



GOVERNO DE
MATO GROSSO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE PES MT 2016-2019

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO - SES.MT



Edição digital

Distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES.MT DE ESTADO DE SAÚDE

Núcleo de Gestão Estratégica para Resultados

Rua D- Quadra 12-Lote 02 Bloco 05

CEP 78050-970 Cuiabá MT

Fone: (065) 3613-5361

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

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

Elaboração

Luceni Grassi de Oliveira

Hugna Mayre de Oliveira

Karem Dall'Acqua Vargas

Edição e Revisão

Luceni Grassi de Oliveira

Hugna Mayre de Oliveira

Karem Dall'Acqua Vargas

Sunilde Gomes Aldave

Colaboradores:

Auditoria Geral do SUS - AGSUS

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

Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais – CEOPE

Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade de Mato Grosso - CERMAC

Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho – CIAPS

Conselho Estadual de Saúde - CES

Escola de Saúde Pública - ESP

Escritórios Regionais de Saúde

Gabinete do Secretário - GBSSES

Laboratório Central – LACEN

Ouvidoria do CES

Ouvidoria Setorial

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

Sindicato dos Servidores da Saúde e Meio Ambiente – SISMA

Superintendência de Atenção à Saúde - SAS

Superintendência de Controle e Avaliação - SCA

Superintendência de Gestão de Pessoas - SGP

Superintendência de Gestão Regional - SGR

Superintendência de Regulação - SREG

Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS

Secretaria de Estado de Planejamento - SEPLAN

Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos – SEJUDH

Instituições participantes

Tribunal de Contas do Estado - TCE

Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso - AL

Casa Civil

Tribunal de Justiça de Mato Grosso - TJ

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

Permitida a reprodução parcial ou total, sem fins lucrativos, desde que citada a fonte.

S493r SES-MT, Mato Grosso.

Plano Estadual de Saúde - PES, de Saúde – PES. MT 2016-2019. Relatório. Mato Grosso SES-MT: Cuiabá. 2017
129fls; 30 cm.

Núcleo de Gestão Estratégica para Resultados. NGER/SES-MT
Versão preliminar

1. Gestão do SUS/MT. 2. Planejamento em Saúde. 3. Gestão-Financiamento. 4. Controle Social. 5. Relatório Técnico NGER, 2017. I. Título

Pedro Taques
Governo do Estado de Mato Grosso

Marcos Aurélio Bertúlio das Neves
Secretário de Estado de Saúde

Eloar Vicenzi
Secretário Adjunto de Gestão Estratégica

Arlan de Azevedo Ferreira
SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE

Paulo Fernandes Rodrigues
SECRETÁRIO ADJUNTO DE ADMINISTRAÇÃO SISTÊMICA

Marcos Aurélio Bertúlio das Neves
PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE 2015

Siriana Maria da Silva
SECRETÁRIA EXECUTIVA DA COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE - CIB

Silvia Regina Cremonez Sirena
PRESIDENTE DO CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS
DE SAÚDE DE MATO GROSSO COSEMS

Gustavo Rodrigues Petterli
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Comissão Organizadora

1ª etapa

Gustavo Rodrigues Petterle (SUPS)
Leda Teixeira Correa Gonçalves (SUPS)
Hugna Mayre Oliveira (SUPS)

2ª etapa

Luceni Grassi de Oliveira
Fátima Aparecida Ticianel

Grupo de condução

Ana Conceição Calhao (SVS)
Alessandra Stefan Potratz (SAS/COAP)
Ceila Maria Zaghi Maia (SURCA/SES)
Celma Lucia L. R. Alves Ferreira (SAS/COAPRE)
Cristiane da Silva Bezerra (SAS/COAP)
Dorvina de Figueiredo Costa Pereira (SAS/COAPRE)
Eliseu de C. Rangel (UAGE)
Elizabeth Preza Nogueira (COREG)
Eneida Vandoni (SUPS)
Fábio José da Silva (SVS)
Fátima Aparecida Ticianel (Gabinete)
Helen Rosane Curvo (SAS/CAORS)
Hudson Teixeira da Silva (SUPS)
Ingrid Handell (SUPS)
Jane Kátia Taveira (SAS/COAPRE)
Jean Carlos Rosa (SUAD)
Lucielena Mello (SUPS)
Lucinéia Soares da Silva (SUPOF)
Marcionita J.C de Moraes (SAS/CAORS)
Mirian Estela de Souza Freire (SVS)
Mara Andreia Fagundes (SUPS)
Nilva Maria de Campos (Gabinete)
Paulo Sebastião da Silva (SUPS)
Regina Paula de O. A. Costa (SAS/COAP)
Rosiene Rosa Pires (SUPS)
Rute Gomes Ferreira (SUPS)
Sílvia Aparecida Tomaz (SGP)
Sunilde Gomes Aldave (SUPS)
Valdik N. Gomes da Silva (UAGE)

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

Superintendência de Políticas de Saúde

Aires Sartori

Aracy Assunção e Silva

Eneida Pereira

Gustavo Rodrigues Petterle

Hudson Teixeira da Silva

Hugna Mayre Oliveira

Ingrid Botelho Saldanha Handell

Leda Teixeira Correa Gonçalves

Leida Maria Ferreira

Lourival Benedito Coenga

Luceni Grassi de Oliveira

Lucielena Mello

Mara Andreia Fagundes

Monica Patrícia Macedo Gonçalves

Paulo Sebastião da Silva

Rosiene Rosa Pires

Rute Gomes Ferreira

Sunilde Gomes Aldave

Conselho Estadual de Saúde

Edevande P. de França

Edna Maria de C. Carvalho

Suely Corrêa de Oliveira

Comissão Integestores Bipartite

Ana Atala Veggi Filha

Siriana Maria da Silva

Ouvidoria Setorial

Debbiê Caporossi Soares

Ednéia Brito Jardim

Unidade Setorial de Controle Interno (UNISECI)

Ellen Cristina Saldanha Fernandes

Guiomar Moura de Carvalho

Unidade Setorial de Correição (UNISCOR)

Marcelo Frank da Silva

Gabinete do Secretário de Estado de Saúde

Fátima Ticianel

Margarete Gomes Chaves

Auditoria Geral do Sistema Único de Saúde (SUS)

Eliberto F. Cruz

Unidade de Gestão Estratégica (UAGE)

Claudete de Souza Maria

Eliseu de Carvalho Rangel

Valdik N. G. da Silva

Superintendência de Gestão de Pessoas

Ana Carolina P. Luiz

Cilene da Silva Reis

Ediane Ferreira Guimarães

Líris Lemos

Marcia Regina de D. Rocha

Maritza Muzzi Paulino

Silvia Aparecida Tomáz

Superintendência de Orçamento, Convênios e Finanças.

Lucinéia Soares da Silva

Superintendência de Assistência Farmacêutica

Rodrigo Cesar de O. Carvalho

Superintendência de Vigilância em Saúde

Ana Conceição Calhao

Cláudia H. Melo

Maria de Lourdes Girardi

Coordenadoria de Vigilância Ambiental

Giovana D. M. I. Maciel

Ludmila Sophia Souza

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica

Flávia Guimarães Dias

Ingridh Farina da Silva

Miriam Estela de Souza Freire

Coordenadoria de Vigilância Sanitária

Emerson Francisco de Araújo

Mara Patricia F. Penha.

Valéria Cristhiane Meneguini

Coordenadoria de Saúde do Trabalhador

Angela Lúcia Piccini Oliveira

Lilian Ap. Fabris

Superintendência de Atenção à Saúde

Ana Lucia Dorilêo Cardoso

Claci Bortolanza

Cristhiane Duarte

Coordenadoria de Ações
Programáticas e Estratégicas
Alberto Yassuo Yoshiara
Aline Régia Ferreira Ribeiro
Ana Claudia Machado de Oliveira
Ana Maria P. da Silva
Cleuva Lucia R. A. Ferreira
Dorvina de Figueiredo Costa Pereira
Jane Kátia Vivas Taveira
Jane Taveira
Silvana Cardoso Gomes
Sirley Gomes de Lima
Wandriany M. P. Longui

Coordenadoria de Rede de Serviços
Fátima Adriana Pirota
Helen Rosani M. Curvo.
Landrimar Trindade
Marcionita J. C. de Moraes
Solange Debesa

Coordenadoria de Atenção Primária
Alessandra Stefan Pottialz
Maria Helena Lopes
Regina Paula de O. A. Costa

Superintendência de Controle e
Avaliação
Mariza Barreto
Nelma Lúcia P. Bellato.
Zuleide S. Pulchério Klein.

Coordenadoria de Regulação
Elisabete Preza

Coordenadoria de Transplantes
Fabiana R. S. Molina
Greice Evaristo
Vera Lucia S. Sena

Coordenadoria de Controle e
Avaliação
Sonia Alves Pio

Superintendência de Articulação
Regional
Gilberto Lopes Filho
Rute Gomes Ferreira
Suely Machado de Oliveira

Escritório Regional de Saúde de
Pontes e Lacerda
Alyrio Metello

Escritório Regional de Saúde de Água
Boa
Carolina Bernardo Leite

Escritório Regional de Saúde de Alta
Floresta
Sônia Vanice G. Marques

Escritório Regional de Saúde da
Baixada Cuiabana
Ariane F. O. Castro
Cláudia Moreno
Ely Graci Nazario

Escritório Regional de Saúde da
Baixada Cuiabana
Diógenes Marcondes

Escritório Regional de Saúde de
Diamantino
Sandra R. F. Guimarães

Escritório Regional de Saúde de
Juara
Irineu José da Silva

Escritório Regional de Saúde de Juína
Juciane Alves da Silva
Escritório Regional de Saúde de Porto
Alegre do Norte
Cleunice C. de Farias

Escritório Regional de Saúde de
Peixoto de Azevedo
Loredanea Menezes Coimbra

Escritório Regional de Saúde de
Rondonópolis
Rosana Zucato Juliani

Escritório Regional de Saúde de São
Félix do Araguaia
Gilca Seixas Sousa

Escritório Regional de Saúde de Sinop
Cecília T. M. Nogami

Regional de Saúde de Tangará da
Serra
Maria José Oliveira Paz

Laboratório Central (LACEN)
Abelardo Augusto Ribeiro
Andrea Maria Gonzaga
Miriane Silva Maranon
Virgínia Corrêa de Azevedo e Silva

MT-Hemocentro

Alzira M. M. A. Saldanha

Centro Estadual de Referência de
Média e Alta Complexidade de Mato
Grosso (CERMAC)

Adriana dos Santos R. Ventura.

Daniely Beatrice R. do Largo

Centro de Reabilitação Integral Dom
Aquino Corrêa do Sistema Único de
Saúde (CRIDAC/CER III)

Dúbia B. O. Campos

Maria do Rosário A. C. S. Cruz

Centro Integrado de Assistência
Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS)

Ellen Regina O. Borges

Jane Pimenta dos Santos

Manoel dos Santos

Maria Aparecida Lima de Souza

Veline Simioni Silva

Centro Estadual de Odontologia
para pacientes Especiais (CEOPE)

Idalina Pereira Correa

Luiz Guilherme R. Carvalho

Escola de Saúde Pública do Estado
de Mato Grosso (ESP)

Adriana Balsanelli

Assis Gomes

Cleber Arantes do Carmo

Eloá de Carvalho Lourenço

Noíse Pina Maciel

Stella Maris Malpici Luna

Tatiana Lima da Costa

Valena Binato Santil Dezes

Comissão Permanente de Contrato
de Gestão (CPCG)

Lúcia Stela P. Lopes de Souza

Secretaria de Estado de Justiça e
Direitos Humanos (SEJUDH)

Lozano Delgado

Marco Antonio Jukasli

Secretaria de Estado de Estado de
Planejamento (SEPLAN)

Fátima Gonçalves

Pamela de Carvalho Vieira

Simone Câmara Lopes

Nota: Os nomes mencionados foram extraídos das Listas de Participantes das Oficinas realizadas em 2015.

LISTA DE SIGLAS

AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CAORS	- Coordenadoria de Rede de Serviço
COAP	- Coordenadoria de Atenção Primária
COAPRE	- Coordenadoria de Ações Programática e Estratégicas
COREG	- Coordenadoria de regulação
DCNI	- Doenças de Notificação Compulsória Imediata
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MT	- Mato Grosso
PES	- Plano Estadual de Saúde - PES, de Saúde
PPA	- Plano Plurianual
SAS	- Superintendência de Atenção à Saúde
SES	- Secretaria de Estado de Saúde
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SIM	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	- Sistemas de Informações de Agravos de Notificação
SINASC	- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUAD	- Superintendência Administrativa
SUPOF	- superintendência de Orçamento e Finanças
SUPS	- Superintendência de Políticas de Saúde
SURCA	- Superintendência de Controle e Avaliação
SUS	- Sistema Único de saúde
SVS	- Superintendência de Vigilância em Saúde
UAGE	- Unidade de Gestão Estratégica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo teórico do processo de formulação do plano.....	15
Figura 2 – Proposta metodológica para o planejamento estratégico no SUS	.16
Figura 3- Alinhamento das orientações estratégicas com o PES e o PPA 2016-2019	19
Figura 4- Árvore de problemas e objetivos	22
Figura 5 – Macro problemas e causas prioritizadas na elaboração do PES 2016-2019.	23
Figura 6 - Distribuição espacial dos municípios por região de saúde e município sede da região. Mato Grosso, 2012.	35
Figura 7 - Distribuição da hemorrede pública de Mato Grosso por regiões de saúde e município sede da região, 2015.	39
Figura 8 – Regiões de Saúde e municípios mato-grossenses – 2015.....	51
Figura 9 - Desdobramentos dos objetivos específicos do PES em programas do governo de Mato Grosso para a área da saúde, no período de 2016- 2019.....	113
Figura 10 – Metas e Indicadores dos objetivos estratégicos do PES para o Plano Estratégico do Governo do Estado, no período de 2016-2019.....	115
Figura 11- Ações estratégicas (Programa 76) para alcance do objetivo “elevar a capacidade gestora da SES na condução da política de saúde no estado de Mato Grosso”	120
Figura 12 - Ações estratégicas (Programa 76) para alcance do objetivo “elevar a capacidade gestora da SES na condução da política de saúde no estado de Mato Grosso”	120
Figura 13 - Ações estratégicas (Programa 77) para alcance do objetivo “elevar a capacidade gestora da SES na condução da política de saúde no estado de Mato Grosso”	121
Figura 14 - Ações estratégicas (Programa 77) para alcance do objetivo “elevar a capacidade gestora da SES na condução da política de saúde no estado de Mato Grosso”	121
Figura 15 - Ações estratégicas (Programa 77) para alcance do objetivo “elevar a capacidade gestora da SES na condução da política de saúde no estado de Mato Grosso”	122
Figura 16 - Ações estratégicas (Programa 78) para alcance do objetivo específico “Elevar a qualidade da gestão do trabalho e educação na saúde no SUS-MT”.122	
Figura 17 - Ações estratégicas (Programa 78) para alcance do objetivo específico “Elevar a qualidade da gestão do trabalho e educação na saúde no SUS-MT”.123	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Regiões de saúde, microrregiões e municípios polarizadores. SES/MT, 2001.....	30
Quadro 2- Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso, 2012.....	31
Quadro 3 - Regiões e microrregiões de saúde em Mato Grosso segundo Resoluções da CIB-MT nº 012 (29/06/2001), nº 055 (15/09/2005) e nº 65/2012 (03/04/ 2012).	34
Quadro 4 - Relação dos municípios por região de Saúde e município sede em Mato Grosso.	36
Quadro 5- Hospitais de referencia regional, região de saúde de localização e nº de municípios que compõem a região, Mato Grosso, 2015.....	40
Quadro 6- Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Mato Grosso, por município sede e ano de constituição em Mato Grosso.	41
Quadro 7- Hospitais regionais em contrato de gestão OS, data de vigência do contrato e a situação atual. Mato Grosso, 2015.	43
Quadro 8 – Distribuição dos hospitais por números de leitos segundo região de saúde. Mato Grosso, 2015.	44
Quadro 9 - Composição das receitas do estado para apuração da aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores demográficos para Mato Grosso – 2010 a 2015	49
Tabela 2 – Indicadores demográficos para regiões de saúde e Mato Grosso - 2012	52
Tabela 3 – Taxa de fecundidade total segundo regiões de saúde em Mato Grosso – 2010 e 2012.....	55
Tabela 4 – Taxas de natalidade (por 1 mil habitantes) por regiões de saúde em Mato Grosso – 2010, 2011 e 2012	56
Tabela 5 – Taxas de mortalidade geral bruta e padronizada (por 1 mil habitantes) para as regiões de saúde em Mato Grosso – 2010, 2011 e 2012.....	57
Tabela 6 – Mortalidade proporcional segundo faixa etária para as regiões de saúde mato-grossenses - 2013	59
Tabela 7 – Taxas de mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos (por 1 mil nascidos vivos) segundo regiões de saúde em Mato Grosso – 2013.....	69
Tabela 8 – Hepatites virais em Mato Grosso e regiões de saúde – 201, 2012 e 2014	Erro! Indicador não definido.
Tabela 9 - Números absolutos e taxa de incidência (por 100 mil habitantes) da dengue para Mato Grosso e regiões de saúde – 2010, 2014 e 2015.....	82
Tabela 10 – Demonstrativo do montante de recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, 2015	98
Tabela 11 – Percentual de recursos aplicados em saúde, segundo a Emenda Constitucional (EC29), por regiões de saúde, no período de 2010 a 2015.....	99
Tabela 12 – Valor das despesas do estado de Mato Grosso pagas, por categoria e subcategoria econômica, 2010/2015. (R\$ milhões).	100
Tabela 13 – Valores das despesas pagas com serviços de terceiros - pessoa jurídica e com transferências para instituições sem fins lucrativos e para a estratégia saúde da família, 2010 – 2015.	103
Tabela 14 – Percentuais dos recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios e pelo estado de Mato Grosso, 2010 – 2015.....	104
Tabela 15 – Execução orçamentária do estado de Mato Grosso a preços de 2015, no período de 2010 a 2015.....	105
Tabela 16 – Proporção dos gastos com ações e serviços de saúde em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), no período de 2010 a 2015. (em R\$mil).....	106
Tabela 17 – Participação do pagamento dos juros e encargos da dívida na despesa total e da renúncia fiscal sobre a receita tributária, 2010 – 2015. (em R\$ milhões)	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide demográfica de Mato Grosso – 1980 - 2015.....	48
Gráfico 2 – Regiões de saúde com índices de envelhecimento reduzidos, Mato Grosso – 2012.....	53
Gráfico 3 – Regiões de Saúde em estágio avançado de transição demográfica, Mato Grosso – 2012.....	53
Gráfico 4 – Taxas de mortalidade específica (por 100 mil hab.) segundo Capítulo CID 10, Mato Grosso – 2010 a 2013.....	62
Gráfico 5 – Taxas de mortalidade específica (por 100 mil habitantes) segundo Capítulo CID 10 nas regiões de saúde de Mato Grosso – 2012.....	62
Gráfico 6 – Mortalidade proporcional (%) por infecção respiratória aguda e por doença diarreica aguda em menores de 5 anos, Mato Grosso – 2010 a 2013.....	67
Gráfico 7 – Morbidades hospitalares (por 100) segundo Capítulos CID 10 que tiveram maior ocorrência em Mato Grosso de 2010 a 2014.....	72
Gráfico 8 - Números absolutos de dengue e outras doenças de notificação compulsória em Mato Grosso – 2010 a 2014.....	82
Gráfico 9 – Evolução da arrecadação tributária do estado de Mato Grosso a preços de 2015, no período de 2010 a 2015.....	93
Gráfico 10 - Evolução das receitas de impostos realizadas que se referem ao artigo 155 da Constituição Federal - 2015.....	95
Gráfico 11 - Evolução das receitas de impostos realizadas que se referem ao artigo 157 e 159 da Constituição Federal – 2015.....	95
Gráfico 12 - Evolução das receitas de compensações financeiras provenientes de impostos e transferências constitucionais e legais realizadas que se referem ao § 2º do artigo 198 da CF, por quadrimestre - 2015.....	96
Gráfico 13 - Despesas empenhadas com saúde no estado de Mato Grosso, por grupo de natureza de despesa, no período de 2010 a 2015.....	101
Gráfico 14 – Despesas com saúde, por principais subfunção, valores empenhados com recursos próprios, 2010 – 2015.....	102

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	7
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE QUADROS	9
LISTA DE TABELAS.....	10
LISTA DE GRÁFICOS.....	11
SUMÁRIO	12
PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PES 2016-2019	15
1.1. Referencial teórico-metodológico.....	15
1.2. Processo de formulação do PES 2016-2019	16
1.3 Alinhamento das orientações estratégicas com o PES e o PPA 2016-2019	19
1.4 Atores envolvidos.....	20
1.5 Seleção dos problemas e explicação causal	22
II. ANÁLISE SITUACIONAL.....	25
2.1. A organização da saúde no território mato-grossense	25
2.2. Transição demográfica em Mato Grosso e os índices de mortalidades específicas: evitar mortes prematuras e promover longevidade com qualidade de vida.....	47
2.2.1. O SUS regionalizado: indicadores sociais e de saúde	50
2.2.2. Mortalidade específica em Mato Grosso e regiões de saúde: diferentes realidades requerem estratégias diversas.....	61
2.2.3. Morbidades da população mato-grossense	72
2.3. O financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS.....	86
2.3.1. A Constitucionalização dos direitos sociais	87
2.3.2. A universalidade do acesso às ações e serviços de saúde	88
2.3.3. Modelos de financiamento	90
2.3.4. A Emenda Constitucional 29	92
2.3.5. A situação do financiamento do SUS em Mato Grosso.....	93
III. FORMULAÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA.....	110
3.1. Caracterização da visão, missão e valores da organização	110
3.2. Objetivos e estratégias.....	111
3.3. Metas estratégicas.....	113
3.4. Ações estratégicas	119
Referências	124

APRESENTAÇÃO

O Plano de Saúde (PES) é um instrumento Plurianual de Gestão, definido como documento obrigatório, expresso claramente, no artigo 36 da Lei nº 8.080 de 1990 e, regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nele, deve constar a estratégia da gestão, a intenção política para ser concretizada num período quadrienal em cada esfera de governo, em cada nível de gestão do SUS. É um instrumento a ser construído a partir de uma análise situacional, devendo apresentar as intenções e os resultados esperados. Deve conter objetivos, diretrizes e metas e ser a base para a execução, o monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde num período de quatro anos.

