta, pela primeira vez em Mato Grosso, para uma nova demanda – a formação de recursos humanos para Distritos Especiais Indígenas. Até então, qualificar índios se restringia apenas a ações pontuais e treinamentos esporádicos. Insatisfeitos, eles exigiram um curso específico, que lhes conferisse identidade profissional.

Mesmo atuando na área, esses povos não podiam exercer a profissão de auxiliar de enfermagem legalmente, pois não dispunham de habilitação. Ministrado em parceria com várias instituições, o

programa reformulou a grade curricular tradicional, adaptando-a à realidade de cada etnia indígena.

A ETS se reuniu com a FNS, UFMT e Coordenadoria de Ação Indígena (Caiemt), procurando reformular o currículo do curso tradicional. São cinco pólos: Tangará da Serra (30 alunos de 8 etnias); Rondonópolis (23 alunos de 2 etnias);

*... o Curso de
Auxiliar de
Enfermagem para
Indígenas se volta
para a formação de
recursos humanos
para Distritos
Especiais
Indígenas.*



Barra do Garças (30 alunos, apenas xavantes); São Félix do Araguaia (20 alunos de 2 etnias) e Xingu (17 alunos de 17 etnias). A ETS deve formar 120 auxiliares até o ano 2000.

Todos os professores envolvidos com o programa passaram por uma capacitação pedagógica para a montagem da primeira etapa, na qual foram vistos conteúdos gerais sobre a família indígena. Partindo de uma metodologia problematizadora, o curso enfatiza a prevenção à saúde através de quatro áreas, com duas fases: concentração e dispersão. Na primeira, os alunos discutem o conteúdo em sala de aula (fase teórica); na última, passam por um estágio, no qual procuram desenvolver o que foi proposto anteriormente. Cada conceito é construído em conjunto.

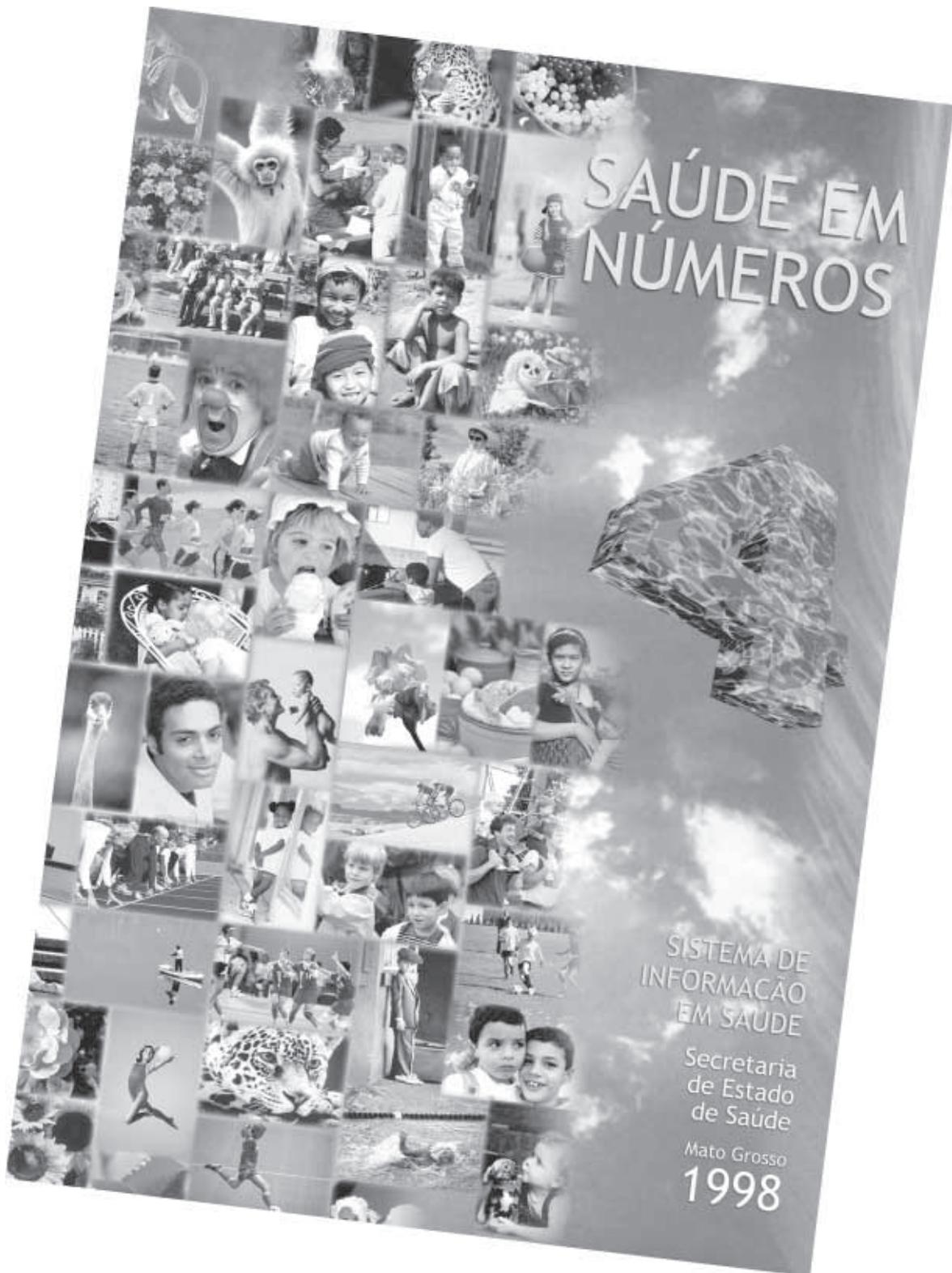
Assim, os conteúdos das disciplinas do currículo tradicional vão sendo organizados em grandes temas, usando a formação geral a serviço da enfermagem. Cada reformulação, porém, se adapta à realidade das etnias que estão sendo formadas, de modo que o curso está em constante reconstrução.