Ao pensar nas condições necessárias para melhoria dos serviços e da gestão do SUS, na elaboração de um instrumento dessa envergadura; além da situação de saúde, foram considerados, os fatores que influenciaram o universo do SUS nos últimos anos, demarcados, dentre outros, pelos vazios assistenciais, pelas condições de acesso, a insuficiência de recursos financeiros, os entraves administrativos para aquisição insumos, os equipamentos e ou, a inovação tecnológica em saúde, os trabalhadores que integram o SUS, a qualidade dos serviços de saúde, as capacitações, os incentivos financeiros, a cooperação técnica, as ações intersetoriais.

Após a construção do Plano Estadual de Saúde (PES MT 2016-2019), da definição das metas e dos indicadores prioritários de saúde para o atual contexto de Mato Grosso, pretende-se anualmente, conjugar esforços políticos, técnicos e sociais para ampliar a parceria com o Ministério da Saúde, com as instituições de ensino, pesquisa e com os municípios que compõem as dezesseis regiões de saúde, objetivando identificar com maior precisão, as demandas sociais no setor saúde visando o aprimoramento das redes locais e regionais de saúde.

Esperamos que instrumento de planejamento, seja amplamente democratizado, propiciando o conhecimento dos gestores, dos profissionais de saúde e dos cidadãos de Mato Grosso, servindo como diretriz e propiciando melhorias nas ações e contribuindo para prover melhores condições de acesso e qualidade nos serviços de saúde em tempo oportuno para o cidadão.

Marcos Aurélio Bertúlio das Neves
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

I. Processo de formulação
PES MT: 2016-2019

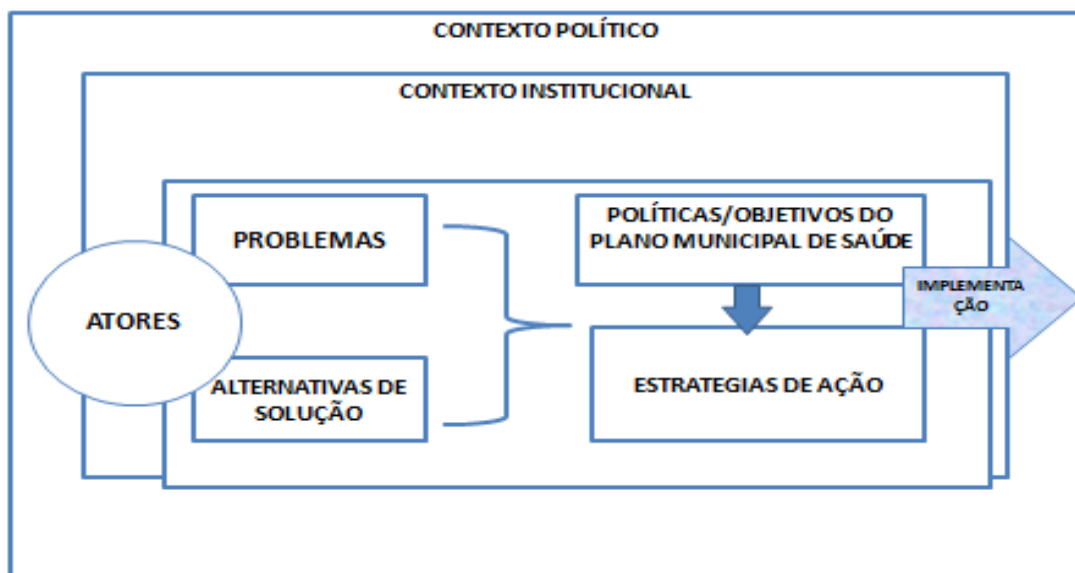
BE2 WI: 2019-2018
I. Processo de formulação

PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PES 2016-2019

1.1. Referencial teórico-metodológico

As bases teóricas metodológicas que serviram de pressupostos para a etapa de formulação do Plano Estadual de Saúde - PES, de Saúde, constituíram-se de dois momentos: o primeiro deles, teve como referencial, o modelo teórico proposto por Teixeira & Abreu de Jesus (2010), adaptado do “ciclo da política” (Kingdon, 1984), onde ocorreram reflexões e considerações do contexto político-organizacional da saúde, em articulação com a agenda estratégica do governo do estado, seguido da organização para o desenvolvimento das oficinas de elaboração do Plano (Figura 1).

FIGURA 1 – MODELO TEÓRICO DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PLANO



Fonte:Oliveira, 2013

O segundo momento de elaboração do Plano propriamente dito, teve como referencial, a proposta metodológica para o planejamento estratégico no Sistema Único de Saúde (Teixeira, 2010; Artmann, 2000), utilizando-se da “trilogia matusiana” (Matus,1993), onde ocorreram etapas do processo, articuladas entre si (Figura 2).

FIGURA 2 – PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NO SUS

Momento EXPLICATIVO	Momento NORMATIVO	Momento ESTRATÉGICO	Momento TÁTICO-OPERACIONAL
Situação	Direcionalidade	Viabilidade	Ação-Operação
Identificação, descrição e explicação de problemas.	Elaboração da situação objetivo. Decisão do que fazer no tempo político.	Definição das operações a serem realizadas; Desenho dos módulos operações; Análise de viabilidade de cada uma das operações.	Execução das ações sob gerência, monitoramento e avaliação das operações que compõem o plano.

1.2. Processo de formulação do PES 2016-2019

A organização do processo de formulação do PES 2016-2019, por decisão da nova gestão, ficou sob a condução da Superintendência de Políticas de Saúde, e teve início no mês de fevereiro de 2015, cuja tarefa consistiu na revisão das ações e serviços de saúde, remanescentes do governo anterior¹. A iniciativa empreendida mobilizou desejos e esforços para a viabilização da construção do Plano junto às equipes técnicas, os gestores e os trabalhadores que integram as unidades de saúde da instituição, representantes dos trabalhadores e do controle social, assim como algumas instituições parceiras que respondem por ações intersetoriais.

A mobilização foi composta por um grupo de condução, atuando como “forças sociais”²(Matus, 1993) capazes de produzir o processo de trabalho e os insumos necessários para a elaboração do plano, através da troca de diferentes saberes, experiências e poderes na organização.

Utilizando-se da premissa do planejamento (Testa, 1992), a Superintendência de Políticas de Saúde, atuou como o sujeito responsável pela condução, buscando guardar coerência com os propósitos do governo (explícitos na campanha eleitoral e firmados no projeto político de

¹ Iniciativas apresentadas no documento “Plano Estratégico da Saúde 2012 – 2019” (SES-MT, 2013).

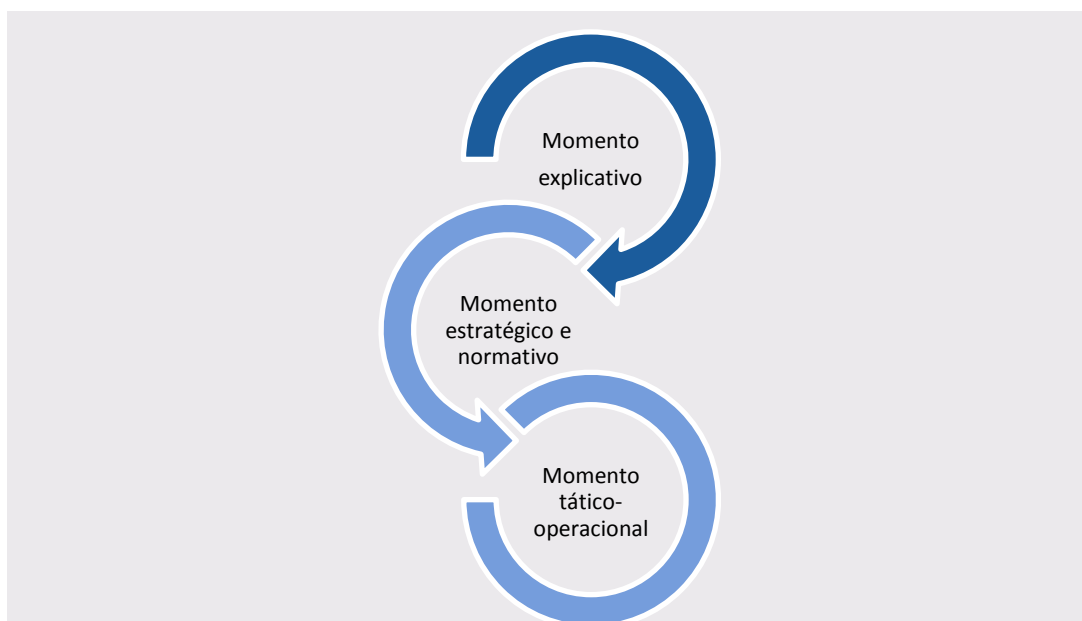
² Segundo Matus (1993), os atores sociais (homem coletivo), são forças sociais que controlam as instituições (centros de poder) ao mesmo tempo em que eles próprios são as instituições, ou seja, os centros de poder. São sujeitos capazes de produzir ações sociais de mudança ou permanência situacional e, conforme os resultados de suas ações acumulam, ou desacumulam poder, alterando o cenário da instituição, por vezes favorável, ou desfavorável aos seus projetos.

transformação do estado), com os métodos de planejamento estratégico em saúde e as formas de organização participativa durante as oficinas de elaboração do plano.

As orientações estratégicas do governo para a área da saúde, foram consolidadas em formato de objetivos, metas, indicadores e estratégias nos encontros técnicos foram elaborados com a participação da Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de estado de planejamento (SEPLAN), sendo validadas no final de fevereiro de 2015 com o nível de gestão estratégica da Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de estado de saúde, para compor o plano estratégico do governo do estado para o período de 2016-2019.

O processo de formulação se caracterizou na metodologia para elaboração do plano e, foi amplamente discutida com os setores da Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de estadual saúde (SES-MT) sendo validada em março de 2015 com o nível de gestão estratégica, ocasião em que se aprovou a programação das oficinas e encontros para elaboração do plano.

A metodologia foi constituída de momentos articulados entre si:



No **momento explicativo**, buscou-se conhecer os possíveis cenários quando da formulação do plano; o plano de desenvolvimento de Mato Grosso (MT+20); as diretrizes e metas da saúde pactuadas pelo governo do estado com a União; a situação de saúde e as condições de vida da população (através dos indicadores sociais e epidemiológicos disponíveis); a situação da gestão, os recursos e os serviços de saúde do SUS em Mato Grosso; as demandas sociais advindas da 7ª Conferência Estadual de Saúde e, onde ocorreu a seleção de problemas e a explicação causal;

No **momento estratégico e normativo**, foram desenvolvidas análises de viabilidades: política, técnica, financeira e administrativa na seleção e priorização dos problemas, causas e possíveis soluções; definição da agenda estratégica (caracterização institucional - visão de futuro, missão, valores, objetivos, diretrizes e ações estratégicas); os desdobramentos em Plano Plurianual, Programação Anual e LOA – 2016;

Momento tático-operacional, representa a fase do monitoramento e avaliação das ações planejadas e seus resultados, sob a gerência das áreas.

Com o propósito de promover reflexões sobre o movimento estratégico da instituição para a elaboração do plano, no mês de abril, a SES-MT realizou em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, encontro abordando temas referentes à regionalização e às macro funções da Secretaria de Estado de Saúde -SES.MT do Estado de Saúde.

A elaboração do plano aconteceu em oficinas e encontros ampliados, organizados em espaços e tempos necessários durante os meses de abril e maio, utilizando ferramentas, técnicas e movimentos do planejamento estratégico para a seleção de problemas, identificação e priorização de causas, definição de objetivos, metas e alternativas de soluções.

Na análise de viabilidade das intervenções propostas, ocorreram encontros para tomada de decisão sobre o que fazer (ações), utilizando-se da Matriz RUF-V (relevância, urgência, factibilidade e viabilidades), e encontros de nivelamento de ações articuladas com outros órgãos: a proposta de cooperação técnica com a Fiocruz e o termo de ajuste de gestão do Tribunal de Contas do Estado, visando agregar esforços e recursos para a definição das ações estratégicas a serem definidas no plano (Teixeira, 2010).

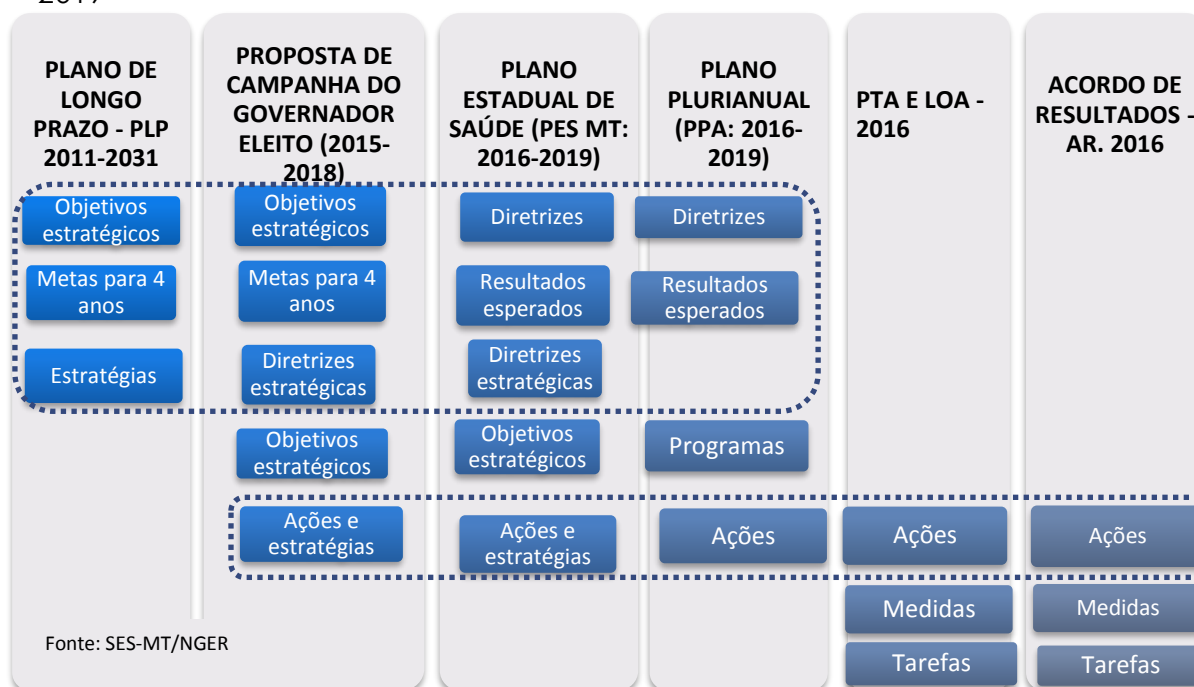
1.3 Alinhamento das orientações estratégicas com o PES e o PPA 2016-2019

A partir do Plano Estadual de Saúde - PES, de Saúde elaborado, nos meses de junho e julho de 2015, a Superintendência de Política de Saúde iniciou o processo de alinhamento das orientações estratégicas para a construção do Plano Plurianual – PPA. Na ocasião, para definição e validação dos programas, ações estratégicas, indicadores e outros atributos, foram realizadas inúmeras oficinas de trabalho e encontros ampliados, envolvendo todas as áreas da Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de saúde e os representantes da SEPLAN.

As ações estratégicas foram desdobradas pelas respectivas áreas ainda em oficinas e encontros ampliados, nos meses de agosto e setembro, para a elaboração do Plano de Trabalho 2016, onde ocorreram reflexões e análises de viabilidade financeira e técnico-operacional, que se traduziram nas ações registradas no FIPLAN daquele período.

O conjunto das ações estratégicas foi desdobrado em medidas, tarefas, procedimentos e suas respectivas metas e indicadores foram incorporadas no instrumento do governo, nomeado como Acordo de Resultados de 2016, da Secretaria de Estado de Saúde - SES. MT, tornando-se objeto para o monitoramento e avaliação dos compromissos assumidos no período (Figura 3).

FIGURA 3- ALINHAMENTO DAS ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS COM O PES E O PPA 2016-2019



Mesmo havendo incompatibilidade com os meses que marcaram o período de elaboração dos instrumentos de planejamento do governo e do SUS, as diretrizes e as ações estratégicas do Plano Estadual de Saúde – PES foram compatibilizadas, considerando os eixos temáticos que nortearam a Conferência Nacional e Estadual da Saúde. Assim, buscou-se a coerência entre os movimentos, haja vista a incompatibilidade entre as datas de construção do Plano (cumprimento legal) e a realização da 8ª Conferência Estadual de Saúde³. Com isso, garantiu-se o posterior alinhamento, no processo de avaliação das demandas apresentadas no relatório final da conferência com o PES-MT 2016-2019.

1.4 Atores envolvidos

A Superintendência de Políticas apoiou-se na agenda estratégica do governo do estado para mobilizar os colaboradores dos diversos setores da Secretaria de Estado de Saúde que participaram efetivamente dos processos de elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019.

No momento da preparação da metodologia, da programação e dos demais insumos para a formulação do Plano, foram identificados dentre os atores governamentais⁴, parceiros das Superintendências de vigilância em saúde, Gestão de Pessoas, Controle e Avaliação, Orçamento e Finanças, Coordenadorias de: Ações Programáticas e Estratégicas, Atenção Primária, Rede de Serviços, Regulação, Promoção da Saúde, Escritório Regional de Saúde de Barra do Garças e Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá que se empenharam na organização e condução dos trabalhos para a concretização das etapas de construção do plano.

Trabalhadores e gestores da saúde, representante dos Escritórios Regionais, do Sindicato de Servidores da Saúde e Meio Ambiente, do Controle Social e as instituições de ensino foram motivados a discutirem temas preparatórios à elaboração do plano, referentes às macro funções da SES e a regionalização da saúde em Mato Grosso, com apresentação de resultados de pesquisas desenvolvidas pelo Instituto de Saúde Coletiva

³ A 8ª Conferência Estadual de Saúde aconteceu no período de 25 a 28 de outubro de 2015, em Cuiabá, Mato Grosso, com o tema: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”.

⁴ Atores governamentais: membros do próprio staff da administração, como cargos públicos nomeados e comissionados e os integrantes do funcionalismo público em geral. Não governamentais: grupos de interesse ou de pressão social. Atores visíveis: atuam diretamente e com poder suficiente para influenciar na formulação da agenda estratégica e os invisíveis que participam de forma indireta no processo, influenciando na definição das alternativas (Baptista 2011).

e do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso.

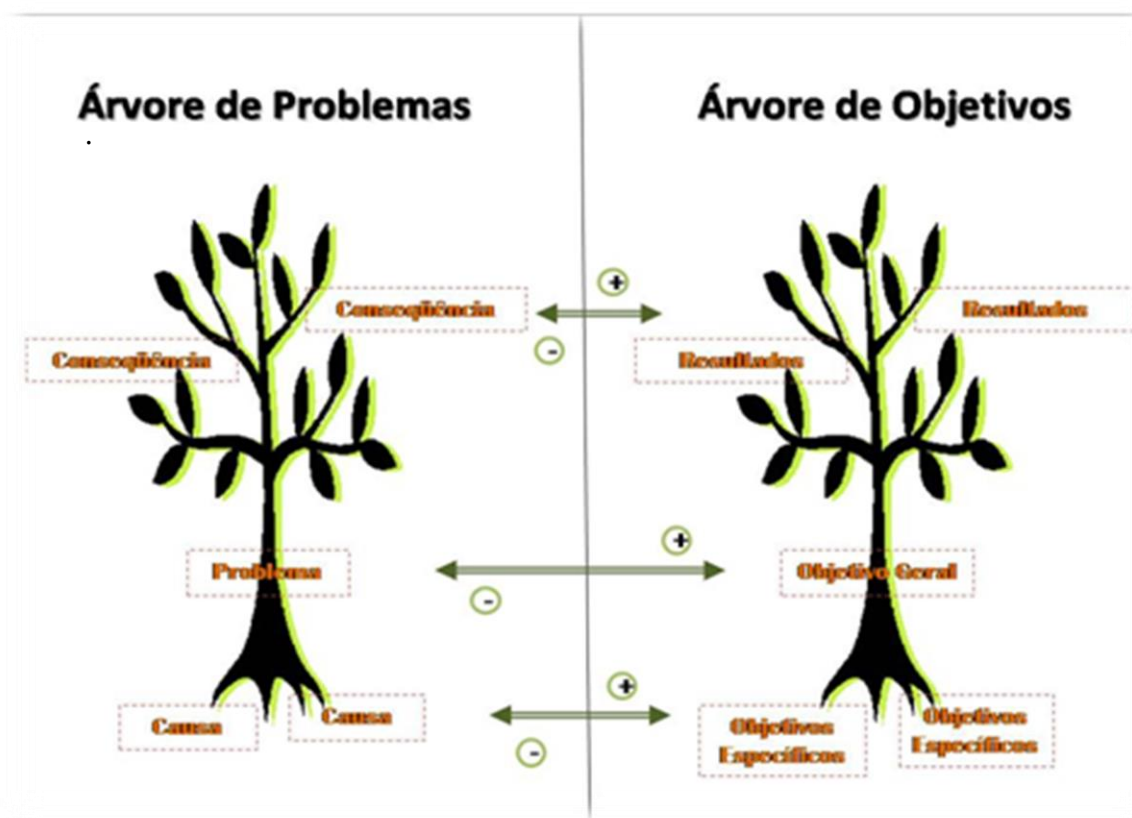
Para os momentos da elaboração do Plano, foram identificadas e mobilizadas as forças políticas externas importantes para o desenvolvimento do SUS em Mato Grosso. As autoridades governamentais na pessoa do Senhor Governador, do Secretário de Planejamento, do Presidente do Tribunal de Justiça, do Tribunal de Contas do Estado e representantes do Poder Legislativo se fizeram presentes no início dos trabalhos, manifestando apoio ao processo e ao desenvolvimento da política de saúde no estado. Infelizmente, os gestores do nível estratégico da SES e alguns membros do *staff* da gestão, pouco participaram do processo de elaboração do Plano.

A participação de “atores visíveis” da Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT, os representantes da Superintendência de: Atenção à Saúde; da Regulação; Controle e Avaliação; da Vigilância em Saúde; da Gestão de Pessoas; da Assistência Farmacêutica; da Informação, do Orçamento e Finanças, da Escola de Saúde Pública, da Auditoria, das Ouvidorias do SUS, das unidades de saúde que atuam diretamente na rede de serviços (CERMAC, CRIDAC, HEMOCENTRO, CEOP, SAMU), dos representantes dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS), assim como representantes do conselho de secretários municipais de saúde, conselho estadual de saúde, Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT, dos gestores municipais de saúde dos Municípios de Várzea Grande e de Cuiabá e do Sindicato dos Servidores Públicos da Saúde e do Meio ambiente participaram ativamente do processo, sendo oportuno e suficiente para influenciar na decisão e formulação da agenda estratégica com definição dos programas e ações para os quatro anos do Plano Estadual de Saúde - PES, de saúde. Representantes da Secretaria de Estado de Planejamento, da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos, do Ministério Público Estadual, do Instituto de Saúde Coletiva e do Núcleo de Desenvolvimento em Saúde da UFMT, contribuíram com suas concepções em relação à política de saúde formulada.

1.5 Seleção dos problemas e explicação causal

No movimento da análise situacional para a seleção de problemas, a identificação de causas e definição de objetivos, foi utilizada a “árvore de problemas e objetivos” (Matus, 1993), conforme figura 4.

Figura 4- Árvore de problemas e objetivos



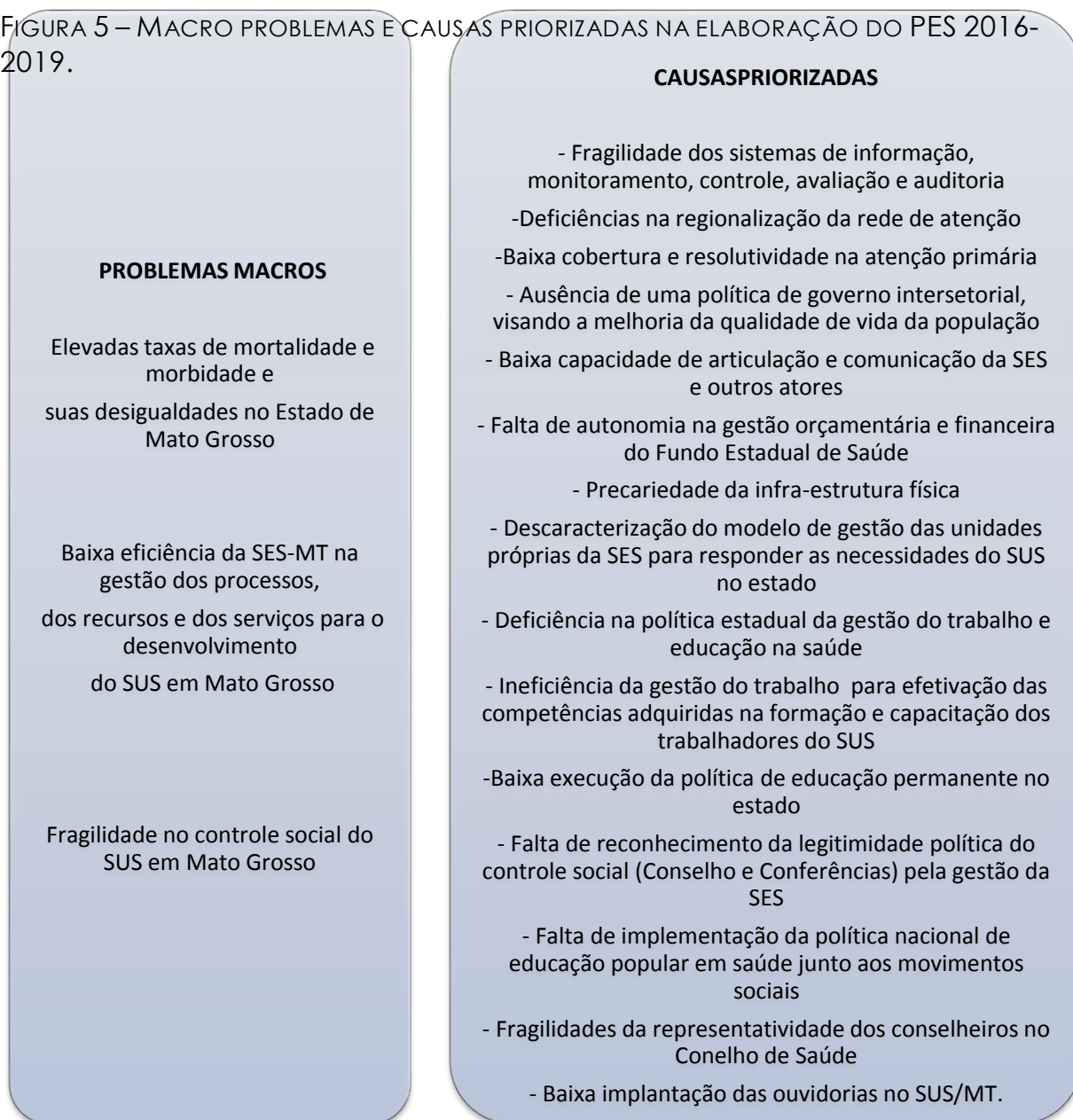
Fonte: Adaptada por Abreu-de-Jesus & Barbosa (2009)

Nas oficinas de elaboração do plano, que contou com o envolvimento dos diversos atores participantes, ocorreu o reconhecimento compreendendo problema como algo fora dos padrões de normalidade (Matus, 1993), o grupo condutor, mesmo reconhecendo as deficiências e as fragilidades dos dados e indicadores de saúde, realizou um “exame policêntrico da realidade”⁵, mapeou e descreveu alguns descritores, selecionando três problemas macros que expressam, numa

⁵ Exame policêntrico da realidade inicial segundo Matus (1993) é um reexame da visão global central, tendo em conta o processamento das análises realizadas na base social, nas instituições públicas e não públicas, nas quais o ator central do plano fixa sua posição e nela articula a explicação dos outros (Matus, 1993).

visão mais clínica e epidemiológica, as condições de saúde, as limitações e as fragilidades na gestão e organização do SUS no estado de Mato Grosso.

FIGURA 5 – MACRO PROBLEMAS E CAUSAS PRIORIZADAS NA ELABORAÇÃO DO PES 2016-2019.



dos problemas selecionados, (através das apresentações de indicadores demográficos, morbimortalidade, de recursos e serviços de saúde) e a explicação causal, onde foram identificadas e priorizadas as causas que passaram a determinar a definição dos objetivos, metas e ações a serem realizadas para alterações no estado de saúde da população (Figura 5).

II. Análise situacional PES 2016-2019

PE2 2019-2018

II. Análise situacional

II. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1. A organização da saúde no território mato-grossense

A organização administrativa do estado de Mato Grosso e as modificações na legislação, no final da década de 30, foi um importante marco na organização do setor saúde.

A alteração na legislação da área de Inspeção de Higiene para Diretoria Geral de Saúde Pública provocou reorientação nas prioridades do estado e permanecem presentes na organização do sistema estadual de saúde como a educação sanitária, o cuidado à maternidade e à infância, assistência aos loucos e presos, serviços médicos de urgência e médico legal, entre outras (Oliveira, 2013).

A crise na medicina previdenciária e na saúde pública no Brasil, na década de 70, levou vários municípios de Mato Grosso, como na maioria dos estados brasileiros, a movimentos por urgência em projetos alternativos de intervenção na atenção à saúde (Meirelles *et al.*, 1991).

O movimento para a redemocratização da sociedade brasileira, na década de 80, travado nas lutas para assegurar nas Constituições Federal, Estadual e na Lei Orgânica Municipal, a ampliação dos direitos sociais na perspectiva da construção do SUS, levou os profissionais da saúde, os professores universitários e os setores populares a se organizarem em Mato Grosso, em torno da Plenária Popular de Saúde para a reforma do sistema sanitário no estado.

As diversidades e as desigualdades dos municípios levaram a muitas limitações na reforma sanitária do estado, principalmente no detalhamento e avanços da legislação estadual de saúde, ficando para definições de leis complementares as especificidades municipais (Meirelles *et al.*, 1991).

A precariedade dos municípios em recursos econômicos, humanos, tecnológicos e outros, as fragilidades do detalhamento das especificidades municipais na legislação estadual de saúde, e a correlação de forças políticas dominantes na sociedade mato-grossense podem ter contribuído negativamente, com os processos de organização da atenção à saúde no estado, até os dias atuais.

A municipalização da saúde em Mato Grosso se deu antes mesmo da institucionalização do SUS, a partir de ajustes realizados das Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), adotado como modelo pioneiro por prefeituras de expressão como

Cuiabá e Rondonópolis. Esse processo foi desencadeado primeiramente como uma pré-municipalização com convênios firmados entre SES e as prefeituras (maio de 1989) e logo após, o que se denominou efetivamente de municipalização, através da assinatura de convênios de cessão de uso das unidades de saúde do estado e da cessão (transferência) de pessoal, celebrados com as prefeituras a partir de dezembro de 1990 (Oliveira, 2013).

O resultado da municipalização dos serviços de saúde em Mato Grosso, configurou segundo Meirelles *et al.* (1991), como um somatório da estrutura municipal com aquelas repassadas pelo estado, com base em decisão política de repasse de encargos e recursos, sem que se tenha planejado e elaborado um projeto que resultasse na construção de sistemas municipais de saúde com natureza e eficácia definida.

No decurso da municipalização em Mato Grosso, foram observados três tipos de estruturas municipais de saúde: Grupo I (municípios com estrutura municipal de serviços público de saúde, com legislação e experiência gerencial), compreendido de apenas seis municípios; Grupo II (municípios com precária estrutura, alguma base legal e pouca experiência gerencial) composto de aproximadamente 60% dos municípios e o Grupo III (municípios com quase ou sem estrutura, pequena base legal e sem experiência gerencial) compreendendo 30% dos municípios do Estado. Porém, todos os municípios tinham em comum a predominância da rede privada sobre a rede pública (Meirelles *et al.*, 1991).

A organização dos serviços de saúde em Mato Grosso acompanhou o processo de formação e desenvolvimento dos municípios. Os profissionais de saúde que procuravam trabalhos, ou eram encaminhados para uma unidade local, com vínculo empregatício com a SES ou prefeitura, logo inauguravam uma unidade de saúde, de caráter privado ou filantrópico. Esse processo resultou numa lógica de expansão do sistema público de saúde para atendimento das demandas da população, pela via complementar da rede privada, apoiada pelo estado e prefeituras (Oliveira, 2013).

Os modelos de intervenção temporária e centralizadas em recursos financeiros sobre os problemas de saúde pública, desde o fim do século XIX, identificadas por Maciel (2012) e Meirelles *et al.* (1991), parecem ainda frequentes nas tomadas de decisões do estado, nas formas de gestão dos serviços de saúde, em contratos com organizações sociais, consórcios, convênios, entre outros, quando baseados em demandas diversas às realidades e necessidades loco regionais, sem planejamento e programação que venha garantir a atenção à saúde da população e o desenvolvimento do SUS.

Reconhecer as características da federação brasileira, onde estados e municípios são constitucionalmente distintos como entes federativos, autônomos, sem subordinação hierárquica é de fundamental importância

no exercício das funções do estado. Esse reconhecimento torna necessária uma maior capacidade de articulação do governo, gestores e técnicos da Secretaria de Estado de Saúde para o desenvolvimento de um projeto sistêmico, que atenda às necessidades e as desigualdades presentes nos municípios.

Em Mato Grosso, como na maior parte dos estados brasileiros, a maioria dos municípios é de pequeno e médio porte e não possuem serviços de saúde suficientes para responder às necessidades da população, tornando um grande desafio para a Secretaria de Estado de Saúde, responder pelas demandas assistenciais em todos os níveis de atenção. Neste sentido, a descentralização e a regionalização dos serviços de saúde no Brasil foram uns dos princípios do SUS que mais se efetivaram desde a sua constituição (Noronha *et al.*, 2008).

Na saúde, a regionalização envolve fenômenos e critérios amplamente complexos. Entendido segundo Lima, Viana & Machado (2014), como um processo técnico e político de múltiplas dimensões que envolvem no território a distribuição de poder, planejamento, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde, numa diversidade espacial, integradas a diversos campos da atenção à saúde, articuladas às políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e redução das desigualdades regionais.

Na situação atual do setor saúde em Mato Grosso, se observa pouca valorização dos processos de planejamento, controle, regulação, instâncias de decisões colegiadas, implementação do processo de regionalização, entre outros (Scatena *et al.*, 2014). Porém, torna-se urgente investimentos em projeto de reestruturação dos processos de gestão, fortalecimento da estrutura organizacional da SES e desenvolvimento de pessoas para a implementação da política de saúde regionalizada, viabilizando a construção de coalização, consensos, cooperação, planejamento, programação e regulação da atenção à saúde, para dar conta da diversidade dos problemas a serem enfrentados no âmbito da saúde no estado.

2.1.1. Regionalização da Saúde em Mato Grosso

A regionalização é uma função do Estado que envolve a definição de recortes regionais para fins de planejamento e gestão. No Brasil, a regionalização da saúde ganha maior destaque político em 2006, a partir do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006).

Mato Grosso, antes mesmo da sua divisão em dois estados na década de 70, auxiliado por programas do Governo Federal, como o Programa de Desenvolvimento Integrado do Noroeste do Brasil (POLONOROESTE), desenvolveu projetos de colonização e desenvolvimento territorial em polos regionais, visando à reordenação da ocupação territorial, a colonização e o aceleração do desenvolvimento do capital (Murtinho, 1982).

Após a divisão do estado em 1979, o então sistema de saúde vigente em Mato Grosso era a somatória do modelo assistencial previdenciário privatista, do modelo sanitário do Ministério da Saúde e da saúde pública da Secretaria de Estado de Saúde (Kehrig *et al.*, 2014). A divisão administrativa do estado era para a SES, em meados dos anos 80, a estrutura regional de saúde composta de cinco polos regionais: Cuiabá, Rondonópolis, Cáceres, Diamantino e Barra do Garças.

Segundo Kehrig *et al.* (2014), a atuação dos polos regionais de saúde estava alinhada às funções que a própria SES exercia: coordenação e gestão das unidades de saúde localizadas nos municípios e vinculadas diretamente ao estado. Cabia aos polos regionais de saúde a realização de supervisões e funções restritas de "ente posto" da SES, sem participação nos processos de decisão na gestão regional.

Em 1987, já se reconfigurava uma nova conformação territorial na saúde⁶, com a criação de mais quatro polos: Porto Alegre do Norte, Juína, Tangará da Serra e Sinop. Nesse período, a partir dos mecanismos para a implantação das Ações Integradas de Saúde, foram criadas as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde para discutir problemas e participarem na gestão da política de saúde no espaço regional, ainda que de forma incipiente, aproximando os polos a um papel político rumo à regionalização (Gonzaga, 2002).

Em meados dos anos 90, Mato Grosso se configurou no cenário nacional com um plano de organização de sistemas regionais e sistemas

⁶ A composição dos Polos Regionais em municípios: Cuiabá (13 municípios), Rondonópolis (17 municípios), Cáceres (18 municípios), Diamantino (13 municípios) Barra do Garças (14 municípios), Porto Alegre do Norte (10 municípios), Juína (5 municípios), Tangará da Serra (11 municípios) e Sinop (25 municípios).

microrregionais de saúde visando a garantia dos princípios básicos do SUS e os avanços necessários nos processos de municipalização (Kehrig *et al.*, 2003).

O processo de regionalização da saúde no estado se constituiu, no período de 1995 a 2002, em concretas iniciativas políticas como projeto de governo, em um contexto político institucional favorável ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (Guimarães, 2002).

A reestruturação dos Polos Regionais de Saúde, em instâncias de representação regional desconcentradas, se deu em 1995, com novas finalidades e atribuições na articulação regional, levando a reforma administrativa da Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de saúde em 2001, na construção, fortalecimento e posterior ampliação dos Escritórios Regionais de Saúde (Bortolotto & Martins, 2000).

O Plano Diretor Regional de Saúde de Mato Grosso, em 2001, definiu o desenho das regiões de saúde abrangendo microrregiões como espaço territorial, geograficamente delimitado, contendo um conjunto de municípios e um escritório de saúde, que atendia uma diversidade de requisitos⁷. Cada **módulo** assistencial tinha seu município polo, definido como aquele que concentrasse ações e serviços de maior complexidade e de referência na microrregião (Kehrig *et al.*, 2003, p.129).

A Secretaria de Estado de Saúde conformou para efeito de planejamento da assistência, as regiões e microrregiões de saúde apresentadas no Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde de 2001, sendo aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite do estado⁸ e posteriormente mantidas na atualização do Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde de 2005⁹ (Quadro1).

Nesse processo, o estado de Mato Grosso foi definido como macro região, sendo configurado pelo conjunto de microrregiões e, com o papel estratégico de formulação e coordenação do macro sistema de saúde.

⁷Requisitos para compor uma região de saúde no plano regional de saúde: continuidade geográfica entre os municípios com garantia do acesso pelo sistema viário e identidade sociocultural; capacidade instalada de atenção à saúde e das ações de saúde coletiva; módulos assistenciais constituídos para garantir o primeiro nível de referência da atenção; uma rede de serviços do segundo nível de referência; capacidade de gestão, planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde e como critério político, a capacidade de articulação e pactuação na região (PDR- SES, 2001).

⁸ Resolução CIB nº 012 de 29 de junho de 2001.

⁹ Resolução CIB nº 055 de 15 de setembro de 2005.

QUADRO 1- REGIÕES DE SAÚDE, MICRORREGIÕES E MUNICÍPIOS POLARIZADORES. SES/MT, 2001.

Região de Saúde	Microrregiões componentes	Municípios Polarizadores
Leste	Baixo Araguaia Garça Araguaia Médio Araguaia	Barra do Garças
Centro Norte	Baixada Cuiabana Centro Norte Médio Norte Noroeste Mato-Grossense Vale do Arinos	Cuiabá Várzea Grande
Norte	Alto Tapajós Teles Pires Vale do Peixoto Norte Mato-Grossense	Sinop Sorriso
Oeste	Oeste Mato-Grossense	Cáceres
Sul	Sul Mato-Grossense	Rondonópolis

Fonte: PDR 2001e 2005 (SES/MT)

A regionalização da saúde no estado, por oito anos (1995 a 2002), se deu através do fortalecimento e qualificação dos sistemas municipais de saúde, cooperação técnica e financeira na implantação de modelos de atenção com ênfase na atenção primária, qualificação da municipalização, garantia de oferta de serviços especializados regional e estadual, parceria da gestão estadual com as secretarias municipais de saúde, criação de instâncias colegiadas de gestão estadual e regional de saúde que legitimaram espaço de interlocução, negociação e pactuação do estado com os municípios, consórcios intermunicipais de saúde, centrais de regulação do acesso à assistência, câmaras de compensação regional, programação pactuada integrada, instrumentos de planejamento e programação, transferência voluntária de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, entre outros (Kehrig *et al.*, 2003).

As instâncias colegiadas de gestão regional de saúde que passaram a ser denominadas em 2011 de Comissões Intergestores Regionais; a aplicação de recursos no desenvolvimento e fortalecimento do SUS; incentivos financeiros e técnicos, normas e construção de processos regulatórios do sistema estadual de saúde, dentre outras estratégias, marcaram a institucionalização da regionalização da saúde em Mato Grosso, no período de 1995 a 2002 (Lima, Viana & Machado, 2014).

Após esse período, observou-se que o desenvolvimento dos princípios e diretrizes que fundamentaram a regionalização da saúde em Mato Grosso foi se descaracterizando, e alguns dos fatores que mais contribuíram para esse processo foram: fragilidades na condução da política estadual,

alta rotatividade de gestores e profissionais nas secretarias municipais e Secretaria estadual de saúde, interferências política partidárias de âmbito estadual e rupturas na gestão estadual ao longo do tempo (Scatena *et al.*, 2014).

Em 2006, a Secretaria de Estado de Saúde, através da Secretaria executiva da CIB desenvolveu projeto de fortalecimento e qualificação da gestão regionalizada e solidaria do SUS em Mato Grosso, com incentivos do Ministério da Saúde, visando apoio aos municípios no processo de organização e desenvolvimento do Pacto pela Saúde (Fernandes, 2014).

O desenvolvimento desse projeto aconteceu nas regiões de saúde através de encontros regionais durante os anos de 2006 e 2007, envolvendo gestores e técnicos dos municípios, dos escritórios regionais e conselheiros de saúde, para identificação de potencialidades e dificuldades das regiões, como também, a construção de uma agenda prioritária para a implantação dos termos do pacto com os municípios e o estado.

As dificuldades identificadas e descritas nesses encontros regionais por Fernandes (2014), como a escassez e rotatividade de recursos humanos, estrutura e equipamento de saúde insuficiente e inadequada, falta de autonomia dos secretários municipais de saúde na gestão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, baixa efetividade do sistema de referência e contra referência da alta complexidade, entre outras podem corroborar com a análise da institucionalização da regionalização da saúde em Mato Grosso, no período de 1995 a 2002, e a descaracterização que esse processo sofreu a partir desse período.