A parceria com a Secretaria de Estado de Educação e Cultura permitiu que o curso se articule com a formação de 1º grau, obrigatória para o recebimento da habilitação.

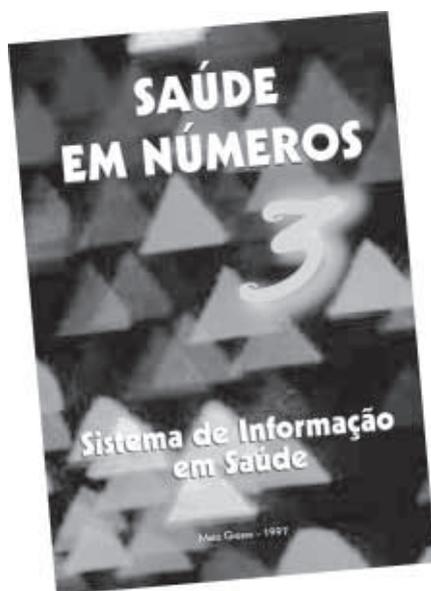
A ETS conferiu, pela primeira vez na história de Mato Grosso, identidade profissional ao técnico de saúde.



Sistema de Informações



SISTEMA DE INFORMAÇÕES REORGANIZA INDICADORES

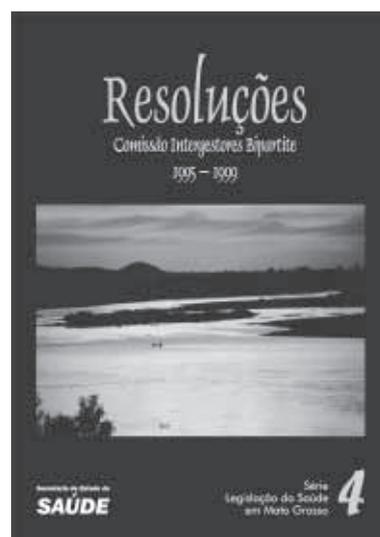
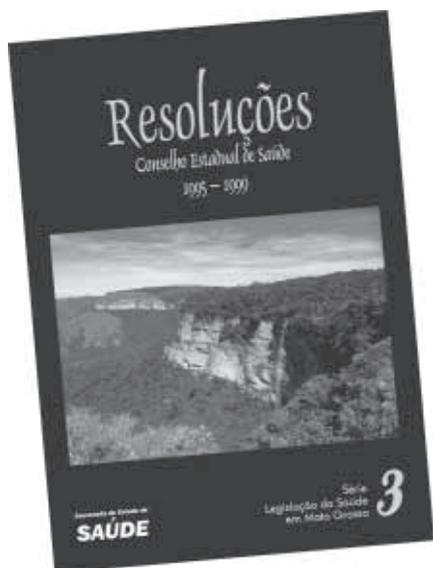
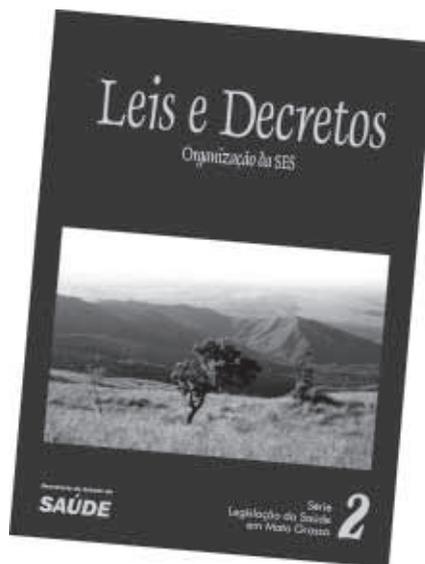
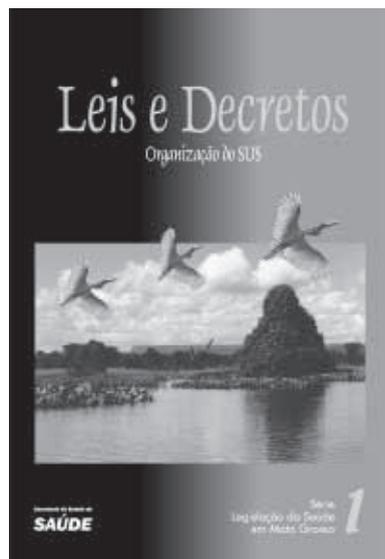


Através da implementação dos bancos de dados da SES e capacitação de recursos humanos, o Sistema de Informações em Saúde (SIS) organizou os indicadores epidemiológicos de Mato Grosso em publicações. Esses dados servem de base na tomada de decisões estratégicas para a execução de programas na área da saúde, definindo uma política que substituiu ações até então pontuais na saúde. Com isso, carências, que não eram percebidas devido à ausência de dados precisos sobre a realidade epidemiológica de Mato Grosso, podem ser sanadas.