Em 2012, a CIB aprovou a alteração do desenho das regiões de saúde¹⁰, constituindo assim uma nova configuração, apresentada no quadro 2.

QUADRO 2- REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO, 2012.

Regiões de Saúde	Município Sede das Regiões
1. Alto Tapajós	Alta Floresta
2. Baixada Cuiabana	Cuiabá
3. Baixo Araguaia	Porto alegre do Norte
4. Norte Araguaia Karajá	São Felix do Araguaia
5. Centro Norte Mato-grossense	Diamantino
6. Garça Araguaia	Barra do Garças
7. Médio Araguaia	Água Boa

¹⁰ Resolução CIB nº 065 de 03 de abril de 2012.

8. Médio Norte Mato-grossense	Tangará da Serra
9. Norte Mato-grossense	Colíder
10. Noroeste Mato-grossense	Juína
11. Oeste Mato-grossense	Cáceres
12. Sudoeste Mato-grossense	Pontes e Lacerda
13. Sul Mato-grossense	Rondonópolis
14. Teles Pires	Sinop
15. Vale do Arinos	Juara
16. Vale Peixoto	Peixoto de Azevedo

Fonte: Anexo único da resolução CIB nº 065 de 03/4/2012, CIB-MT.

Uma das considerações que motivaram a alteração do desenho das regiões de saúde foi o Decreto 7.508¹¹ (2011), o qual compreende região de saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para constituir uma região de saúde segundo o Decreto 7.508 (2011), a região deve conter no mínimo ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

As regiões e microrregiões de saúde constituídas no Plano Diretor de Regionalização da Assistência em 2001, que foram mantidas na atualização do plano de 2005, quando comparadas com as regiões de saúde constituídas em 2012, possibilitou observar que as microrregiões foram transformadas em regiões de saúde, criando mais duas (quadro 03).

As duas regiões de saúde criadas foram Norte Araguaia Karajá (município sede São Felix do Araguaia) e Sudoeste Mato-grossense (município sede Pontes Lacerda) como um desdobramento das regiões Oeste Mato-grossense (município sede Cáceres) e Baixo Araguaia (município sede Porto Alegre do Norte), respectivamente (Scatena *et al.*, 2014).

No entanto, não foram identificados registros sistematizados e disponibilizados, apontando os critérios e conteúdos utilizados na conformação dessas regiões de saúde e se essa estrutura, na composição de seus municípios, (ver figura 6) encontra-se adequada às prerrogativas do

¹¹ Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 (19/09/1990), para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Decreto 7.508, cabendo assim, maiores investigações quanto aos elementos necessários para se instituir regiões de saúde.

Demandas atuais, como a apresentada pela Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso¹² reforçam a necessidade de estudos para a conformação das regiões de saúde, de modelos de gestão e regionalização da atenção à saúde que atenda às necessidades da população no âmbito dos seus espaços territoriais.

¹² Memorando circular nº 026/2015/SE/CIB/SES/MT, de 24/08/2015.

QUADRO 3 - REGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE EM MATO GROSSO SEGUNDO RESOLUÇÕES DA CIB-MT Nº 012 (29/06/2001), Nº 055 (15/09/2005) E Nº 65/2012 (03/04/ 2012).

Resolução CIB-MT 012/2001 e 055/2005 (PDR – 2001 e 2005)			Resolução CIB 065/2012	
Região de saúde	Microrregião componente	Município polarizador	Região de saúde	Município sede
Região Leste	Baixo Araguaia Garças Araguaia Médio Araguaia	Barra do Garças	Baixo Araguaia Garças Araguaia Médio Araguaia	Porto Alegre Norte Barra do Garças Água Boa
Região Centro Norte	Baixada Cuiabana Centro Norte Médio Norte Noroeste Mato-grossense Vale do Arinos	Cuiabá e Várzea Grande	Baixada Cuiabana Centro Norte Mato-grossense Médio Norte Mato-grossense Noroeste. Mato-grossense Vale do Arinos	Cuiabá Diamantino Tangará da Serra Juína Juara
Região Norte	Alto Tapajós Teles Pires Vale do Peixoto Norte Mato-grossense	Sinop e Sorriso	Alto Tapajós Teles Pires Vale do Peixoto Norte Mato-grossense	Alta Floresta Sinop Peixoto de Azevedo Colíder
Região Oeste	Oeste Mato-grossense	Cáceres	Oeste Mato-grossense	Cáceres
Região Sul	Sul Mato-grossense	Rondonópolis	Sul Mato-grossense Norte Araguaia Karajá Sudoeste Mato-grossense	Rondonópolis São Félix do Araguaia Pontes e Lacerda

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados PDR – 2001 e 2005 e Resolução CIB nº 065 de 03/4/2012.

FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS POR REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO SEDE DA REGIÃO. MATO GROSSO, 2012.



QUADRO 4 - RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR REGIÃO DE SAÚDE E MUNICÍPIO SEDE EM MATO GROSSO.

Baixada Cuiabana (Município sede CUIABÁ)	Sul Mato-grossense (Município sede RONDONÓPOLIS)	Garça Araguaia (Município sede BARRA DO GARÇAS)	Oeste Mato-grossense (Município sede CÁCERES)	Teles Pires (Município sede SINOP)	Baixo Araguaia (Município sede PORTO ALEGRE DO NORTE)	Médio Norte Mato-grossense (Município sede TANGARA DA SERRA)	Centro Norte Mato-grossense (Município sede DIAMANTINO)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuiabá 2. Acorizal 3. Barão de Melgaço 4. Chapada dos Guimarães 5. Jangada 6. Nossa Senhora do Livramento 7. Nova Brasilândia 8. Planalto da Serra 9. Poconé 10. Santo Antônio do Leverger 11. Várzea Grande 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rondonópolis 2. Alto Araguaia 3. Alto Garças 4. Alto Taquari 5. Araguaína 6. Campo Verde 7. Dom Aquino 8. Guiratinga 9. Itiquira 10. Jaciara 11. Juscimeira 12. Paranatinga 13. Pedra Preta 14. Poxoréo 15. Primavera do Leste 16. Santo Antônio do Leste 17. São José do Povo 18. São Pedro da Cipa 19. Tesouro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Barra do Garças 2. Araguaiana 3. Campinápolis 4. General Carneiro 5. Nova Xavantina 6. Novo São Joaquim 7. Pontal do Araguaia 8. Ponte Branca 9. Ribeirãozinho 10. Torixoréu <p>Vale do Arinos (Município sede JUARA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Juara 2. Novo Horizonte do Norte 3. Porto dos Gaúchos 4. Tabaporã 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cáceres 2. Araputanga 3. Curvelândia 4. Glória D'Oeste 5. Indivaí 6. Lambari D'Oeste 7. Mirassol d'Oeste 8. Porto Esperidião 9. Reserva do Cabaçal 10. Rio Branco 11. Salto do Céu 12. São José dos Quatro Marcos <p>Altos Tapajós (Município sede ALTA FLORESTA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alta Floresta 2. Apiacás 3. Carlinda 4. Nova Bandeirantes 5. Nova Monte Verde 6. Paranaíta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sinop 2. Cláudia 3. Feliz Natal 4. Ipiranga do Norte 5. Itanhangá 6. Lucas do Rio Verde 7. Nova Mutum 8. Nova Ubiratã 9. Santa Carmem 10. Santa Rita do Trivelato 11. Sorriso 12. Tapurah 13. União do Sul 14. Vera <p>Vale Peixoto (Município sede PEIXOTO DE AZEVEDO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peixoto de Azevedo 2. Garantã do Norte 3. Matupá 4. Novo Mundo 5. Terra Nova do Norte 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porto Alegre do Norte 2. Canabrava do Norte 3. Confresa 4. Santa Cruz do Xingu 5. Santa Terezinha 6. São José do Xingu 7. Vila Rica <p>Médio Araguaia (Município sede ÁGUA BOA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Água Boa 2. Bom Jesus do Araguaia 3. Canarana 4. Cocalinho 5. Gaúcha do Norte 6. Nova Nazaré 7. Querência 8. Ribeirão Cascalheira 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tangará da Serra 2. Arenópolis 3. Barra do Bugres 4. Campo Novo do Parecis 5. Denise 6. Nova Marilândia 7. Nova Olímpia 8. Porto Estrela 9. Santo Afonso 10. Sapezal <p>Sudoeste Mato-grossense (Município sede PONTES E LACERDA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pontes e Lacerda 2. Campos de Júlio 3. Comodoro 4. Conquista D'Oeste 5. Figueirópolis D'Oeste 6. Jauru 7. Nova Lacerda 8. Rondolândia 9. Vale de São Domingos 10. Vila Bela da Santíssima Trindade 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diamantino 2. Alto Paraguai 3. Nobres 4. Nortelândia 5. Nova Maringá 6. Rosário Oeste 7. São José do Rio Claro <p>Norte Mato-grossense (Município sede COLÍDER)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colíder 2. Itaúba 3. Marcelândia 4. Nova Canaã do Norte 5. Nova Guarita 6. Nova Santa Helena <p>Noroeste Mato-grossense (Mun. Sede JUINA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Juína 2. Aripuanã 3. Brasnorte 4. Castanheira 5. Colniza 6. Cotriguaçu 7. Juruena

Fonte: Anexo III, Decreto nº 199 (21/06/2015), DO-MT

2.1.2 Gestão dos serviços de saúde em Mato Grosso

O SUS compreende um modelo público de prestação de serviços e ações de saúde que envolve a participação de gestores, prestadores, trabalhadores da saúde e usuários (Noronha *et al.*, 2004).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde, quanto às funções gestoras do SUS, definiu o termo gestão como atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal) e gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde prestadora de serviços do SUS (CONASS, 2003).

Dentre as funções gestoras do SUS podem-se identificar quatro grandes grupos: formulação de políticas e planejamento; coordenação; financiamento, regulação, controle e avaliação; e prestação direta de serviços de saúde. Todas compreendidas como as principais macro funções gestoras do SUS (CONASS, 2003).

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso é o órgão gestor responsável pelo comando do Sistema Único de Saúde (SUS-MT) no estado e para tanto dispõe de uma macro estrutura organizacional¹³ composta por sub unidades de níveis de decisão colegiada, direção superior, estratégico e especializado, assessoramento, administração sistêmica, execução programática de administração regionalizada e desconcentrada.

Classificam-se como unidades desconcentradas na estrutura organizacional da SES, as unidades próprias de saúde, prestadoras de serviços especializados que compõem a rede de atenção à saúde com gestão estadual:

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS);
- Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC);
- Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade (CERMAC);
- Laboratório Central - LACEN;
- MT- Hemocentro;
- Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS);
- Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE);
- Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU);
- Hospital Regional de Rondonópolis "Irmã Elza Giovanella";
- Hospital Regional de Sorriso;

¹³ Decreto nº 199 de 21 de julho de 2015. Diário oficial do estado de Mato Grosso, 21/07/2015, nº 26580.

- Hospital Regional de Cáceres “Doutor Antonio Carlos Souto Fontes”;
- Hospital Regional de Colíder;
- Hospital Regional de Água Boa
- Hospital Metropolitano “Lousite Ferreira da Silva”.

Algumas dessas unidades de saúde exercem a função de prestação de serviços e ações especializadas de referência laboratorial, ambulatorial e hospitalar, integrando a rede de atenção do estado e a função de coordenação ou de apoiador na implantação dos serviços especializados no âmbito do SUS, como o Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa (CRIDAC), que presta assistência e coordena a política estadual de reabilitação para a oferta de serviços especializados em reabilitação física, auditiva e intelectual em todo o estado.

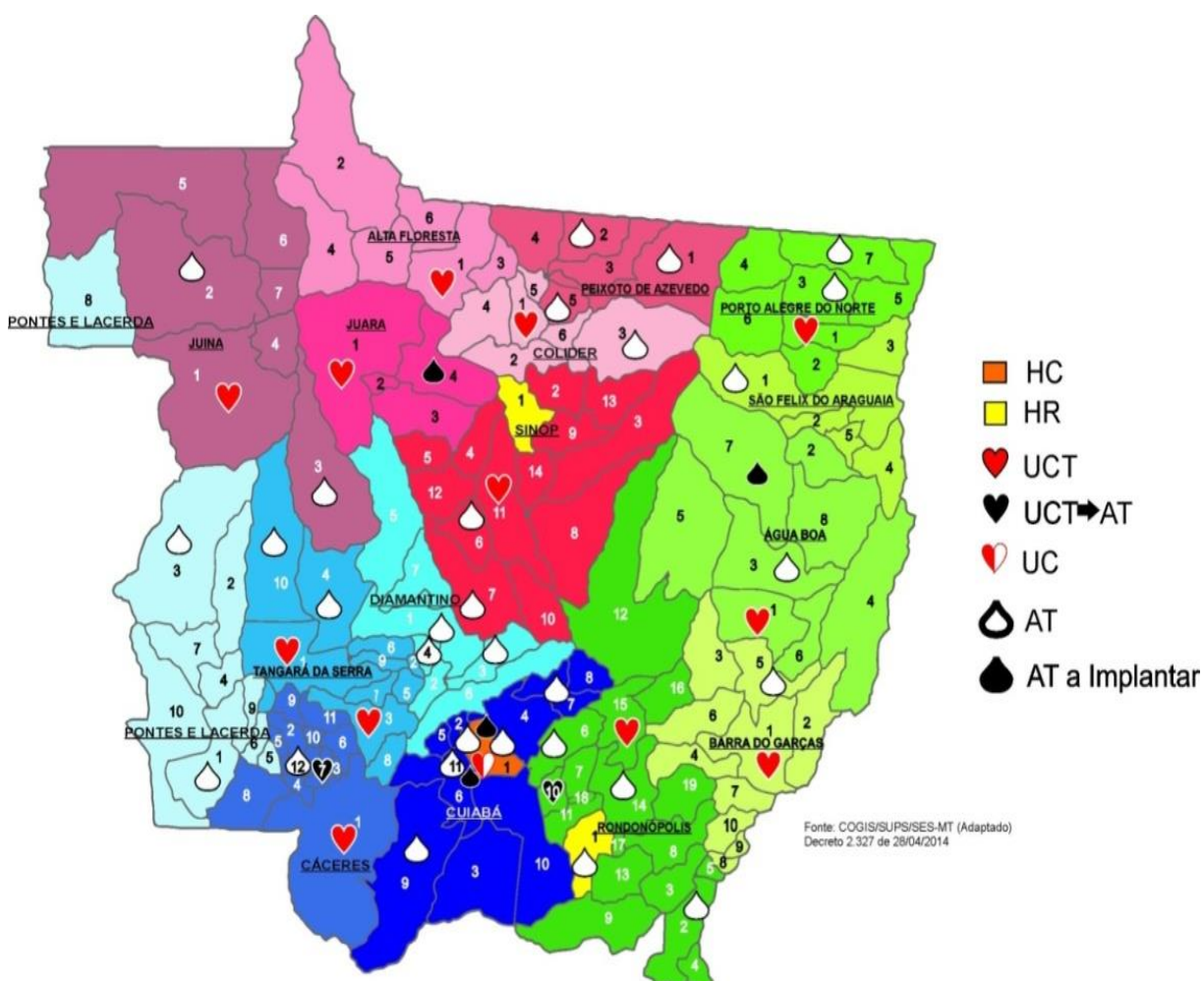
O Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS) presta serviços de referência ambulatorial e hospitalar em saúde mental no Estado de Mato Grosso, exercendo também, a função de apoiador técnico na implementação desses serviços na rede de atenção.

O Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade (CERMAC) presta serviços de referência ambulatorial especializado, exercendo também, a função de apoiador técnico aos municípios na implementação desses serviços na rede de atenção.

O Laboratório Central (LACEN) desenvolve a função de referência para ações laboratoriais de vigilância em saúde e de coordenador da rede estadual de laboratórios que realizam análises laboratoriais de interesse da saúde pública no estado.

O MT- Hemocentro além de prestar serviços ambulatoriais e laboratoriais de hematologia e hemoterapia como referência para toda a rede de atenção à saúde no estado, exerce a função de coordenação da política estadual de hematologia e hemoterapia, e igualmente, coordena os serviços e ações de saúde que compõem a hemorrede pública de Mato Grosso (Figura 7).

Figura 7 - Distribuição da hemorrede pública de Mato Grosso por regiões de saúde e município sede da região, 2015.



Legenda: HC - Hemocentro Coordenador; HR - Hemocentro Regional (novo); UCT - Unidade de Coleta e Transusão; AT - Agencia Transfusional; UC - Unidade de Coleta; UCT-AT Unidade de Coleta e Transusão.

Os Hospitais regionais de Rondonópolis “Irmã Elza Giovanella”, de Sorriso, de Cáceres “Doutor Antônio Carlos Souto Fontes”, de Colíder, de Água Boa e o Hospital Metropolitano “Lousite Ferreira da Silva” em Várzea Grande, pertencem à rede própria da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e compõem a rede de serviços hospitalares que integram a atenção hospitalar regionalizada.

A rede de atenção hospitalar regionalizada encontra-se composta atualmente por um conjunto de hospitais com funções de referência à assistência hospitalar nas regiões de saúde (quadro 5), com diferentes formas de contratos de gestão.

QUADRO 5- HOSPITAIS DE REFERÊNCIA REGIONAL, REGIÃO DE SAÚDE DE LOCALIZAÇÃO E Nº DE MUNICÍPIOS QUE COMPÕEM A REGIÃO, MATO GROSSO, 2015.

Unidade hospitalar	Região de saúde de localização	Nº Municípios
Hosp. Regional de Alta Floresta- Albert Sabin	Alto Tapajós	06
Hospital Metropolitano Lousite F. da Silva	Baixada Cuiabana	11
Hospital Municipal Porto Alegre do Norte	Baixo Araguaia	07
Hospital Filantrópico de Diamantino	Centro Norte Mato-grossense	07
Hospital Municipal de Barra do Garças	Garça do Araguaia	10
Hospital Regional de Água Boa	Médio Araguaia	08
Hospital Tangará da Serra	Médio Norte Mato-grossense	10
Hosp. Regional de Colíder	Norte Mato-grossense	06
Hosp. Municipal São Félix do Araguaia	Norte Araguaia Karajá	05
Hosp. Regional de Cáceres – Dr. Antônio Fontes	Oeste Mato-grossense	12
Hosp. Regional de Rondonópolis - Elza Giovanella	Sul Mato-grossense	19
Hosp. Regional de Sinop	Teles Pires	14
Hosp. Regional de Sorriso		
Hospital Municipal de Juara	Vale do Arinos	04
Hosp. Vale do Guaporé - Pontes Lacerda	Sudoeste Mato-grossense	10
Hospital Municipal Juína	Noroeste Mato-grossense	07
Hospital Municipal Peixoto de Azevedo	Vale do Peixoto	05

Fonte: SAS/SAR/SES/2015

Dentre os inúmeros obstáculos enfrentados pela saúde pública brasileira, conforme estudos de Romano & Scatena (2014), Mato Grosso defrontou-se com a dificuldade de manutenção de um modelo de gestão pública hospitalar eficiente e eficaz, que respondesse as necessidades de saúde da população de forma direta sem a participação do setor privado.

Nas últimas décadas, o estado adotou diferentes formas de contratos de gestão para os hospitais de natureza jurídica institucional de caráter público. A partir de 1995, a modalidade mais praticada foi a gestão por consórcios intermunicipais de saúde (CIR). Com o declínio da gestão regionalizada da rede

de atenção e a ampla participação do setor privado no âmbito do SUS, a partir de 2011, o estado aderiu ao sistema de gestão hospitalar por contratos de organização social (OS).

Os consórcios intermunicipais foram considerados como uma das estratégias de regionalização da saúde em Mato Grosso, utilizados como forma de articulação e mobilização entre estado e municípios, para o desenho de uma rede de atenção que levou em consideração as necessidades de saúde e as características geográficas regionais (Botti et al., 2004).

O modelo de gestão por consórcios intermunicipais de saúde em Mato Grosso foi introduzido num período em que a regionalização da saúde mais se consolidou no estado, como formalização de pactos cooperativos intergovernamentais, para o provimento de serviços de especialidades médicas de referência para a atenção básica.

No período 1995 a 2002, ocorreu um amplo processo de construção de viabilidades políticas e técnicas entre estado e municípios, visando à interiorização e a regionalização da oferta dos serviços assistenciais de referência. A construção desse modelo até o ano 2002, se deu por meio de investimentos na infraestrutura dos serviços básicos e especializados, de assistência regional e microrregional, da cooperação técnica e financeira com os municípios, da gestão e planejamento regionalizado na implantação de modelos de atenção (Mota, 2002).

Nesse período, segundo Guimarães (2002), o processo de formação dos consórcios em Mato Grosso foi incremental e bastante influenciado pela capacidade de estímulo, planejamento e mobilização da gestão estadual para viabilizar consensos, demonstrando o aumento da resolubilidade nos serviços de referência ambulatorial e hospitalar em um número expressivo de especialidades de média e alta complexidade em Mato Grosso.

O primeiro consórcio foi constituído em 1995, na Região Teles Pires tendo como referência, o Hospital Regional de Sorriso. Até o ano 2006, somava-se um total de quinze consórcios públicos no SUS em Mato Grosso, permanecendo ainda esse número até o ano de 2015. Os consórcios foram criados em cada região, em tempos e formas variadas de organização e gestão dos serviços de saúde, atendendo a 80,1% (125) dos municípios e representando 65,2% da população do estado (Botti et al., 2004). Quadro 6.

QUADRO 6- CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO, POR MUNICÍPIO SEDE E ANO DE CONSTITUIÇÃO EM MATO GROSSO.

Consórcio	Município Sede	Ano de Constituição	Natureza
Teles Pires* ¹	Sorriso	1995	Estadual
Alto Tapajós	Alta Floresta	1997	Municipal
Baixo Araguaia	Confresa	1997	Municipal
Médio Araguaia	Água Boa	1998	Estadual
Oeste de Mato Grosso	Cáceres	1998	Estadual
Sul Mato Grosso	Rondonópolis	1998	Estadual
Médio Norte	Tangará da Serra	1998	Municipal
Norte Mato Grosso	Colíder	1999	Estadual
Vale do Peixoto	Peixoto de Azevedo	1999	Municipal
Garças do Araguaia	Barra do Garças	2000	Municipal
Araguaia	São Felix Araguaia	2002	Municipal
Vale do Juruena	Juína	2002	Municipal
Vale do Arinos	Juara	2004	Municipal
Vale do Guaporé	Pontes e Lacerda	2006	Privado* ²
Centro Norte	Diamantino	2006	Filantrópica

Fonte: Botti *et al.*, 2004. p.270.

Notas: (*¹) A região de saúde de Teles Pires possui mais um consórcio com município sede em Sinop; (*²) Hospital Vale do Guaporé de natureza privada e contratualizado pelo estado.

Ao longo dos últimos anos, a fragilidade no acompanhamento de desempenho dos Consórcios pela gestão estadual, devido ao não controle dos recursos financeiros aplicados, do não cumprimento dos protocolos assistenciais, da desarticulação entre os processos de gestão para com as diretrizes do SUS, entre outros, apontaram para a necessidade de reconstituir os Consórcios na perspectiva de ordenação da rede de atenção regionalizada, estabelecendo mecanismos de planejamento e gestão por região de saúde e sua consolidação nas instâncias de decisões colegiadas das regionais.

Em novembro de 2015, foi apresentado à Comissão Intergestores Bipartite, em resposta às suas demandas¹⁴, uma síntese da situação dos consórcios intermunicipais de saúde em Mato Grosso¹⁵, onde foi pactuada uma agenda de prioridades:

- ✓ Atualização da legislação estadual e padronização do plano operativo ou plano de metas de acordo com a legislação vigente;

¹⁴ Memorando circular nº 026/2015/SE/CIB/SES/MT, de 24/08/2015.

¹⁵ Apresentação em slides na CIB- MT, pela Superintendência de Gestão Regional/SES/novembro de 2015.

- ✓ Elaboração de manual com as orientações da legislação e protocolo de intenções;
- ✓ Definição dos padrões de financiamento, dos critérios e das tabelas praticadas; integração das ações dos CIS junto a PPI, Controle e Avaliação e Regulação na Região;
- ✓ Elaboração do fluxo interno dos processos de convênios e PAICI;
- ✓ Revisão do papel da SES na gerência e gestão dos hospitais (próprios, municipais e filantrópicos);
- ✓ Desenvolvimento de sistema de informação e tecnologias no monitoramento dos CIS;
- ✓ Unificação dos processos da contratualização dos serviços, entre outros encaminhamentos.

Os contratos de gestão por Organização Social (OS) no SUS Mato Grosso teve início no ano 2011, em um cenário político institucional instável no campo da saúde pública, com diversas crises no financiamento, controle e organização da rede de serviços de saúde. Meio a uma arena de tensões (Matus, 1993), entre governo, gestores, trabalhadores, prestadores e usuários aconteceram o primeiro contrato de gestão de OS para o Hospital Metropolitano de Lousite F. da Silva, em maio de 2011.

Apesar do Decreto estadual nº 199 de 21 de julho de 2015, regulamentar modelos de gestão diretos ou indiretos, através de contratos de gestão (para os Hospitais Regionais de Rondonópolis, de Sorriso; de Cáceres e de Colíder), e modelo de consórcio intermunicipal de saúde do Médio Araguaia (para o Hospital Regional de Água Boa), não se pode desprezar a necessidade de maiores estudos e avaliações das experiências vivenciadas no estado, para subsidiar a tomada de decisão quanto aos modelos de gestão a serem adotados.

Análises preliminares de possíveis irregularidades ou inadimplência nas obrigações contratuais levou o governo do estado a adotar medidas de intervenção e ocupação temporária em algumas das unidades com contrato de gestão executados por OS, conforme apresentação no quadro 7.

QUADRO 7- HOSPITAIS REGIONAIS EM CONTRATO DE GESTÃO OS, DATA DE VIGÊNCIA DO CONTRATO E A SITUAÇÃO ATUAL. MATO GROSSO, 2015

Unidade de Saúde	Início de vigência	Situação	Data ocorrência
Hosp. Regional de Rondonópolis	01/07/2011	Vigente	-
Hosp. Regional de Cáceres	03/10/2011	Vigente	-
Hosp. Metropolitano Lousite F. Silva	02/05/2011	Ocupação	01/05/2014
Hosp. Regional de Sorriso	09/04/2012	Intervenção	08/06/2015
Hosp. Regional de Sinop	02/07/2012	Intervenção	05/11/2014
Hosp. Regional Alta Floresta	01/12/2012	Intervenção	05/05/2014
		Ocupação	01/05/2015
Hosp. Regional de Colíder	01/02/2013	Intervenção	05/05/2014
		Ocupação	01/05/2015

Fonte: CPCG/SES/novembro de 2015

Essa situação demonstra a necessidade da SES, enquanto órgão gestor do sistema público de saúde em Mato Grosso, consubstanciar por meio de análise situacional bem fundamentada e coerente com os princípios do SUS, suas tomadas de decisões em relação aos tipos de gestão a serem adotados nos serviços de saúde, bem como, promover a reestruturação e a reorganização da oferta da atenção hospitalar regionalizada.

Outro aspecto relevante a ser observado pela gestão do SUS é a concentração de serviços hospitalares em municípios de grande porte como Cuiabá, Várzea Grande e Rondonópolis, nas regiões da Baixada Cuiabana (21,5%) e Sul Mato-grossense (15,3%) e a elevada proporção de hospitais de pequeno porte no estado, com menos de 50 leitos (74,9%). Quadro 8.

QUADRO 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS POR NÚMEROS DE LEITOS SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE. MATO GROSSO, 2015.

Região de saúde	Leitos					Total
	≤ 20		21 a 50	>50		
	n	%	n	%	n	
Médio Araguaia	0	0,0	5	0,0	0	1

Região de saúde	Leitos						Total
	≤ 20		21 a 50		>50		
	o	o	o	o	o	o	
Alto Tapajós		2,5		3	7,5		8
Garças Araguaia		0,0		4	0,0	0,0	1
Oeste Mato-grossense		7,5		3	7,5	5,0	8
Norte Mato-grossense		0,0		3	0,0	0,0	5
Baixada Cuiabana		5,7		8	2,9	8	3
Centro Norte Mato-grossense				3	0,0	0,0	5
Vale do Arinos		0,0		2	3,3	6,7	6
Noroeste Mato-grossense		5,5		5	5,5	,1	1
Vale do Peixoto		0,0		2	0,0	0,0	5
Sudoeste Mato-grossense		0,0		3	0,0	0,0	5
Baixo Araguaia		0,0		2	0,0		4
Sul Mato-grossense		0,0	5	1	0,0	0,0	2
Norte Araguaia Karajá				1	00,0		1
Teles Pires		5,4		7	3,8	0,8	3
Médio Norte Mato-grossense		6,7		6	0,0	3,3	1
Total	0	0,7	2	7	4,2	1	5,2
							63

Fonte: CNES/DATASUS/2015

Esses índices apontam para a reflexão de como promover a reestruturação e a reorganização da oferta da atenção hospitalar regionalizada com tamanha desigualdade no estado e deficiências na oferta de assistência hospitalar no interior do estado.

Nesse sentido, encontram-se movimentos e estudos para definição de estratégias de qualificação e investimentos para ampliar o acesso à assistência hospitalar e a eficiência dos serviços hospitalares no SUS Mato Grosso.

A iniciativa de implantar uma política de incentivos para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) com até 50 leitos, tem sido uma das medidas em discussão no âmbito da SES, para propiciar a organização da rede regionalizada de atenção à saúde, de forma articulada com a atenção primária, como retaguarda das unidades básicas de saúde no trato de pacientes clínicos estabilizados, para referência aos hospitais regionais.

No entanto, há necessidade de estudos mais aprofundados e maior reflexão sobre as possibilidades de promover a reorganização da oferta da atenção à saúde para reduzir as desigualdades entre as regiões de saúde, respeitando os princípios de economia de escala e escopo, para ampliar a capacidade de gestão dos municípios em relação aos serviços especializados ambulatorial e hospitalar e melhorar o acesso à assistência no SUS em Mato Grosso.

Outros aspectos relevantes a serem analisados sobre a participação do setor privado na saúde em Mato Grosso, são relativos à compra de serviços complementares ao SUS. Em 2011, estudos já apontavam a expressiva participação do setor privado/filantrópico no SUS em Mato Grosso, onde foi observado que a participação desse setor na provisão ambulatorial de média e alta complexidade, em localidades com maior concentração desses estabelecimentos, como o caso do município de Cuiabá, era maior que os serviços ambulatoriais prestados pela rede pública (51,6%) e majoritária na provisão de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em 74,6% (Romano & Scatena, 2014).

Em 2011, 40 municípios do estado não possuíam estabelecimentos com atendimentos de apoio diagnóstico e terapêutico. Dos demais municípios, Cuiabá concentrou quase 20,0% desses estabelecimentos e outros 51 municípios, apenas 0,3%, indicando problemas de distribuição e de acesso à atenção especializada no âmbito do estado (Romano & Scatena, 2014).

Essa situação somada a outros fatores possibilitou, na última década, a manutenção de um espaço para o setor privado dentro do sistema público de

saúde no estado, muitas vezes por demandas judiciais e pagamentos administrativos, sem que houvesse mecanismos de controle e regulação.

A ausência de mecanismos explícitos de regulação e controle na participação do setor privado na rede complementar do SUS em Mato Grosso, nos últimos anos, gerou situações conflituosas e nebulosas na arena das negociações e das pactuações para provisão de serviços especializados de atenção à saúde, envolvendo gestores e provedores de serviços da rede complementar.

Segundo Romano & Scatena (2014), na relação pública e privada, geralmente se estabelece um sistema de compra de serviços por preços arbitrários que reduzem a capacidade do gestor intervir nas prioridades de atendimento e no fluxo de pessoas a serem atendidas, além da tendência dos prestadores privados selecionarem casos e procedimentos rentáveis, recusando os menos lucrativos. Isso somente será minimizado mediante o exercício da função reguladora do estado, direcionando a rede complementar de serviços às reais demandas e necessidades do SUS e não aos interesses de grupos do mercado da saúde.

Nessa relação de compra de serviços, cabe ao estado, enquanto gestor do SUS, cumprir a legislação vigente controlando e regulando a prestação de serviços do setor privado/filantrópico no sistema público de saúde, mediante termos explícitos de colaboração, contratos ou convênios, em prol do interesse público e do bom desempenho do SUS, atendendo às necessidades de saúde da sua população, como previsto na Constituição Federal.

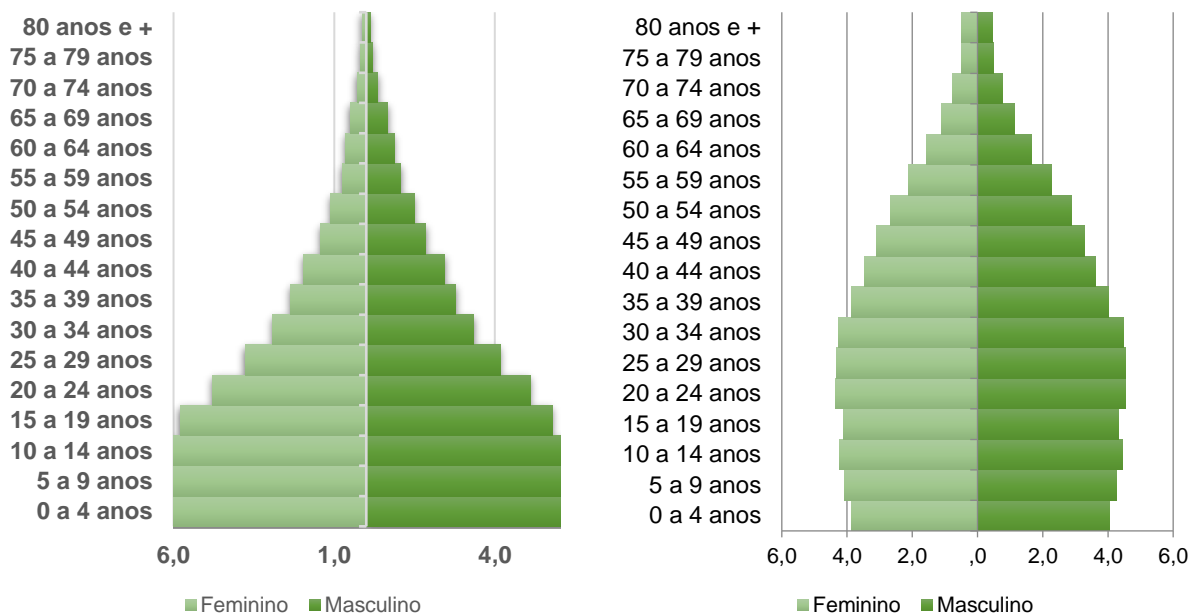
A organização do sistema de redes de atenção e de regulação da oferta de forma articulada e regionalizada a partir da atenção básica, deve se dar no reconhecimento das diferenças da disponibilidade de serviços e das necessidades da população por região, para elaboração de uma programação de saúde regionalizada, eficiente e hierarquizada.

2.2. Transição demográfica em Mato Grosso e os índices de mortalidades específicas: evitar mortes prematuras e promover longevidade com qualidade de vida.

O estado de Mato Grosso está localizado na região Centro-Oeste e conta com uma área territorial de 903.329,70 km², cuja densidade demográfica

é igual a 3,36 habitante/km². Em 2015, o IBGE estimou sua população em 3.265.486 habitantes¹⁶. A distribuição demográfica destes aproximados 3 milhões de habitantes difere substancialmente daquela observada nos anos 80 do século XX (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Pirâmide demográfica de Mato Grosso – 1980 – 2015



Fonte : IBGE-Censo Demográfico e Projeções da população do Brasil e Unidades da Federação para o período de 2000-2030

A distribuição da população em 1980, segundo o sexo e faixa etária, apontava para um estado em rápida expansão demográfica. A base alargada da pirâmide populacional, acompanhada de seu ápice estreito, indicava reduzida expectativa de vida ao nascer.

Na análise comparativa das pirâmides apresentadas observa-se que a transição demográfica está em curso no estado e o padrão construtivo típico de sociedades em processo de envelhecimento está se consolidando no século XXI. A constrição demográfica identificada na pirâmide de 2015 caracteriza-se pelo estreitamento progressivo da sua base correspondente aos indivíduos com idade entre 0 e 4 anos e nascidos entre os anos 2011 e 2015. Este fenômeno é facilmente

¹⁶ Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

observado diante da comparação desta com a barra equivalente aos indivíduos que nasceram entre 1996 e 2000, cuja idade corresponde ao grupo etário de 15 a 19 anos.

Em 2015, a tendência demográfica constritiva foi reforçada pela proporção de menores de 5 anos (7,92%) e de idosos (8,92%); os 36 idosos para cada 100 indivíduos com idade inferior a 15 anos sinalizou um ritmo acelerado do envelhecimento da população requerendo políticas públicas efetivas de saúde e de previdência que visem reduzir a mortalidade precoce de crianças, jovens e adultos, bem como maior longevidade aos indivíduos com mais de 60 anos. Importa ressaltar ainda que, nesse ano, predominaram em Mato Grosso os indivíduos do sexo masculino, numa razão de sexos igual a 105 homens para cada 100 mulheres. Esses indicadores são apresentados na Tabela 1 acrescidos das taxas de crescimento médio anual, fecundidade total, natalidade e mortalidade geral, ambas padronizadas com a população brasileira do censo demográfico brasileiro de 2010.

A taxa de fecundidade total, calculada para o período de 2010 a 2012, mostra progressiva recuperação do número médio de filhos nascidos vivos por mulher mato-grossense ao final do seu período reprodutivo. Esta tendência, associada à migração, é o principal determinante da dinâmica demográfica do estado, a qual contraria o comportamento da fecundidade total no Brasil, que vem decrescendo ao longo das últimas décadas. Valores inferiores a 2,1 indicam fecundidade insuficiente para a reposição populacional

TABELA 1 – INDICADORES DEMOGRÁFICOS PARA MATO GROSSO – 2010 A 2015

Indicadores*	2010	2011	2012	2013	2014	2015
População residente	3.035.122,00	3.075.936,00	3.138.822,00	3.182.113,00	3.224.357,00	3.265.486,00
Razão de sexos (x 100)	104,30	104,32	105,30	105,14	104,97	104,81
% menores de 05 anos	8,04	8,04	8,48	8,29	8,10	7,92
% idosos	7,90	7,88	7,93	8,24	8,57	8,92
Índice de envelhecimento (x 100)	30,74	30,65	30,39	32,09	33,90	35,78
Taxa de fecundidade total	1,79	1,85	1,88	---	---	---
Taxa de natalidade (x 1 mil hab.)	15,36	15,86	15,94	---	---	---
Taxa de mortalidade	6,23	5,96	6,49	---	---	---

geral (x 1 mil hab.)						
----------------------	--	--	--	--	--	--

Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030. As taxas de natalidade e mortalidade geral foram padronizadas segundo população brasileira de 2010.

O sinal (---) indica ausência de registro.

A taxa de natalidade aponta para aumento anual dos nascimentos em Mato Grosso. Mesmo de modo sensível; este indicador é de significativa importância para o crescimento vegetativo da população quando analisado à luz das taxas de mortalidade geral. Taxas de natalidade elevadas concomitantes ao aumento das taxas de mortalidade podem conduzir à redução da população.

Em Mato Grosso, o aumento do índice de natalidade e de mortalidade geral sugere crescimento vegetativo da população, porém há de se ter em mente as causas dos índices de mortalidade que estão associados à elevada mortalidade de idosos e o expressivo risco de populações mais jovens morrerem precocemente, dadas às baixas condições socioeconômicas, comportamento de risco e vazios sanitários que reduzem o acesso ao sistema de saúde.

2.2.1. O SUS regionalizado: indicadores sociais e de saúde

Os 141 municípios que compõem o estado estão organizados em 16 regiões de saúde, a saber: Alto Tapajós, Baixada Cuiabana, Araguaia Xingu, Centro Norte, Garças Araguaia, Médio Araguaia, Médio Norte Mato-grossense, Noroeste Mato-grossense, Norte Araguaia Karajá, Norte Mato-grossense, Oeste Mato-grossense, Sudoeste Mato-grossense, Sul Mato-grossense, Teles Pires, Vale do Peixoto e Vale do Arinos (Figura 8).

A distribuição demográfica, segundo sexo e faixa etária, da população das regiões de saúde em Mato Grosso aponta para o predomínio de indivíduos do sexo masculino, com exceção da Baixada Cuiabana e Garças Araguaia. O padrão construtivo das pirâmides, reforçou a fase de transição observada para o estado e, os indicadores demográficos correspondentes estão apresentados na Tabela 1.

FIGURA 8 – REGIÕES DE SAÚDE E MUNICÍPIOS MATO-GROSSENSES – 2015

<p>Alto Tapajós Sede: Alta Floresta Alta Floresta Apiacás Carlinda Nova Bandeirantes Nova Monte Verde Paranaíta</p>	<p>Centro Norte Sede: Diamantino Diamantino Alto Paraguaia Nobres Nortelândia Nova Maringá Rosário Oeste São José do Rio Claro</p>	<p>Médio Norte Matogrossense Sede: Tangará da Serra Tangará da Serra Arenápolis Barra do Bugres Campo Novo do Parecis Denise Nova Marilândia Nova Olímpia Porto Estrela Santo Afonso Sapezal</p>	<p>Norte Matogrossense Sede: Colider Colider Itaúba Marcelândia Nova Canaã do Norte Nova Guarita Nova Santa Helena</p>	<p>Sul Matogrossense Sede: Rondonópolis Rondonópolis Alto Araguaia Alto Garças Alto Taquari Araguainha Campo Verde Dom Aquino Guiratinga Itiquira Jaciará Juscimeira Paranatinga Pedra Preta Poxoréu Primavera do Leste Santo Antônio do Leste São José do Povo São Pedro da Cipa Tesouro</p>	<p>Vale do Peixoto Sede: Peixoto de Azevedo Peixoto de Azevedo Guarantã do Norte Matupá Novo Mundo Terra Nova do Norte</p>
<p>Baixada Cuiabana Sede: Cuiabá Cuiabá Acorizal Barão de Melgaço Chapada dos Guimarães Jangada Nova Brasilândia Nossa Senhora do Livramento Planalto da Serra Poconé Santo Antônio do Leverger Várzea Grande</p>	<p>Garças Araguaia Sede: Barra do Garças Barra do Garças Araguaiana Campinópolis General Carneiro Nova Xavantina Novo São Joaquim Pontal do Araguaia Ponte Branca Ribeirãozinho Torixoréu</p>	<p>Noroeste Matogrossense Sede: Juína Juína Aripuanã Brasnorte Castanha Colniza Cotriguaçu Juruena</p>	<p>Oeste Matogrossense Sede: Cáceres Cáceres Araputanga Curvelândia Glória D'Oeste Indiavaí Lambari D'Oeste Mirassol D'Oeste Porto Espiridião Reserva do Cabaçal Rio Branco Salto do Céu São José dos Quatro Marcos</p>	<p>Vale dos Arinos Sede: Juara Juara Novo Horizonte do Norte Porto dos Gaúchos Tabaporã</p>	
<p>Araguaia Xingu Sede: Porto Alegre do Norte Porto Alegre do Norte Canabrava do Norte Confresa Santa Cruz do Xingu Santa Terezinha São José do Xingu Vila Rica</p>	<p>Médio Araguaia Sede: Água Boa Água Boa Bom Jesus do Araguaia Canarana Cocalinho Nova Nazaré Gaúcha do Norte Querência Ribeirão Cascalheira</p>	<p>Norte Araguaia Karajá Sede: São Félix do Araguaia São Félix do Araguaia Alto Boa Vista Luciara Novo Santo Antônio Serra Nova Dourada</p>	<p>Sudoeste Matogrossense Sede: Pontes e Lacerda Pontes e Lacerda Campos de Julio Comodoro Conquista D'Oeste Figueirópolis D'Oeste Jauru Nova Lacerda Rondolândia Vale do São Domingos Vila Bela da Santíssima Trindade</p>	<p>Teles Pires Sede: Sinop Sinop Claudia Feliz Natal Ipiranga do Norte Itanhangá Lucas do Rio Verde Nova Mutum Nova Ubiratã Santa Carmem Santa Rita do Trivelato Sorriso Tapurah União do Sul Vera</p>	

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2015.