Um dos principais resultados deste trabalho foi a publicação de 4 revistas anuais "Saúde em Números" e 35 documentos técnicos do SUS.

A Secretaria ainda está implantando a Rede Estadual de Informações em Saúde (REIS). Em parceria com o Ministério da Saúde, que financiou R\$ 250 mil, a SES irá arcar com o restante dos recursos para a execução do projeto em 2000, que interligará em rede nacional todos os dados estaduais. Dentro desse contexto, a SES vem investindo na informatização de suas unidades, bem como no desenvolvimento de *softwares* adequados às diferentes atividades e informações necessárias.

A SES implantou, em 1998, uma *Home Page* na internet, disponibilizando todas as suas informações no endereço www.saude.mt.gov.br.



SINASC OTIMIZA INFORMAÇÕES



130

Obter informações sobre nascidos vivos e dados epidemiológicos para a elaboração de estatísticas sobre saúde em Mato Grosso está mais fácil. O primeiro banco de informações da SES que partiu para a descentralização em pólos regionais dá um salto de qualidade. Lançando mão de um longo cronograma de ações educativas em 1997, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) conseguiu capacitar 100% de técnicos nas regionais do Estado e 80% dos municípios.

Além dos técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, também participaram Oficiais de Registro dos Cartórios. Mais do que preencher corretamente o formulário, agentes de saúde e cartorários deviam ser orientados sobre a importância social – e legal – da DN. Deu certo. Os dois lados marcaram presença nos seminários.

Pautado em uma dinâmica de atividades que articula publicação de revistas especializadas e parceria com outras entidades, como os cartórios, o SINASC consolidou sua posição de principal agente de informações sobre nascidos vivos em Mato Grosso. Com isso, suplantou (e refinou) os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cujos números se baseiam apenas em registros de cartórios.

*...o SINASC
consolidou sua
posição de
principal agente de
informações sobre
nascidos vivos em
Mato Grosso.*



A implantação definitiva do sistema no Estado (1994) vem, portanto, suprir a carência de números mais precisos sobre o nascimento de mato-grossenses.

O ano de 1997 também marcou uma nova etapa na história do SINASC, além da intensa capacitação de técnicos. Através de uma resolução inédita, o Conselho Estadual de Saúde disciplinou o uso do formulário que serve de base para as informações do sistema. A Resolução – de 22/08/97 – também se estende aos cartórios. A Corregedoria Geral de Justiça baixou provimento complementando as normas da SES. Registro, agora, só com o formulário devidamente preenchido.

O Ministério da Saúde encaminha os formulários à SES, que os redistribui às regionais; essas as repassam aos municípios encarregados de enviá-las aos hospitais. A distribuição é sempre feita por lotes, com cada formulário contendo uma numeração específica, mantida no sistema de armazenamento de dados.

PRECISÃO DA “CAUSA MORTIS” PERMITE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

O planejamento da saúde de Mato Grosso conta agora com dados mais confiáveis sobre indicadores de mortalidade da população.

O número de causas mal definidas – senilidade sem assistência médica, paradas cardio-respiratórias etc. – diminuiu e deu lugar a informações mais precisas, que distinguem os motivos da morte a partir de investigações feitas por funcionários qualificados das Secretarias Municipais de Saúde.

A importância legal do formulário de óbito e seu preenchimento para a epidemiologia do Estado foram amplamente discutidas. Esse processo de melhoria no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) faz parte de uma série inédita de treinamentos desenvolvidos no ano de 1997.

Procurando orientar os técnicos sobre a importância epidemiológica dos dados sobre mortalidade, a Secretaria realizou capacitações para nove regionais, que incluíram profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e Oficiais de Cartório. Objetivo: diminuir a taxa de 45% de subnotificações – mortes que não são oficialmente registradas, como as pessoas enterradas sem declaração de óbito.

Os treinamentos procuraram reverter essa situação, orientando os principais envolvidos no processo.

A capacitação orientou os técnicos sobre como devem proceder em suas investigações para definir qual a verdadeira causa da morte em questão. Isso requer, muitas vezes, que se levante os últimos anos de vida da pessoa. Objetivo: não se iludir com os motivos aparentes, já que a causa pode estar em doenças adquiridas anos ou meses antes do falecimento.

Dentro dessa perspectiva, as investigações conseguiram diminuir o número de causas mal definidas, fazendo com que a taxa caísse de 19,4% do total de óbitos, em 1994, para 7,6%, em 1999.