TABELA 2 – INDICADORES DEMOGRÁFICOS PARA REGIÕES DE SAÚDE E MATO GROSSO - 2012

Unidade Federada/Região de Saúde	Razão de sexos (x 100)	% menores de 05 anos	% idosos	Índice de envelhecimento (x 100)	Taxa de crescimento médio anual (%) - 2010/2015
Baixada Cuiabana	98,02	7,65	8,29	34,47	1,00
Sul Mato-grossense	104,85	7,81	8,48	34,46	1,73
Teles Pires	108,90	8,48	4,98	18,64	3,38
Médio Norte Mato-grossense	106,33	8,42	6,67	25,20	2,11
Oeste Mato-grossense	101,89	7,84	9,69	37,78	0,48
Noroeste Mato-grossense	111,72	8,93	6,40	22,10	2,51
Garças Araguaia	99,55	7,35	9,81	37,55	0,53
Sudoeste Mato-grossense	105,65	8,93	7,71	27,43	0,84
Alto Tapajós	110,33	7,53	8,37	32,57	0,76
Vale do Peixoto	107,47	7,99	7,83	29,05	1,00
Centro Norte	113,07	7,95	7,12	24,05	0,74
Médio Araguaia	110,59	8,88	7,09	25,37	2,19
Araguaia Xingu	113,07	9,05	7,12	24,05	1,91
Norte Mato-grossense	107,41	7,43	9,67	38,48	-0,17
Vale dos Arinos	108,86	7,97	7,86	29,78	0,14
Norte Araguaia Karajá	110,91	8,53	8,52	29,24	1,61
Mato Grosso	105,30	8,48	7,93	30,39	1,47

Fonte: 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

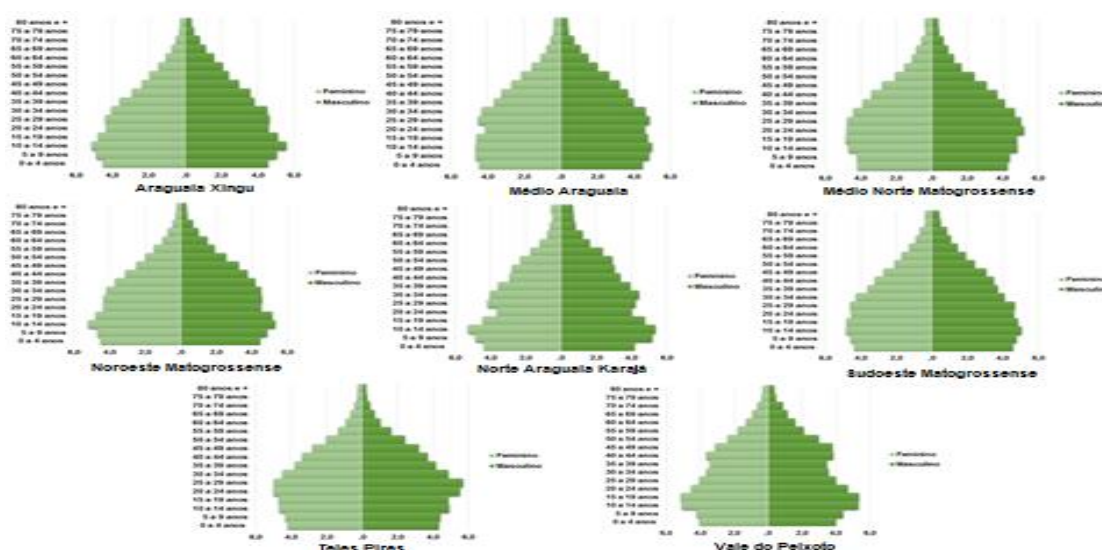
Os índices calculados, evidenciam a redução da proporção de menores de 5 anos, provavelmente, resultante da redução do número de filhos por mulher e/ou oriunda da mortalidade de crianças com idade inferior a 5 anos. Além disso, a reduzida proporção de idosos observada para todas as regiões, pode ser resultante de mortes prematuras de jovens e adultos, acrescidas de baixa qualidade de vida após os 60 anos que, em última instância, reflete ainda, reduzida esperança de vida dos idosos apesar do aumento de longevidade observado nos últimos 30 anos.

O índice de envelhecimento, dá ênfase ao ritmo que a população envelhece. Observa-se que algumas regiões de saúde apresentam reduzidos valores para este indicador, a exemplo da região Teles Pires que para cada 100 jovens menores de 15 anos havia, em 2012, 19 idosos. Vale destacar que baixos índices de envelhecimento podem ser consequência de movimentos migratórios. Nestes casos, indivíduos em idades jovens por diversas vezes migram acompanhados de seus filhos aumentando a proporção de crianças e menores de 15 anos em relação ao número de idosos residentes, corroborando para a redução do índice loco regional.

No entanto, o índice de envelhecimento também pode indicar que no estado de Mato Grosso existem regiões em que a transição demográfica encontra-se em estágio prematuro cujo efeito teve por causa a mortalidade precoce dos indivíduos em ciclos de vida anteriores. Proporcionar qualidade de vida àqueles que nascem, crescem e envelhecem neste território é um grande desafio para os governantes mato-grossenses.

A taxa de crescimento médio anual da população de cada região, apresentada na Tabela 2, mostra que a região Teles Pires teve o maior crescimento no período considerado. Do mesmo modo ressaltamos que a região Norte Mato-grossense foi aquela que sofreu maior redução do seu contingente populacional (-0,17% ao ano).

GRÁFICO 2 – REGIÕES DE SAÚDE COM ÍNDICES DE ENVELHECIMENTO REDUZIDOS, MATO GROSSO – 2012

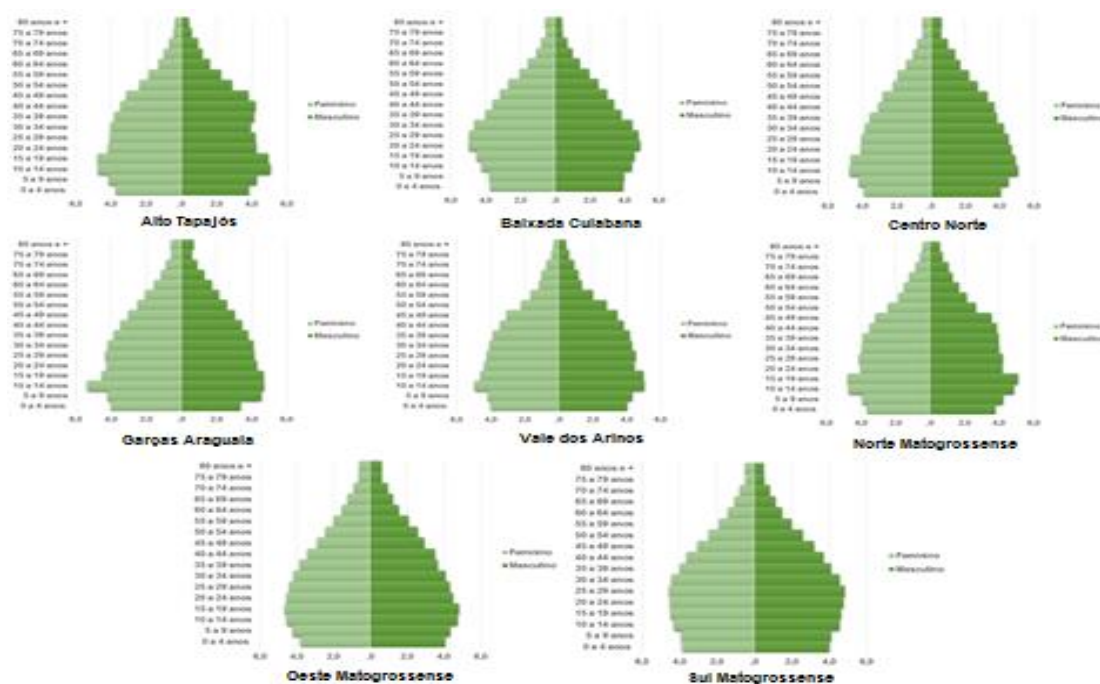


Fonte: 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

As regiões cujos índices de envelhecimento encontram-se reduzidos são apresentadas no gráfico 2. Estudos detalhados poderão mostrar os fatores que determinaram o comportamento demográfico destas regiões; antecipamos que se tratam de territórios que recebem intenso contingente migratório tendo em vista as atividades ligadas ao agronegócio.

O gráfico 3 apresenta as demais regiões em que a transição demográfica já alcançou índices de envelhecimento superiores a 30 idosos por 100 jovens com idade inferior a 15 anos. Isto indica que nelas, a participação dos idosos na população total está crescendo, possivelmente dado ao aumento da esperança de vida dos mesmos.

GRÁFICO 3 – REGIÕES DE SAÚDE EM ESTÁGIO AVANÇADO DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, MATO GROSSO – 2012



Fonte: 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus.

No período analisado na Tabela 3, observa-se que a fecundidade total teve redução de seus índices nas seguintes regiões de saúde: Alto Tapajós, Araguaia Xingu, Centro Norte, Médio Norte Mato-grossense, Noroeste Mato-grossense e Vale dos Arinos. Com exceção da região Médio Araguaia (2,07 filhos por mulher), todas as outras regiões apresentaram índices crescentes, porém

com valores abaixo do limiar de reposição populacional. Vale ressaltar que índices insuficientes resultam de vários fatores, dentre eles a urbanização das cidades, a redução da mortalidade infantil, melhores níveis educacionais das mães, uso de métodos contraceptivos, participação da mulher no mercado de trabalho e instabilidade dos empregos.

TABELA 3 – TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE EM MATO GROSSO – 2010 E 2012

Unidade Federada/Região de Saúde	2010	2012
Alto Tapajós	1,83	1,76
Baixada Cuiabana	1,78	1,84
Araguaia Xingu	1,76	1,62
Centro Norte	1,70	1,59
Garças Araguaia	1,57	1,84
Médio Araguaia	1,67	2,07
Médio N. Mato-grossense	1,87	1,77
Noroeste Mato-grossense	1,87	1,76
Norte Araguaia Karajá	1,36	1,48
Norte Mato-grossense	1,75	1,80
Oeste Mato-grossense	1,68	1,78
Sudoeste Mato-grossense	1,85	1,92
Sul Mato-grossense	1,87	1,91
Teles Pires	1,87	1,93
Vale do Peixoto	1,57	1,59
Vale dos Arinos	1,91	1,75
Mato Grosso	1,79	1,88

Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No estado de Mato Grosso, a natalidade ganhou força no período de 2010 a 2012, tendo em vista seu crescimento contínuo, embora discreto (Tabela 4). Considera-se este resultado positivo dado à importância deste indicador para o crescimento vegetativo da população mato-grossense.

No entanto, observa-se que as mesmas regiões cujos índices de fecundidade total apresentaram-se reduzidos, também exibiram redução das taxas de natalidade padronizadas no período analisado (Tabela 4). Tais diferenças regionais reproduzem características locais não só demográficas, mas, sobretudo, socioeconômicas e de acesso à atenção em saúde materno-infantil.

TABELA 4 – TAXAS DE NATALIDADE (POR 1 MIL HABITANTES) POR REGIÕES DE SAÚDE EM MATO GROSSO – 2010, 2011 E 2012

Unidade Federada/Regiões de Saúde	2010		2011		2012	
	Bruta	Padronizada	Bruta	Padronizada	Bruta	Padronizada
Alto Tapajós	15,26	15,49	13,69	13,89	14,63	14,85
Baixada Cuiabana	16,65	15,62	17,63	16,50	17,22	16,12
Araguaia Xingu	15,33	14,80	14,55	14,07	14,08	13,60
Centro Norte	14,02	14,04	14,42	14,47	13,01	13,04
Graças Araguaia	13,40	13,61	15,07	15,32	15,71	15,96
Médio Araguaia	14,33	13,94	16,53	16,04	17,76	17,23
Médio Norte Mato-grossense	17,30	15,89	16,64	15,29	16,32	14,98
Noroeste Mato-grossense	16,39	15,82	16,08	15,51	15,41	14,86
Norte Araguaia Karajá	10,81	11,33	11,11	11,63	11,77	12,30
Norte Mato-grossense	14,62	14,86	14,83	15,08	15,01	15,25
Oeste Mato-grossense	14,80	14,65	16,01	15,85	15,54	15,39
Sudoeste Mato-grossense	16,63	16,08	16,76	16,22	17,26	16,70
Sul Mato-grossense	16,53	15,90	17,03	16,35	16,89	16,21
Teles Pires	17,58	15,61	18,29	16,22	18,07	16,02
Vale do Peixoto	13,52	13,51	14,05	14,07	13,59	13,66
Vale dos Arinos	16,33	16,10	15,13	14,93	14,97	14,77
Mato Grosso	16,12	15,36	16,65	15,86	16,33	15,94

Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Ao crescimento da natalidade adiciona-se o aumento dos índices de mortalidade geral apresentados na Tabela 5. Os índices padronizados indicam que, com exceção das regiões Araguaia Xingu, Noroeste Mato-grossense, Sudoeste Mato-grossense e Vale dos Arinos, todas as demais, tiveram aumento da mortalidade geral em seus territórios. Destas, destacamos a região de saúde da Baixada Cuiabana que, em 2010, apresentou cerca de 7 óbitos para cada 1 mil habitantes e, em 2012, o índice praticamente duplicou.

TABELA 5 – TAXAS DE MORTALIDADE GERAL BRUTA E PADRONIZADA (POR 1 MIL HABITANTES) PARA AS REGIÕES DE SAÚDE EM MATO GROSSO – 2010, 2011 E 2012

Unidade Federada/Região de Saúde	2010		2011		2012	
	Bruta	Padronizada	Bruta	Padronizada	Bruta	Padronizada
Alto Tapajós	4,58	5,56	4,46	4,92	4,90	6,36
Baixada Cuiabana	5,65	6,93	5,62	6,84	10,68	13,09
Araguaia Xingu	4,20	6,20	3,97	5,63	3,54	5,00
Centro Norte	5,49	6,29	5,42	6,11	5,80	6,59
Graças Araguaia	5,56	5,91	5,62	5,24	5,75	6,25
Médio Araguaia	3,60	4,58	3,81	4,49	4,35	5,63
Médio Norte Mato-grossense	4,09	5,70	4,44	6,25	4,51	6,27
Noroeste Mato-grossense	3,71	5,66	3,59	5,40	3,67	5,65
Norte Araguaia Karajá	3,07	3,51	3,12	3,52	3,30	3,93
Norte Mato-grossense	4,20	4,69	5,40	6,17	5,20	6,00
Oeste Mato-grossense	5,66	6,25	5,76	6,36	5,79	6,42
Sudoeste Mato-grossense	4,89	6,30	4,71	6,01	4,31	5,68
Sul Mato-grossense	5,29	6,31	5,25	6,31	5,57	6,69
Teles Pires	3,49	5,88	3,61	6,11	3,90	6,65
Vale do Peixoto	4,32	5,64	4,26	5,75	4,21	5,70
Vale dos Arinos	5,35	6,92	4,83	6,21	3,92	5,11
Mato Grosso	4,91	6,23	4,94	5,96	5,08	6,49

Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datusus; MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A mortalidade proporcional por idade e regiões de saúde, indica o espaço em que o deslocamento deste evento está ocorrendo em direção às idades mais avançadas, bem como aquelas em que os óbitos ocorrem de forma ainda expressiva nos primeiros anos de vida. Das 16 regiões, 10 apresentaram índices maiores de mortalidade proporcional para os indivíduos com idade acima de 60 anos. São elas: Alto Tapajós (55,27%), Baixada Cuiabana (54,28%), Araguaia Xingu (51,76%), Centro Norte (54,63%), Garças Araguaia (58,17%), Norte Mato-grossense (60,11%), Oeste Mato-grossense (62,65%), Sudoeste Mato-grossense (51,38%), Sul Mato-grossense (52,44%) e Vale dos Arinos (50%)³ (Tabela 6).

Desse conjunto, ainda podemos afirmar que 4 dessas regiões apresentaram elevada mortalidade proporcional em menores de 14 anos, a saber: Garças Araguaia (10,75%), Norte Araguaia Karajá (13,33%), Médio Araguaia (11,95%), e Teles Pires (10%) (Tabela 6).

TABELA 6 – MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO FAIXA ETÁRIA PARA AS REGIÕES DE SAÚDE MATO-GROSSENSES - 2013

Faixa Etária	Alto Tapajós	Baixada Cuiabana	Araguaia Xingu	Centro Norte	Garças Araguaia	Médio Araguaia	Médio N. Mato-grossense	Noroeste Mato-grossense	Norte Araguaia Karajá	Norte Mato-grossense	Oeste Mato-grossense	Sudoeste Mato-grossense	Sul Mato-grossense	Teles Pires	Vale do Peixoto	Vale dos Arinos	Mato Grosso
< 1 ano	4,62	4,50	4,71	3,78	5,74	6,71	5,91	4,20	6,67	4,64	3,92	5,14	4,09	6,56	4,57	6,48	4,81
1 a 4 anos	0,37	0,66	1,18	0,95	3,68	3,50	1,39	1,82	4,44	1,64	0,75	0,79	0,98	1,51	0,99	1,39	1,14
5 a 9 anos	0,18	0,50	0,78	0,38	0,59	1,46	0,74	0,18	1,11	0,00	0,56	0,20	0,43	0,79	0,99	0,93	0,54
10 a 14 anos	0,74	0,55	0,39	0,57	0,74	0,29	0,74	1,09	1,11	0,55	0,28	0,20	0,47	1,01	0,60	0,00	0,58
15 a 19 anos	2,03	2,21	1,18	2,46	1,33	3,79	2,22	2,01	1,11	2,73	1,96	3,56	3,07	4,47	4,97	3,24	2,65
20 a 24 anos	2,77	2,84	2,35	4,91	1,91	3,79	4,25	4,56	2,22	1,64	1,77	3,95	3,58	6,13	4,77	2,78	3,43
25 a 29 anos	2,40	3,28	2,35	3,40	2,06	3,21	3,14	2,74	0,00	2,19	3,45	3,36	3,30	5,05	4,77	2,78	3,33
30 a 34 anos	3,51	3,80	2,35	3,59	2,36	4,96	4,71	3,10	4,44	2,19	2,71	4,35	4,52	4,90	2,78	3,70	3,85
35 a 39 anos	2,40	3,26	4,71	3,59	3,98	2,92	3,88	5,47	3,33	3,28	2,52	3,95	4,41	3,03	5,37	4,63	3,63

40 a 44 anos	4,99	4,09	6,67	4,91	4,12	3,21	4,25	5,47	4,44	3,28	3,83	2,96	4,88	4,47	3,58	1,85	4,27
45 a 49 anos	5,55	6,07	6,67	4,35	3,24	6,71	5,27	6,02	3,33	5,19	5,14	6,72	5,04	6,34	6,56	6,48	5,65
50 a 54 anos	7,39	5,85	7,45	7,18	4,71	6,41	7,39	6,57	6,67	5,46	4,30	6,13	6,14	6,85	6,56	5,56	6,11
55 a 59 anos	7,76	8,10	7,45	5,29	7,36	9,62	7,67	8,03	8,89	7,10	6,16	7,31	6,65	7,71	8,95	10,19	7,57
60 a 64 anos	7,95	7,54	8,63	8,32	6,92	6,12	8,41	8,03	6,67	7,65	7,19	6,13	6,81	7,35	7,95	8,33	7,44
65 a 69 anos	8,69	8,61	7,84	8,70	8,39	7,87	8,23	9,85	6,67	10,66	8,96	7,51	8,46	7,28	5,96	6,48	8,37
70 a 74 anos	9,98	9,20	10,59	8,70	10,46	8,45	8,13	8,03	8,89	10,11	10,55	10,28	9,64	6,06	7,95	9,26	9,06
75 a 79 anos	11,28	9,20	8,24	11,15	10,60	7,00	7,02	7,48	12,22	12,30	10,83	10,08	8,65	7,14	8,75	8,33	9,06
80 anos e mais	17,38	19,72	16,47	17,77	21,80	13,99	16,64	15,33	17,78	19,40	25,12	17,39	18,88	13,34	13,92	17,59	18,51
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

2.2.2. Mortalidade específica em Mato Grosso e regiões de saúde: diferentes realidades requerem estratégias diversas

A taxa de mortalidade prematura, calculada para indivíduos com idade inferior a 70 anos para 2015, evidenciou o risco de morrer por alguma condição crônica (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes melito e doenças respiratórias crônicas) a que a população economicamente ativa de Mato Grosso está determinada. No ano analisado, ocorreram 232,4 óbitos por 100 mil habitantes índice inferior ao observado nos anos anteriores, sobretudo ao ano 2011 quando no estado registrou-se 289 óbitos, sendo 4 indivíduos por 100 mil habitantes¹⁷