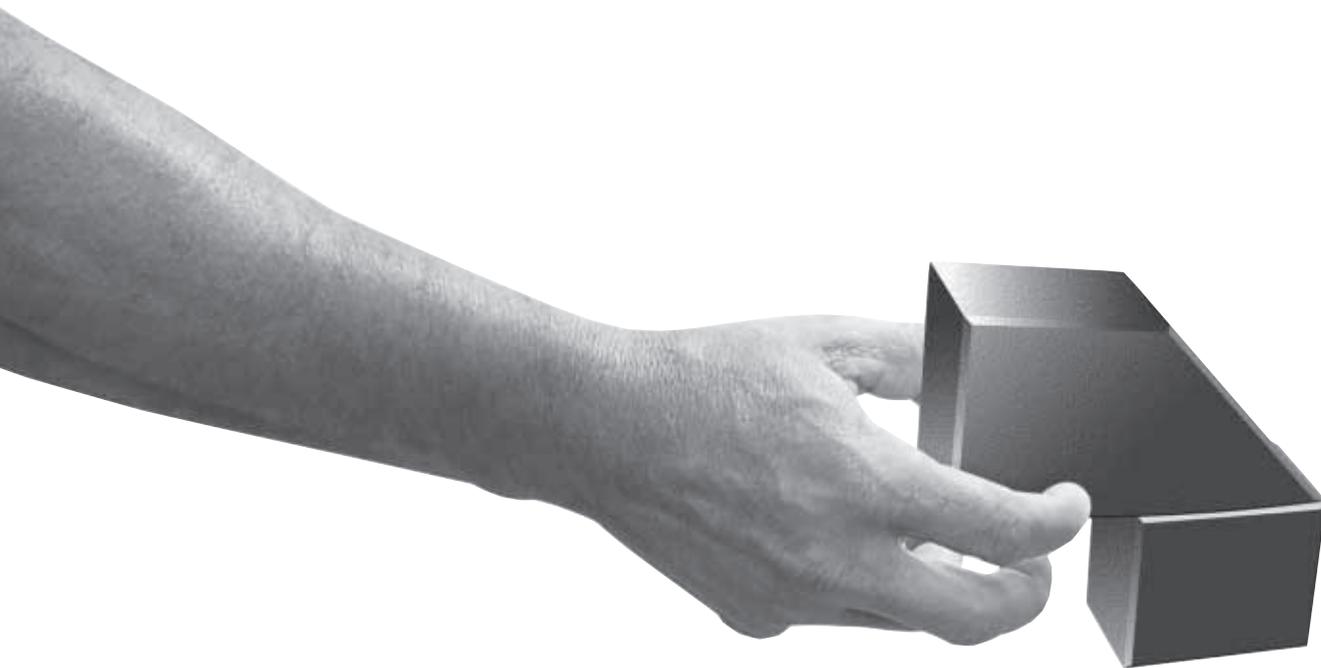
É um importante passo na elaboração de dados epidemiológicos confiáveis, capazes de definir, com mais precisão, causas de maior incidência nos falecimentos. Com base na elaboração destas informações é que a Secretaria poderá fazer um diagnóstico sobre a realidade epidemiológica de Mato Grosso, definindo, assim, novas estratégias de combate e prevenção em saúde pública. Dados confiáveis, planos mais eficazes – essa é a equação de resultados.

...as investigações diminuíram o número de causas mal definidas, fazendo com que a taxa caísse de 19,4% do total de óbitos, em 1994, para 7,6%, em 1999.



SIM
Sistema de Informações
Sobre Mortalidade **MT**

Visão Estratégica



PAPEL DO ESTADO NA SAÚDE PÚBLICA FOI REDEFINIDO

A partir da criação do SUS, o Governo Estadual assumiu novas funções, encarregando-se de elaborar diretrizes para a saúde pública. Até então, o papel da Secretaria se restringia à execução de programas e ações voltados para o oferecimento de serviços ao usuário através de postos e centros de saúde. A definição desses papéis foi apenas o primeiro passo de um longo processo de construção de uma nova identidade.

Hoje, a SES capacita recursos humanos, programa, controla, executa e avalia ações de saúde, procurando garantir a quantidade e a qualidade dos serviços de referência. O resultado que, aos poucos, está despontando é a consolidação de um modelo estruturado na cooperação técnica entre os gestores públicos.

Definidos esses novos papéis, a Secretaria investiu seus recursos financeiros em áreas prioritárias para a estruturação do novo modelo. O quadro de profissionais foi regularizado; técnicos do nível central e interior, treinados; o diálogo com a comunidade, aos poucos, está se consolidando através de órgãos como o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Ouvidoria Geral do Estado.

O processo de descentralização também ocorreu a partir do assessoramento da SES, que procurou não