Ainda sobre a mortalidade precoce, ressalta-se que a probabilidade de morte de um indivíduo com idade entre 15 e 59 anos que reside no estado, vem aumentando sensivelmente desde 2010, quando a cada 1 mil residentes com idade inferior a 15 anos, 7, 81 com idade entre 15 e 59 anos foram a óbito. Este índice passou a 7,83, em 2011, e, em 2012, atingiu 8,10 óbitos de residentes com idade entre 15 e 59 anos para cada 1.000 pessoas com idade inferior a 15 anos¹⁸

A proporção de óbitos registrados em 2013 para todo o território mato-grossense, indica que 52,44% acometeram indivíduos com mais de 60 anos de idade e 7,08% naqueles com menos de 15 anos de idade, dos quais 4,81% foram registrados em menores de 1 ano. Os indivíduos em idade potencialmente produtiva totalizaram 40,49% dos óbitos no mesmo ano¹⁹

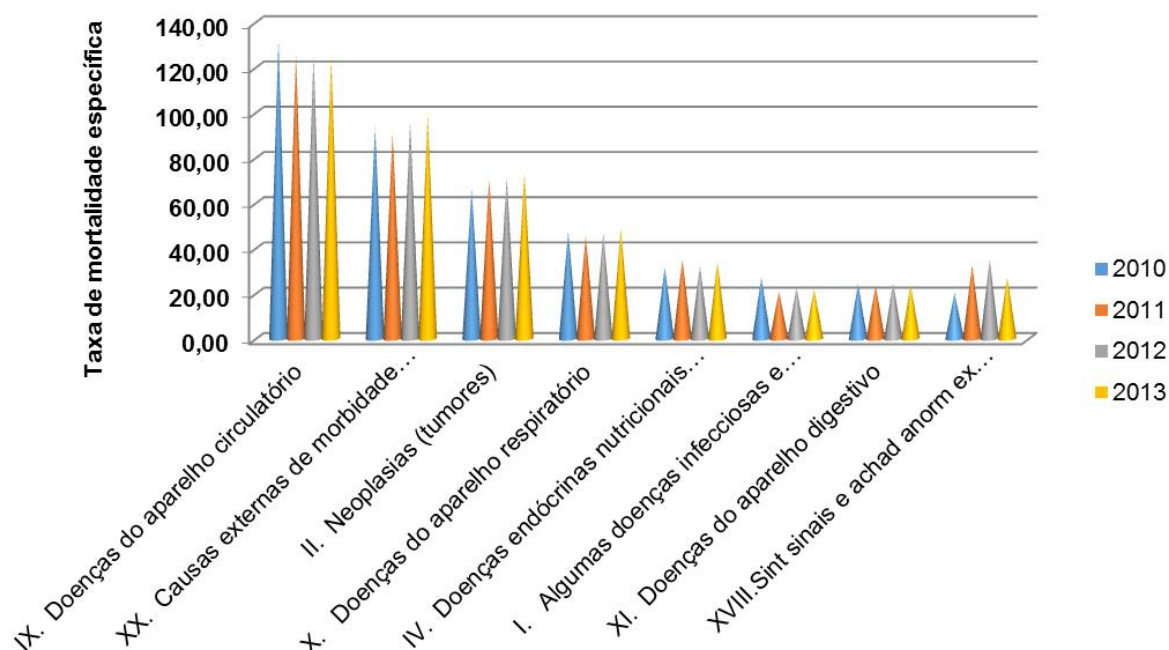
No Gráfico 4 estão apresentadas as doenças que compõem o Capítulo CID 10 para o estado de Mato Grosso e, no Gráfico 5 as taxas de mortalidade específicas para as regiões de saúde. Em 2013 as principais causas dos óbitos foram as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e as neoplasias. As primeiras associadas às doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas compondo o conjunto de agravos comumente conhecidos com a mudança nos estilos de vida.

¹⁷ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de informação sobre mortalidade; Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso; 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; 2013 - 2015: IBGE - Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

¹⁸ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; IBGE – Estimativas demográficas

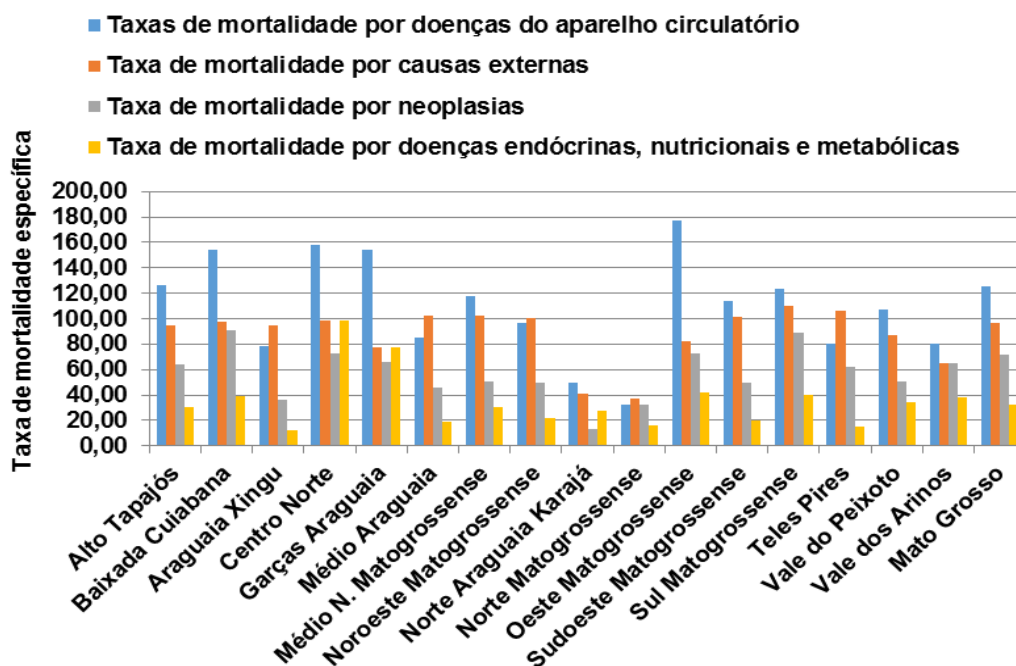
¹⁹ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

GRÁFICO 4 – TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA (POR 100 MIL HAB.) SEGUNDO CAPÍTULO CID 10, MATO GROSSO – 2010 A 2013



Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus. IBGE/Diretoria de Pesquisas

GRÁFICO 5 – TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICA (POR 100 MIL HABITANTES) SEGUNDO CAPÍTULO CID 10 NAS REGIÕES DE SAÚDE DE MATO GROSSO – 2012



Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

As taxas elevadas de óbitos por doenças do aparelho circulatório demonstram suas relevâncias enquanto problema de saúde pública e frequentemente associam outros fatores de risco. Em Mato Grosso, as doenças do aparelho circulatório que maior risco de morte ofereceram, em 2012, foram as doenças hipertensivas (categorias I10 a I13 da CID 10), com índice igual a 24 óbitos por 100 mil habitantes, as doenças isquêmicas do coração (categorias I20 a I25 da CID 10) cujo índice alcançou 36 óbitos por 100 mil habitantes e as doenças cerebrovasculares (categorias I60 a I69 da CID 10) que tiveram um índice de 35 óbitos por 100 mil habitantes²⁰

O infarto agudo do miocárdio (IAM) (Categoria CID 10 I21) foi a principal causa de morte na maioria das regiões de saúde do estado; a região que maior risco ofereceu aos seus residentes foi a Sudoeste Mato-grossense em que 51 indivíduos morreram a cada 100 mil habitantes²¹ Entretanto, a proporção de óbitos por IAM em Mato Grosso e suas regiões de saúde evidencia que após atingir cerca de 28% das internações por IAM, em 2013, os óbitos por esta causa foram reduzidos para pouco mais de 17% em 2015.

O índice calculado para 2015 (17,7%) ficou bastante próximo da meta pactuada para este ano (17,5%), ainda que dos índices regionais, destaca-se o calculado para a região de saúde Araguaia Xingu, que registrou 60 óbitos por IAM a cada 100 indivíduos internados por esta causa principal. A análise conjunta destes dois indicadores aponta que, embora elevada a taxa de mortalidade específica por IAM, quando garantido o acesso à internação hospitalar, o risco de morrer fica reduzido em todo o estado.

Entretanto, as desigualdades loco regionais ainda permanecem expressivas e a região de maior risco de morte por doenças do aparelho circulatório em 2012 foi a região Oeste Mato-grossense, com 177 óbitos por 100 mil habitantes²². Em contrapartida, a que menor ocorrência registrou foi a região Norte Araguaia Karajá com cerca de 50 óbitos por 100 mil habitantes²³ ambas evidenciam o peso das doenças classificadas nesse Capítulo da CID 10, embora somente a primeira tenha superado o índice estadual que atingiu 125 óbitos por 100 mil habitantes.

²⁰Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Federação por sexo e idade para o período 2000 Mortalidade – SIM.

²¹ Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030; MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

²² Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

²³ Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Outro componente das doenças crônicas não transmissíveis, com índice de morte elevado é o acidente vascular cerebral (Categoria I 64) que enquanto no estado causou 16 óbitos por 100 mil habitantes em 2012, na região de saúde do Centro Norte alcançou um índice igual a 35 óbitos por 100 mil habitantes. Já a hipertensão essencial (Categoria CID I10) levou a óbito 28 indivíduos a cada 100 mil habitantes da região de saúde Oeste Mato-grossense²⁴

Além das doenças do aparelho circulatório, outros dois capítulos com doenças de alto índice de mortalidade na população contribuem para a descrição do cenário loco regional em 2012: as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as neoplasias. Neste sentido, ressalta-se que em 2010, o risco de morrer por diabetes melito no estado, foi igual a 23 óbitos por 100 mil habitantes e, em 2013, alcançou 25 óbitos por 100 mil habitantes²⁵ O índice de mortalidade por diabetes melito alcançou 30 óbitos por 100 mil habitantes²⁶ em 2012, na região Sul Mato-grossense e 7,6 óbitos por 100 mil habitantes na região Araguaia Xingu, o menor índice registrado²⁷

O diabetes melito está associado às doenças do aparelho circulatório, sobretudo acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e a doença isquêmica do coração, que por sua vez resultam de diferentes fatores de risco, tais como o sedentarismo, o tabagismo, a hipertensão arterial, a obesidade e a hipercolesterolemia.

O conjunto das doenças crônicas não transmissíveis requer ações voltadas para a promoção da saúde, assim como o aumento da cobertura de atenção básica atrelada à organização da rede de atenção à saúde com qualificação da linha de cuidado em todos os níveis de atenção.

Já as neoplasias – malignas e benignas - aparecem como a terceira causa de morte em todas as regiões de saúde de Mato Grosso. A Baixada Cuiabana foi a que registrou maior ocorrência de óbitos por estas causas totalizando um índice igual a 90 óbitos por 100 mil habitantes e superou o

²⁴ Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030; MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

²⁵ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030

²⁶ Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

²⁷ Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

índice calculado para Mato Grosso (71 óbitos por 100 mil habitantes em 2012)²⁸

Do total dos óbitos por neoplasias malignas, a mesma região de saúde totalizou 88 óbitos por 100 mil habitantes, o maior índice dentre todas as regiões. Os dois grupos de neoplasias malignas de maior risco de morte na maioria das regiões para o ano 2012 foram: as neoplasias malignas dos órgãos digestivos e as neoplasias malignas do aparelho respiratório e intratorácicas. O primeiro teve maior ocorrência nas regiões de saúde Baixada Cuiabana (26 óbitos por 100 mil habitantes) e Sul Mato-grossense (25 óbitos por 100 mil habitantes), seguidas das regiões Oeste Mato-grossense (24 óbitos por 100 mil habitantes) e Centro Norte (22 óbitos por 100 mil habitantes)²⁹

Os óbitos causados pelas neoplasias malignas do aparelho respiratório e intratorácicas foram incidentes nas mesmas regiões anteriormente citadas, acrescidas da região Alto Tapajós com 14 óbitos por 100 mil habitantes³⁰. Ressalta-se que as neoplasias apresentam-se em curso ascendente em todo o estado e, com frequência, estão associadas ao envelhecimento da população e fatores de risco específicos tais como a predisposição genética.

As causas externas também devem ser consideradas problemas de grande relevância para a saúde pública, dada à sua magnitude expressa no índice de mortalidade específica. No conjunto de situações que comprometem a saúde dos indivíduos abarcadas pelo Capítulo XX da CID 10 destacam-se, sobretudo, os agravos resultantes de acidentes automobilísticos e de eventos violentos, ambos fatores de risco que podem levar os indivíduos à morte ou deixá-los com alguma incapacidade.

O elevado risco de morrer por causas externas foi observado na região Sul Mato-grossense, cujo índice alcançou 110 óbitos por 100 mil habitantes³¹. Expressivos índices de mortalidade por esta causa foram observados na região Teles Pires (106 óbitos por 100 mil habitantes), Médio Araguaia (102,5 óbitos por 100 mil habitantes) e Noroeste Mato-grossense (100 óbitos por 100 mil habitantes).

²⁸ Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

²⁹ Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

³⁰ Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

³¹ Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Os óbitos por causas externas superaram as mortes por doenças do aparelho circulatório nas seguintes regiões de saúde: Araguaia Xingu (95 óbitos por 100 mil habitantes), Médio Araguaia (102 óbitos por 100 mil habitantes), Noroeste- (100 óbitos por 100 mil habitantes), Norte Mato-grossense (37 óbitos por 100 mil habitantes) e Teles Pires (106 óbitos por 100 mil habitantes)³²

Em 2015, aproximadamente 47% dos óbitos por acidente ocorreram em algum hospital de Mato Grosso. Este índice superou a meta estabelecida para o estado no ano, apontando possivelmente para a ampliação do acesso à rede de urgência e emergência pelas vítimas de acidentes. Vale destacar que, em 2010, apenas 4 regiões de saúde apresentavam índices de acesso superiores ao do estado (38% de acesso hospitalar dos óbitos por acidente), a saber: Baixada Cuiabana (51,4%), Vale do Peixoto (46,3%), Sul Mato-grossense (42,1%) e Médio Norte Mato-grossense (40,8%). As que apresentaram menores índices foram: a região do Vale do Arinos (13,5%) e do Médio Araguaia (17,5%). Estas proporções sugerem que à época, as redes de urgência e emergência eram insuficientes e ineficientes para garantir o acesso hospitalar às vítimas³³

No entanto, desde 2011, os mato-grossenses, vítimas de acidente vem tendo maior acesso aos serviços de urgência e emergência, embora as taxas de mortalidade específica por causas externas continuem elevadas. Em 2015, o cálculo da proporção de acesso dos óbitos por acidente a alguma unidade de referência hospitalar mostrou que o maior número de regiões de saúde proporcionou cuidados às vítimas de acidentes. Das 16 regiões de saúde, destaca-se a Norte Mato-grossense com seus 62,5% de acesso hospitalar dos óbitos por acidente³⁴

Importa destacar ainda que, juntamente com as doenças do aparelho circulatório, os elevados índices de mortalidade por causas externas requerem não só ampliação do acesso hospitalar, mas também, a melhoria da qualidade da assistência médica a esses usuários capaz de evitar com maior expressividade os óbitos decorrentes. Além disso, faz-se de extrema importância o aumento da qualidade dos registros dessas ocorrências para nortear os investimentos em serviços de saúde hospitalar e ambulatorial regionalizados.

Dois outros conjuntos de doenças despertam interesse de saúde dos mato-grossenses: as doenças infecciosas e parasitárias; ambas cujo curso coloca em risco iminente a vida toda, sobretudo de crianças e idosos. Elas

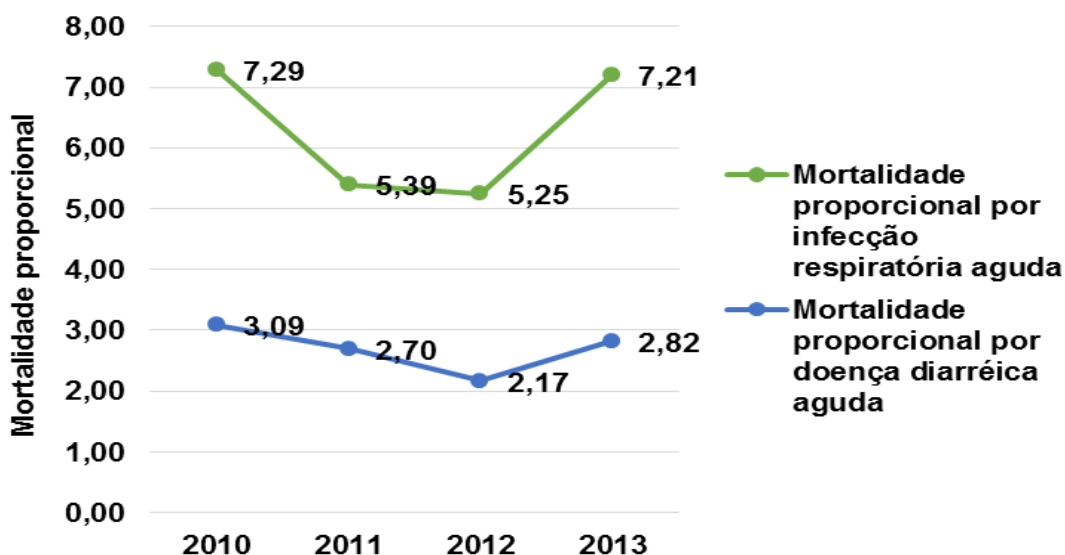
³² Fonte: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE – Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

³³ Idem.

³⁴ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

retratam as insuficientes condições socioeconômicas e de atenção básica incluindo o saneamento básico em todo estado.

GRÁFICO 6 – MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA E POR DOENÇA DIARREICA AGUDA EM MENORES DE 5 ANOS, MATO GROSSO – 2010 A 2013



35

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A participação relativa das infecções respiratórias agudas nos eventos de morte em crianças com idade inferior a 5 anos também merece destaque no que se relaciona às causas dos óbitos nesta faixa etária (Gráfico 6). O gráfico 6 mostra também a evolução das doenças diarreicas, porém as mortalidades proporcionais para as infecções respiratórias são mais expressivas.

A mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos, reflete o conjunto de determinantes sociais que favorecem a sua ocorrência, dentre eles os fatores ambientais, as condições socioeconômicas e a atenção à saúde da criança. Das 16 regiões de saúde, apenas a região Centro Norte, não registrou óbitos; dentre as demais, destacamos as regiões de saúde Garças Araguaia (14%), Araguaia Xingu (13%) e Médio Norte Mato-grossense (11%) que superaram o índice do estado (7%)³⁶

³⁵ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016)

³⁶ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A análise da proporção dos óbitos por doenças diarreicas agudas em crianças com idade inferior a 5 anos associado a fatores socioeconômicos, saneamento e ações de atenção básica voltadas para a criança, mostra que depois de quedas consecutivas observadas entre os anos 2010 (3,09%), 2011 (2,70%) e 2012 (2,17%), o índice alcançou 2,82% em 2013³⁷. Em 2013, as regiões que registraram maior proporção de óbitos por esta causa foram: Garças Araguaia (22%), Baixada Cuiabana (15%) e Médio Araguaia (9%)²⁶³⁸

A taxa de mortalidade infantil alcançou o índice de 14,58 óbitos por 1 mil nascidos vivos de mães mato-grossenses, em 2013³⁹ (Tabela 7). Este índice influencia sobremaneira a taxa de mortalidade em menores de 5 anos, elevando o impacto das causas de morte pós-neonatais (28º ao 364º dia de vida) nos nascidos vivos. A redução da taxa de mortalidade infantil implica redução da taxa de mortalidade em menores de 5 anos e, quando esta ocorre, observa-se com maior clareza a taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias de vida). O componente neonatal precoce refletiu no ano analisado o risco de recém-nascidos morrerem em 7,43 óbitos por 1 mil nascidos vivos de mães residentes em Mato Grosso⁴⁰. Este índice revela o risco do nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida por causas associadas às condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como as condições de acesso à rede de atenção à saúde materna e infantil.

Em todos os componentes da mortalidade infantil (até 1 ano de vida) o risco de morrer, aponta para a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao próprio recém-nascido. Quanto maior a idade, mais vulnerável a criança estará às condições socioeconômicas e de infraestrutura.

Já, a taxa de mortalidade em menores de 5 anos, alcançou em 2013, o índice de 18 óbitos por 1 mil nascidos vivos de mães residentes em Mato Grosso⁴¹. Este índice resulta das precárias condições socioeconômicas e de infraestrutura a que muitas famílias mato-grossenses estão determinadas. Tais determinantes sociais de saúde condicionam à desnutrição infantil e às infecções concomitante, precipitando o óbito nos primeiros 5 anos de vida.

³⁷ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

³⁸ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

³⁹ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

⁴⁰ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

⁴¹ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

TABELA 7 – TAXAS DE MORTALIDADE EM CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 5 ANOS (POR 1 MIL NASCIDOS VIVOS) SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE EM MATO GROSSO – 2013

Unidade Federada/Região de Saúde	Taxa de mortalidade neonatal precoce	Taxa de mortalidade neonatal tardia	Taxa de mortalidade pós-neonatal	Taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos
Alto Tapajós	9,81	2,80	4,91	17,52	18,92
Baixada Cuiabana	6,67	2,67	5,46	14,79	16,97
Araguaia Xingu	5,49	0,00	5,49	10,98	13,72
Centro Norte	9,67	1,49	3,72	14,87	18,59
Garças Araguaia	10,11	2,53	7,08	19,72	32,36
Médio Araguaia	9,28	1,33	4,64	15,24	23,19
Médio N. Mato-grossense	11,19	2,18	4,09	17,47	21,56
Noroeste Mato-grossense	5,73	0,96	4,30	10,98	15,76
Norte Araguaia Karajá	16,53	0,00	8,26	24,79	41,32
Norte Mato-grossense	5,52	2,76	7,36	15,64	21,16
Oeste Mato-grossense	8,19	2,73	3,41	14,34	17,07
Sudoeste Mato-grossense	9,64	1,07	3,21	13,93	16,07
Sul Mato-grossense	6,65	2,13	4,27	13,06	16,19
Teles Pires	6,02	2,29	4,73	13,04	16,05
Vale do Peixoto	8,48	2,61	3,91	15,00	18,26
Vale dos Arinos	4,86	4,86	7,29	17,01	20,66
Mato Grosso	7,43	2,28	4,86	14,58	18,05

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

O risco de óbito em crianças com idade inferior a 5 anos para as regiões de saúde em Mato Grosso, está apresentado na Tabela 7. As taxas de maior destaque, foram observadas na região Norte Araguaia Karajá, que atingiu 41 óbitos por 1 mil nascidos vivos de mães residentes em 2013, e Garças Araguaia com 32 óbitos por 1 mil nascidos vivos no mesmo ano.