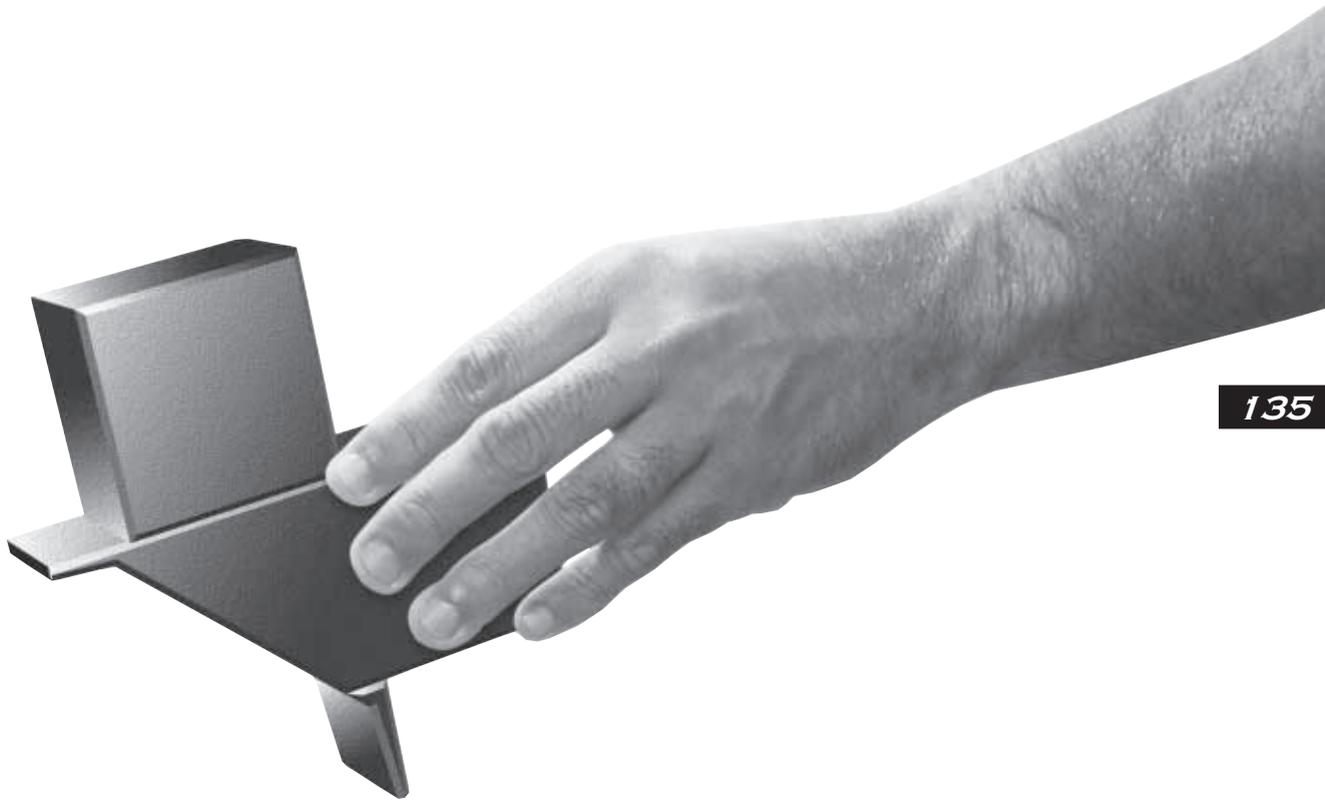
se descuidar da manutenção da qualidade dos serviços em seus centros de referência, como NORMAT, Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa (FCRDAC), Laboratório Central (LACEN) etc.

Essa mudança nem sempre é bem compreendida já que, agora, é o município o responsável por todos os atendimentos de baixa complexidade, isto é, ações de prevenção e promoção à saúde e serviços muito simples têm que ser oferecidas pelo gestor local, legalmente encarregado de executá-las.

Operações de média e alta complexidade, por sua vez, já estão sendo oferecidas pelos consórcios intermunicipais. Interiorizando recursos humanos especializados, essas parcerias estão conseguindo atender ao usuário em regiões distantes da capital.

O Estado entra com uma contrapartida financeira para manter os especialistas no interior. Metade do que os consórcios gastam com manutenção de suas estruturas também é financiado pela SES.

Hoje, a SES capacita recursos humanos, programa, controla, executa e avalia ações de saúde, procurando garantir a quantidade e a qualidade dos serviços de referência.



Missão

MISSÃO

Garantir o direito à saúde
enquanto direito fundamental
do ser humano,
e prover as condições indispensáveis
ao seu pleno exercício,
através de ações
individuais e coletivas
de promoção, prevenção e
recuperação da saúde no âmbito
do Estado de Mato Grosso.

Valores

Os valores da Secretaria Estadual de Saúde estão fundamentados nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

Universalidade

Todas as pessoas têm o direito de acesso aos serviços de saúde, em qualquer instância.

Eqüidade

Atenção às pessoas em igualdade de condições, não havendo preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Integralidade

Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema.

Participação da Comunidade e Controle Social

É fundamental a participação da comunidade para a definição das necessidades, prioridades, acompanhamento e avaliação do que está sendo feito pelo SUS, através dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Descentralização

Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do Governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Prioridades com base na necessidade

(critério epidemiológico)

Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática, com setores estruturados para apuração das causas de doenças e mortes.

Resolução e Qualidade

Capacidade do serviço de saúde em resolver os problemas de maneira satisfatória, ágil, humana e tecnicamente competente.

Objetivos

Objetivos

São objetivos da Secretaria de Estado de Saúde:

- I**
Como Gestor Estadual do SUS, implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso, de acordo com as políticas aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde e Comissões Tripartite e Bipartite;
- II**
Formular, normatizar e regulamentar a Política Estadual de Saúde;
- III**
Coordenar a implantação e executar, de maneira complementar, as ações de saúde no Estado;
- IV**
Realizar cooperação técnica para a promoção da municipalização e da organização dos sistemas municipais de saúde;
- V**
Promover a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para atuar na área de saúde no Estado;
- VI**
Orientar suas ações para regiões e grupos sociais com maior necessidade de atenção à saúde;
- VII**
Fomentar a construção de novos modelos de atenção à saúde, priorizando ações de promoção e prevenção, com reorientação das ações de assistência ambulatorial e hospitalar;
- VIII**
Garantir a oferta de serviços e referência regional e estadual de caráter terciário;
- IX**
Controlar e avaliar a prestação de serviços e a execução das ações de saúde, no setor público e privado;
- X**
Apoiar e realizar pesquisas operacionais e desenvolver novas tecnologias para a implantação do SUS- MT.



Perspectivas

O PROCESSO INDICOU O CAMINHO

Nos primeiros quatro anos da atual gestão, o esforço foi direcionado para a mudança da forma de se trabalhar no setor de saúde pública no Estado. Políticas foram definidas, planos e estratégias adotados e ações implementadas, buscando-se oferecer o melhor atendimento à população. O balanço desse período foi realizado através de uma grande reunião entre técnicos e gestores, no final de 1998, onde as grandes questões foram: O que fizemos? Onde acertamos? Onde erramos? O que deve continuar? O que precisamos mudar?

A resposta a essas perguntas indicou claramente que, em Mato Grosso, o sistema de saúde deve ser organizado em três grandes eixos: a atenção primária à saúde, o sistema de referência e contra-referência e os consórcios intermunicipais de saúde.

A atenção primária à saúde contempla as ações de prevenção dos agravos, de diagnóstico e tratamento ambulatorial, sendo que as equipes de saúde da família mostraram ser a melhor forma de se prestar esses serviços. A partir daí, os pacientes que necessitarem de atendimento hospitalar ou exames e tratamentos mais especializados devem ser encaminhados a serviços mais estruturados - clínicas, laboratórios e hospitais - existentes em alguns locais e preparados para atender pacientes

enviados por outros municípios, os assim chamados serviços de referência. Esses serviços podem estar localizados em vários municípios do Estado ou, dependendo da complexidade, somente em Cuiabá. E para que esse sistema funcione, torna-se necessário que haja algum tipo de parceria entre os municípios que precisam e os que prestam os serviços, chegando-se então à organização dos consórcios intermunicipais de saúde, que nada mais é do que a escolha de um município com melhor estrutura de atendimento e o rateamento das despesas entre os componentes do consórcio. Deve-se ressaltar que a Secretaria de Estado de Saúde participa ativamente na implantação dessas estratégias, não somente através de assessoria, capacitação e aquisição de materiais, mas também através de recursos financeiros.

A partir dessa avaliação, o ano de 1999 foi dedicado à consolidação e expansão desse modelo, e na definição de um plano que direcionasse o trabalho pelos próximos anos. Dessa forma, o Plano Estadual de Saúde para o período 2000-2003 começou a ser discutido, culminando com sua aprovação pelo corpo técnico da SES, em abril de 2000.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

O Plano Estadual de Saúde fundamenta-se no Plano Plurianual do Governo do Estado de Mato Grosso, para o quadriênio 2000-2003.

A meta geral do Estado (Meta I) é de “melhorar o índice de desenvolvimento humano (IDH) em 10%, até dezembro/2003”. Esta meta compreende ações intersetoriais, onde está localizado o componente da saúde, como também está o da educação, cultura, esporte e lazer, habitação, saneamento, previdência social, segurança e justiça.

Compõe-se, então, o documento de dez programas e sessenta e uma ações, tendo, na sua estrutura, a descrição dos elementos, citados a seguir.

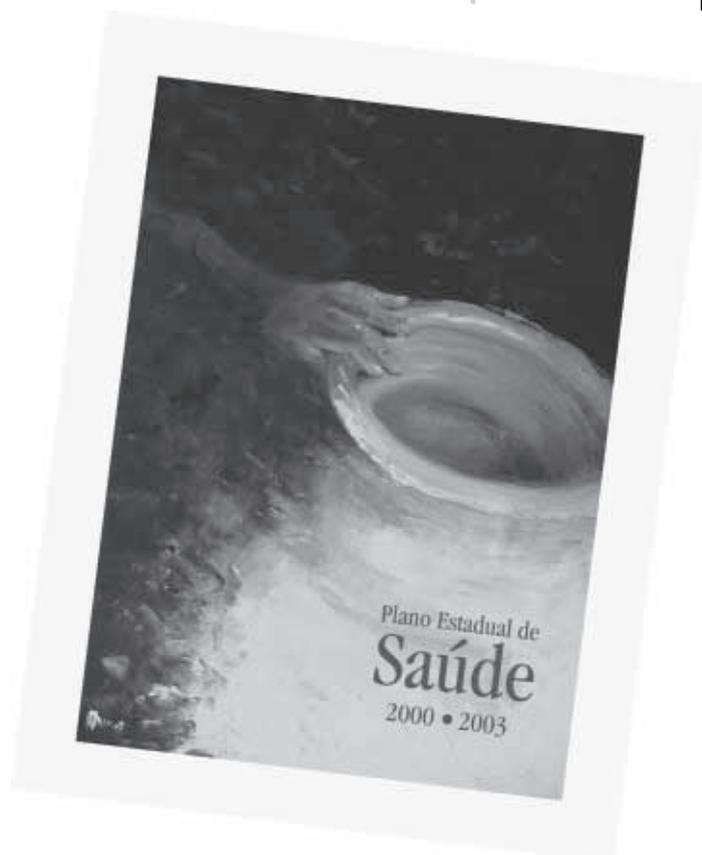
PROGRAMA I SAÚDE DA FAMÍLIA

Para a reorganização da atenção básica, será adotada a estratégia da Saúde da Família, que conta com uma equipe composta minimamente por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitário de saúde, que, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat, de forma contínua, personalizada e ativa, com ênfase relativa na promoção e prevenção, sem se descuidar do curativo-reabilitador, com alta resolutividade, com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos e sociais, articulando-se com os demais setores que determinam a saúde.

Meta – Implantar 250 equipes de saúde da família para cobrir 50% da população, até dezembro/2003.

PROGRAMA II COOPERAÇÃO TÉCNICA COM OS MUNICÍPIOS

Cooperação Técnica: É um processo pedagógico de troca de experiência e articulação de recursos técnicos-operacionais, administrativos e políticos interinstitucionais e intersetoriais.



A Cooperação Técnica é uma estratégia facilitadora da articulação técnica, política e administrativa entre os diferentes setores e instituições.

Algumas das parcerias dar-se-ão sobretudo através da Cooperação Técnica, como no caso das relações Estado/Município. Assim como algumas prioridades da política estadual de saúde, somente poderão ser visualizadas através da Cooperação Técnica, como o apoio à descentralização, regionalização e a atenção básica.

Atenção Básica: É um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltada para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Este conjunto de ações está voltado para grandes grupos de riscos, como a criança, gestantes, trabalhadores e idosos.

Meta – Implantar o processo de Cooperação Técnica com os Municípios, em 100%, até dezembro/2003.

PROGRAMA III ADMINISTRAÇÃO, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

A Política de Recursos Humanos decorre das prioridades da política estadual de saúde. Os profissionais e trabalhadores de saúde devem ser enfocados como sujeitos do processo local de construção do SUS, com maior participação nas decisões, favorecendo o desenvolvimento das capacidades/potencialidades dos indivíduos e o seu compromisso ético e social com a saúde coletiva. A gestão de Recursos Humanos deve ser modernizada e racionalizada, dotando-se os municípios de autonomia efetiva e permanente, como também a

formação de Recursos Humanos estratégicos para a consolidação do SUS.

Meta – Desenvolver e implementar, na instituição, uma política de planejamento, avaliação, controle, formação e capacitação, desenvolvimento e motivação em 100% dos recursos humanos, até dezembro/2003.

PROGRAMA IV ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

O SUS-MT tem como prioridade investimento na área de promoção e prevenção da saúde, invertendo a lógica de financiamento, favorecendo a assistência ambulatorial, à qual também compete serviços de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes não hospitalizados. É um modelo de gestão e atenção à saúde, organizados em diferentes níveis de complexidade: nível primário (consultas, exames laboratoriais de rotina, assistência farmacêutica básica, entre outros), e que correspondem ao nível básico à atenção, com responsabilidade do gestor municipal. Permeando o nível secundário, compreende os exames de patologia clínica especiais, as ultra-sonografias e raio-x e os de maior complexidade, como quimioterapia, ressonância magnética, hemoterapia, exemplificando o nível terciário da assistência ambulatorial.

Meta – Garantir em 100% o atendimento da demanda à Assistência Ambulatorial, até dezembro/2003.

PROGRAMA V ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Modelo de gestão e atenção, com objetivo de promover uma rede hospitalar resolutiva e readequada às necessidades, apontando para a implantação de novos modelos assistenciais humanizados, como

é o caso da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), internações domiciliares e outros. Mato Grosso dispõe de uma rede hospitalar composta por 192 unidades hospitalares, as quais se dividem em 104 privadas (credenciadas/conveniadas com o SUS), 44 públicas, 17 filantrópicas e 01 universitária.

Meta – Implementar as ações de Assistência Hospitalar, de modo a garantir o acesso a 100% dos usuários, até/2003.

PROGRAMA VI SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Conjunto de princípios, normas, mecanismos e meios propiciadores e ordenadores da organização dos diferentes níveis de atenção entre si, em uma unidade ou entre unidades e/ou instituições diferentes. Para a organização do Sistema de Referência e Contra-Referência é importante dispor de alguns elementos, como:

- disponibilidade de serviços públicos e privados em todos os níveis de assistência;
- mecanismos de articulação entre a rede de serviços;
- necessidade de existir uma prática de Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência à saúde em constante avaliação;
- meios de comunicação entre os serviços;
- normas de encaminhamento de pacientes entre os diferentes níveis do sistema;
- mecanismos de divulgação das informações do sistema para gestores, gerentes e principalmente aos usuários;

- TFD – Tratamento Fora de Domicílio – Este tipo de atendimento disponibiliza passagens aéreas e terrestres aos pacientes que necessitam realizar tratamento especializado fora do município e/ou Estado, bem como os seus acompanhantes.

Meta – Implantar 14 Centrais de vagas e regulação e organizar a rede de serviços de Referência, em 100% das regionais, até dezembro/2003.

PROGRAMA VII READEQUAÇÃO DA REDE FÍSICA E TECNOLÓGICA

A partir das diretrizes e das perspectivas de financiamento, o Ministério da Saúde priorizou uma política de investimentos que viabilizam o término das obras de referência regional e estadual, além da aquisição de equipamentos de maior complexidade, garantindo assim uma cobertura ambulatorial e hospitalar para a população, especialmente no interior do Estado, evitando o seu deslocamento para a capital, permitindo resolubilidade ao Sistema Único de Saúde.

Meta – Expandir os serviços de assistência, melhorando em 100% o nível de resolubilidade da rede de serviços de saúde.

PROGRAMA VIII DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E MODERNIZAÇÃO GERENCIAL DA SES

A consolidação do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso passa pela redefinição das ações de saúde enquanto prioridade de atuação governamental, pela redefinição e modernização institucional e gerencial da Secretaria de Estado de Saúde

e por novos modelos de gestão e organização setorial que venham a dar conta da promoção, proteção e recuperação da saúde da população. A implantação dessas estratégias visa reorientar o modelo de atenção à saúde, de forma mais eficiente e eficaz, consolidando a missão da instituição enquanto órgão formador das políticas de saúde pública, coordenador, normatizador, regulador e de cooperação técnica aos municípios, no processo de legitimação do Sistema Único de Saúde.

Meta – Realizar reforma administrativa-financeira e técnico-gerencial, descentralizando em 100% as unidades administrativas da SES, visando maior autonomia de gestão, até dezembro de 2003.

PROGRAMA IX PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

O Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Leis nº 8.080 e 8.142, tem como princípios embaixadores a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social. Este efetiva-se através da participação da sociedade nas Conferências e Conselhos de Saúde. Outras instâncias, como as Ouvidorias, têm contribuído para ampliar a interlocução entre o Estado e a sociedade. A participação da sociedade no âmbito do SUS é fundamental para a construção de um sistema de saúde que contemple os reais interesses e necessidades da população e, ainda, garanta o avanço no processo de democratização do setor saúde.

A Secretaria Estadual de Saúde, preocupada em incentivar a prática de controle social e a participação popular no processo de construção do Sistema Único

de Saúde, vem buscando articulação em diversos níveis e proporcionado inúmeros cursos de capacitação para conselheiros, bem como incentivado a difusão de informações para os Conselheiros de Saúde, com a finalidade de desempenhar cada vez melhor as suas atribuições, particularmente o segmento dos usuários.

Meta – Desenvolver e implementar a participação e o controle social na política estadual de saúde, em 100% dos municípios, até dezembro/2003.

PROGRAMA X GESTÃO DO SUS

A redefinição dos objetivos e da função da Secretaria de Estado de Saúde, assim como a mudança do modelo de atenção, implicam em uma profunda transformação do modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a SES deve exercer importante função normativa, reguladora e de controle e avaliação. De outro lado, compete à SES a organização e gestão das ações e serviços supramunicipais, micro ou macrorregionais, constituindo assim a referência para a atenção primária e as funções típicas de Saúde Pública. Estas funções encontram-se também descritas no programa Sistema de Referência e Contra-Referência (programa VI) deste documento.

Meta – Implementar a organização e gestão das ações e serviços da rede, de novo modelo de atenção, em 100% das regionais de saúde.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Júlio Strubing Müller Neto
Secretário

Sandra Maria Coelho Martins
Subsecretária

Augusto Frederico Müller Júnior
Assessoria Especial

ÓRGÃOS DE ASSESSORAMENTO SUPERIOR

Miriam Cristina Rower Monteiro
Gabinete de Direção

Luís Guilherme Leal Curvo
Assessoria Jurídica

Marineze Araújo Meira
Ubirajara Sampaio Mota
Assessoria Técnica

Josinete Regina Albuquerque Fonseca
Coordenadoria de Planejamento

Maria Welter
Coordenadoria de Auditoria
do Sistema Único de Saúde

Ione Mariza Bortolotto
Coordenadoria do Sistema Estadual
de Informação em Saúde

ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO SISTÊMICA

Fátima Aparecida Ticianel Schrader
Coordenadoria de Administração
Hospitalar e Ambulatorial

Epaminondas José Messias
Coordenadoria Administrativa Financeira

Elisete Duarte
Coordenadoria do Centro de Gestão,
Formação e Desenvolvimento de Recursos
Humanos do SUS

ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA

Euze Márcio Souza Carvalho
Coordenadoria de Vigilância Sanitária e
Epidemiológica

Amaury Angelo Gonzaga
Coordenadoria Técnica

Márcia Cattini
Laboratório Central

Ney da Silva Pereira
Centro Estadual de Citologia
e Anatomia Patológica

Hildenete Monteiro Fortes
Hemocentro Coordenador

Dailse Maria de Paula
Núcleo Regional de Ofiologia de Mato Grosso

Zanizor Rodrigues da Silva
Centro Integrado de Assistência
Psicosocial Aduino Botelho

ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO DESCENTRALIZADA

Thiers Ferreira
Fundação Centro de Reabilitação
Dom Aquino Corrêa

ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO REGIONALIZADA

José Vicente Herculano
Centro Regional de Referência

João Silvério Binsfeld
Hospital Regional de Sorriso

Oswaldo Paccini Júnior
Hospital Regional de Colíder

Anna Maria Torraca Levy
Hospital Regional de Cáceres

Jair Sartori Gonzales
Hospital Regional de Rondonópolis

Rita Christina Martins Borges
Pólo Regional de Saúde de Cuiabá

Aroldo Luiz Marques
Pólo Regional de Saúde de Cáceres

Adalberto Maciel Metello
Pólo Regional de Saúde de Barra do Garças

Valdete Capistrano de Oliveira
Pólo Regional de Saúde de Diamantino

Jucélia Clara Nunes de Souza
Pólo Regional de Saúde de Juína

Angela Maria Lopes Sander
Pólo Regional de Saúde
de Porto Alegre do Norte

Ana Moraes Santana Corrêa
Pólo Regional de Saúde de Rondonópolis

Helder Consalter Umburanas
Pólo Regional de Saúde de Sinop

Carlos Alberto Prazeres Redondo
Pólo Regional de Saúde de Alta Floresta

Denis Cristian Cardoso
Pólo Regional de Saúde de Juara

Érika Fabiana de Almeida
Pólo Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo

Ailton Borges de Lima
Pólo Regional de Saúde de Água Boa