Os índices de mortalidade infantil apresentados nesta tabela evidenciam o risco de nascidos vivos morrerem na primeira semana de vida, sobretudo nas regiões de saúde Garças Araguaia (10 óbitos por 1 mil nascidos vivos), Médio Norte Mato-grossense (11 óbitos por 1 mil nascidos vivos) e Norte Araguaia Karajá (16 óbitos por 1 mil nascidos vivos), seguidas das regiões Alto Tapajós (9,8 óbitos por 1 mil nascidos vivos), Centro Norte (9,6 óbitos por 1 mil nascidos vivos), Médio Araguaia (9,2 óbitos por 1 mil nascidos vivos) e Sudoeste Mato-grossense (9,6 óbitos por 1 mil nascidos vivos).

A qualidade da atenção hospitalar em UTI neonatal e infantil em Mato Grosso oscilou entre anos de melhora e de piora durante o período de 2010 a 2015. A análise comparativa entre as proporções de óbitos em menores de 15 anos internados em UTI de 2010 (12,9 óbitos por 100 indivíduos com idade inferior a 15 anos internados em UTI) e de 2015 (11,9 óbitos por

100 indivíduos com idade inferior a 15 anos internados em UTI), sugere sensível melhora na qualidade da atenção em UTI neonatal e infantil no estado.

A análise dos indicadores regionais assinala, entretanto, importante desigualdade na proporção desses óbitos, de tal modo que chama atenção, a inexistência dos mesmos na região Norte Araguaia Karajá⁴². As iniciativas realizadas para alcançar as metas pactuadas em 2015, apontam para a necessidade de esforços mais robustos, com vistas à eficácia do cuidado e à eficiência dos recursos públicos destinados à assistência hospitalar regionalizada.

Este indicador, associado à atenção materno e infantil, é a razão de mortalidade materna. Em Mato Grosso, nos anos 2010 e 2013, o índice localizou-se em aproximados 71 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos⁴³. Em 2015, o risco de mulheres no puerpério morrerem em Mato Grosso, foi de 69 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos⁴⁴; destaca-se que 100% dos óbitos maternos foram investigados pela vigilância em saúde do estado permitindo o aprimoramento dos registros das causas desses óbitos, bem como a identificação dos fatores de risco que os condicionaram⁴⁵

A mortalidade materna em Mato Grosso, reflete ainda, a precária e desigual atenção à saúde da mulher no estado residente, desde o planejamento familiar, passando pela assistência pré-natal, pelo parto e puerpério. Porém, a completa investigação, conduz à adoção de medidas direcionadas à prevenção de novos casos.

A análise da razão de mortalidade materna nas regiões de saúde, no período de 2010 a 2015, mostrou que os índices são alarmantes especialmente nas regiões mais distantes da capital. Em 2011, 413 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos foram registrados na região Norte Araguaia Karajá, enquanto na região Baixada Cuiabana os óbitos maternos totalizaram 55 por 100 mil nascidos vivos⁴⁶. Em 2015, foi a vez da região Oeste Mato-grossense alcançar expressivo índice de morte materna com 130 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto a região Norte Araguaia Karajá não registrou nenhum evento; isto sugere subnotificação dos óbitos. Ao longo do período, a região de saúde Baixada Cuiabana registrou curva crescente de óbitos maternos alcançando, em 2015, 113 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos⁴⁷

⁴² Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

⁴³ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

⁴⁴ Idem

⁴⁵ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

⁴⁶ Idem

⁴⁷ Ibidem.

O modelo de atenção hegemônico e em curso no Brasil, prevê número significativamente elevado de partos cesarianos e, por vezes, desnecessários. Para contrapor esta prática, vem sendo empreendida uma nova proposta assistencial ao parto com a ampliação do número de partos normais. Em Mato Grosso dentre todos os partos realizados no ano 2015, 38,7% foram normais. Este indicador, reflete as dificuldades encontradas para a inversão do modelo assistencial hegemônico, que contraria práticas culturalmente estabelecidas e interesses mercadológicos importantes.

Não só empreender novas práticas assistenciais na hora do parto representa um importante desafio para ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde materna e infantil, mas também, a garantia do pré-natal para as mulheres gestantes. Em 2015, a cobertura do atendimento pré-natal com sete ou mais consultas, alcançou 68% dos nascidos vivos de mães residentes no estado; a meta para o ano (66% dos nascidos vivos de mães residentes em Mato Grosso) foi superada evidenciando os esforços empreendidos para promover atenção integral à saúde da mulher e da criança.

A Aids, compreendida no Capítulo I das doenças infecciosas e parasitárias, teve seu índice de mortalidade específica reduzido em Mato Grosso de 2010 (7,05 óbitos por 100 mil habitantes) a 2013 (6,07 óbitos por 100 mil habitantes)⁴⁸.

Os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos ou de outros procedimentos utilizados para diagnóstico, estão categorizados no Capítulo XVIII da CID 10. As categorias aqui localizadas, compreendem as situações em que o diagnóstico não foi preciso, ou as situações em que as causas dos sinais e sintomas evidenciados na primeira consulta não estavam determinadas, ou ainda, situações em que os diagnósticos eram provisórios, além de casos encaminhados a outros serviços para investigação ou tratamento.

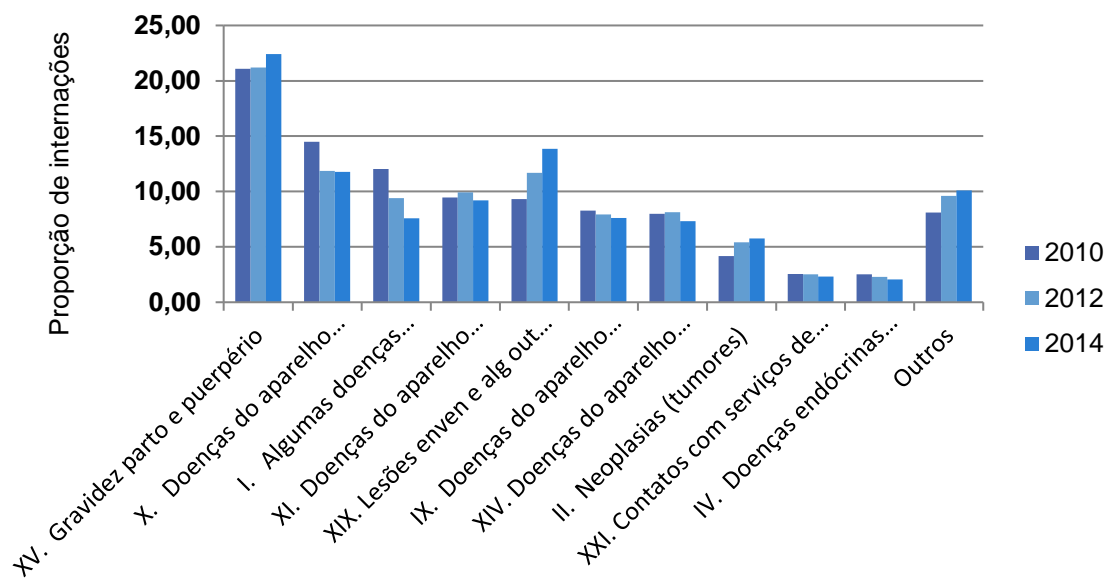
A análise do Capítulo XVIII da CID 10, mostra que houve aumento de óbitos classificados segundo essas categorias de 2010 a 2012, seguido de queda no índice em 2013, para 27 óbitos por 100 mil habitantes ao ano. O comportamento deste indicador ao longo do período, deve ser considerado relevante, dado que pode representar precária assistência médica aos usuários ou, a insuficiência de profissionais codificadores do sistema de informação oficial.

⁴⁸ Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datusus; Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

2.2.3. Morbidades da população mato-grossense

A análise das morbidades hospitalares evidencia as demandas da população por cuidados em saúde. O Gráfico 7 apresenta as principais demandas por internação pagas pelo SUS em Mato Grosso de 2010 a 2014. Dentre as 10 principais causas de internação hospitalar estão as ocorrências ligadas à gravidez, parto e puerpério que ao longo do período analisado mantiveram-se com cerca de 21% do total das internações ⁴⁹. Estas demandas incluem desde a busca por uma assistência segura no momento do parto, até a necessária atenção em casos de aborto, abrangendo inclusive as complicações decorrentes do parto.

GRÁFICO 7 – MORBIDADES HOSPITALARES (POR 100) SEGUNDO CAPÍTULOS CID 10 QUE TIVERAM MAIOR OCORRÊNCIA EM MATO GROSSO DE 2010 A 2014



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

As regiões de saúde de Teles Pires e da Baixada Cuiabana, apresentaram expressivas proporções de internação hospitalar por gravidez, parto e puerpério nos anos de 2010 a 2014. Durante todo o período analisado superaram a proporção de internações por essa causa registrada para o estado (cerca de 21%)⁵⁰. A região Norte Mato-grossense foi a que registrou menor proporção de internações por esta causa em 2010, alcançando aproximadamente 11% das internações hospitalares de

⁴⁹ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

⁵⁰ Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

seus residentes. Em 2014, foi a vez da região Sudoeste Mato-grossense com seus aproximados 12% de internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério⁵¹.

A distribuição percentual das internações por gravidez, parto e puerpério, indica a necessária organização da rede materno-infantil no estado, que por sua vez, deve ter como porta de entrada as unidades básicas de saúde, ordenadoras da rede de atenção materna e infantil, e os pronto-atendimentos voltados para as situações de urgência e emergência. Ambos devem estar aptos a atender integralmente tanto às gestantes quanto os seus filhos durante a infância e adolescência.

As lesões resultantes de traumatismos, envenenamento, queimaduras, intoxicações por drogas, dentre outras, foram a segunda principal demanda por cuidados hospitalares em todo o território mato-grossense, em 2014 (14% das internações). Em 2010, ocupavam o quinto lugar no ranking das principais causas de internação, com cerca de 9% do total de internações naquele ano⁵².

Vale ressaltar, que neste conjunto de necessidades, encontram-se os ferimentos por arma de fogo e, ou arma branca e os acidentes automobilísticos, bem como as quedas sofridas pelos idosos. Sobre este Capítulo da CID 10, importa ainda, apontar sua curva ascendente durante o período de 2010 a 2014, cujo valor proporcional ultrapassou o das doenças do aparelho respiratório a partir de 2013.

Em 2010, a maior proporção de internações por causas externas foi registrada pela região Norte Araguaia Karajá, com cerca de 15% do total de suas internações. As regiões Noroeste Mato-grossense e Araguaia Xingu vieram em seguida, ambas com aproximados 13%⁵³. A região Teles Pires ficou entre aquelas com maior proporção de internações (cerca de 12% das internações para esta região) e a região Centro Norte foi a última classificada com aproximadamente 6%⁵⁴

Em 2014, as regiões: Teles Pires e Oeste Mato-grossense registraram os maiores valores proporcionais de internações por causas externas, ambas, 19%. Neste ano, a região Centro Norte já se aproximava da proporção estadual com pouco mais de 12% do total de internações e a região Médio Araguaia com 7% do total de internações hospitalares por causas externas. De janeiro a outubro de 2015, a região Oeste Mato-grossense já havia

⁵¹ Idem.

⁵² Ibidem.

⁵³ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

⁵⁴ Idem.

registrado cerca de 17% de internações por causas externas⁵⁵. As demandas de internações por causas externas estão condicionadas pela oferta de serviços do SUS na região de saúde e não correspondem, necessariamente, ao quadro nosológico da população. É possível que os vazios sanitários característicos de certas regiões do estado, limitem o acesso aos cuidados hospitalares e contribuam para a subnotificação dos casos registrados. Entretanto, a análise da distribuição percentual das internações hospitalares por causas externas pagas pelo SUS, evidencia esta necessidade em todo o território mato-grossense.

As internações por infecções agudas das vias aéreas superiores e inferiores, dentre elas a gripe, a pneumonia, as doenças crônicas de vias aéreas inferiores foram relevantes ao longo do período, embora seus registros indiquem, que no período de 2013 a 2014, a proporção de internações por estas causas sofreu redução.

De 2010 a 2012, as internações por doenças respiratórias compuseram o segundo percentual de internações hospitalares em todo o território mato-grossense, onde se destaca a região de saúde Médio Norte Mato-grossense com 25% de sua distribuição percentual para as doenças compreendidas por esse capítulo da CID 10⁵⁶

Porém, ao longo do período analisado observa-se que a distribuição percentual para estas doenças sofre redução, cedendo lugar paulatinamente às causas externas. As internações por causas atreladas às afecções do aparelho digestivo, surgem como a quarta principal causa de morbidade que resultou em internações em 2014, demandando assim cuidados hospitalares. A ocorrência das mesmas só não foi superior às doenças infecciosas e parasitárias em 2010. Em 2013 e 2014, apesar do aumento da proporção de internações observado nos anos anteriores, as doenças do aparelho digestivo sofreram queda na distribuição percentual da morbidade hospitalar.

As doenças do aparelho circulatório sofreram progressivas reduções na proporção de internações desde 2010. No entanto, vale destacar que estas doenças surgiram como as principais causas de óbitos em todo o território mato-grossense durante o período 2010 a 2012⁵⁷. A estas doenças soma-se o risco de adoecer e morrer por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e que ao longo do período analisado, não sofreram alterações significativas no que se relaciona à sua proporção de internações.

Semelhante às doenças do aparelho circulatório, as doenças infecciosas e parasitárias apresentaram queda progressiva no percentual

⁵⁵ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Sistema de Informações Hospitalares – SIH

de internações. Neste conjunto de doenças estão localizadas: a tuberculose, a hanseníase, a sífilis, a raiva, o tracoma, a malária, as leishmanioses tegumentar e visceral, as doenças sexualmente transmissíveis, as hepatites virais, as doenças causadas pelo HIV e a dengue.

A taxa de incidência de tuberculose em Mato Grosso, calculada pontualmente para os anos 2010, 2012 e 2014, evidenciou curva ascendente do risco de contrair esta doença em todo o território mato-grossense com índices iguais a 46, 52 e 63 casos novos por 100 mil habitantes, respectivamente⁵⁸

Em 2015, a taxa de incidência de tuberculose caiu para 48 casos novos por 100 mil habitantes. A região de saúde de maior risco identificado foi Garças Araguaia, com 186 casos novos por 100 mil habitantes/ano. A análise deste indicador segundo a faixa etária, permite identificar que o maior risco de contrair a doença foi dos idosos, com 90 casos novos por 100 mil habitantes em Mato Grosso no ano 2015, seguidos da população com idade entre 15 e 59 anos apresentando cerca de 54 casos novos por 100 mil habitante⁵⁹. A proporção do número de casos novos segundo a raça e, ou etnia indicou que ao longo do período 2010 a 2015, a doença predominou em indivíduos pardos e brancos com ensino fundamental incompleto. Em geral taxas elevadas de incidência de tuberculose estão associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e precária assistência dos sintomáticos. Além disso, a morbidade pode aumentar quando associada com a infecção pelo HIV.

A proporção de cura de casos novos de tuberculose calculada para 2015 confirmou os obstáculos que o SUS estadual enfrentou nesse ano, para alcançar a meta pactuada de 73% de cura para os casos novos. A análise da série histórica mostrou que os índices alcançados contrariaram o objetivo proposto: em 2010, o estado alcançou cerca de 76% de cura dos casos novos, porém nos anos seguintes houve redução desta proporção chegando a alcançar 67,5% em 2015⁶⁰. Dentre os desafios enfrentados destacam-se a baixa adesão dos pacientes ao tratamento, sobretudo das populações indígenas e privadas de liberdade; a não implementação de práticas ampliadas de cuidado nas unidades de saúde; reduzida rede de referência hospitalar para o tratamento dos casos multirresistentes; desarticulação das ações realizadas associadas à indefinição dos processos de trabalho relativos à vigilância e à atenção em saúde; dificuldades para a implementação das ações planejadas acrescidas da reduzida visão sistêmica dos profissionais em relação à linha de cuidado.

⁵⁸⁵⁸ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de MT (abril/2016); IBGE - Censos Demográficos.

⁵⁹ Idem.

⁶⁰⁶⁰ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

Além disso, a tuberculose ainda é a principal causa de morte dos portadores de HIV, pois não há implementação do teste rápido para identificar a doença nesses usuários. O reduzido compromisso micro político dos profissionais com a atenção à saúde, associado ao compromisso macro político com o planejamento estratégico do SUS, resultam em redes de saúde desorganizadas e distantes dos problemas prioritários loco-regionais.

Vale destacar que a proporção de exames anti – HIV realizados entre os casos novos de tuberculose sofreu quedas consecutivas desde 2010 quando o exame foi realizado em 66% dos casos novos de tuberculose quando comparado com o ano de 2014, quando esta proporção alcançou apenas 44%⁶¹.

Além da tuberculose, a hanseníase é um dos agravos predominantes no estado. Em 2010, a taxa de detecção de hanseníase em Mato Grosso foi igual a 10 casos por 10 mil habitantes. Este índice classificou o estado em situação hiperendêmica, revelando o elevado risco de contrair a doença que a população residente estava exposta no início da década. Todas as 16 regiões de saúde apresentaram igualmente índices alarmantes de detecção de hanseníase. Dentre as regiões de saúde destacaram-se as regiões de: Alto Tapajós com 21 casos novos confirmados por 10 mil habitantes e a Médio Norte Mato-grossense, cujo índice alcançou 7 casos novos por 10 mil habitantes, representando assim, a região de maior índice e a de menor risco estimado⁶².

A taxa de detecção de hanseníase segundo a faixa etária, indicou que no território mato-grossense, ao longo do ano 2010, o risco foi maior para os residentes com idade acima de 60 anos em todas as regiões, exceto a região de saúde Vale do Arinos que estimou um risco mais elevado para os residentes com idade entre 15 e 59 anos, sendo 24 casos novos por 10 mil habitantes com faixa etária de 15 a 59 anos. Observa-se nesse sentido, que a região de saúde Alto Tapajós continuou liderando o ranking das regiões de saúde estimando um risco igual a 36 casos novos por 10 mil habitantes com idade acima de 60 anos⁶³.

Ainda em 2010, dentre os casos confirmados para todo o estado de Mato Grosso, aproximadamente, 60% dos indivíduos tinham ensino fundamental incompleto evidenciando que as elevadas taxas observadas para o território mato-grossense estavam associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômicos dos quais, a escolaridade destaca-se como dimensão de expressiva importância.

Em 2015, a situação analisada não evidenciou mudanças expressivas uma vez que o estado continuou hiperendêmico, apresentando 11 casos novos por 10 mil habitantes/ ano. A população de maior risco continuou

⁶¹ Idem.

⁶² Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

⁶³ Idem.

sendo os idosos; e os pardos e brancos continuaram com maior proporção de casos segundo raça e, ou etnia. Além disso, ao longo do período 2010 a 2015 os indivíduos com ensino fundamental incompleto predominaram dentre os casos novos confirmados⁶⁴

De 2010 e 2013, houve aumento do número de casos notificados de sífilis congênita na população residente em Mato Grosso, respectivamente, 4,8 casos novos por 1 mil nascidos vivos e 6 casos novos por 1 mil nascidos vivos⁶⁵. Este aumento supõe progressão da transmissão vertical do agente causador da doença: o *Treponema pallidum*. O comportamento crescente da doença transmitida desta forma, também evidencia que no território mato-grossense existem condições favoráveis à transmissão da doença revelando dentre outros, as deficiências da atenção à saúde da mulher, sobretudo durante o pré-natal.

Em 2010, a região de saúde que maior risco de contrair sífilis ofereceu aos seus nascidos vivos foi a Araguaia Xingu com 9,37 casos novos de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos. Na sequência outras regiões de saúde destacaram-se: a região Vale do Peixoto com cerca de 8 casos novos de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos e as regiões Sul Mato-grossense e Teles Pires com, aproximadamente, 6 casos novos de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos. No mesmo ano, as regiões Centro Norte e Baixada Cuiabana apresentaram 5 casos novos de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos aproximando-se do índice estadual (4,88 casos novos de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos)⁶⁶. Das regiões de saúde cujas taxas de incidência de sífilis congênita para o ano 2010 sugerem menor risco destaca-se a região Sudoeste Mato-grossense que apresentou menos de 1 caso de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos, valor considerado aceitável pelo Ministério da Saúde⁶⁷

Em 2013, o aumento do número absoluto de casos novos de sífilis congênita (321 casos novos) no território estadual, foi reforçado pelo aumento do risco de gestantes infectadas transmitirem a doença aos seus fetos (6 casos novos de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos)⁶⁸. Além disso, um maior número de regiões de saúde notificou novos casos de sífilis congênita, sugerindo melhorias das condições técnico-operacionais de vigilância epidemiológica (sensibilidade e especificidade de técnicas laboratoriais, rigor dos critérios de definição dos casos e sistemas de notificação com menor margem de erros).

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016); MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

⁶⁶ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016); MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

⁶⁷ Idem.

⁶⁸ Ibidem.

A região Araguaia Xingu continuou no topo da lista das regiões de saúde com maior taxa de incidência de sífilis congênita em todo o território estadual, seguida da região Sul Mato-grossense que aumentou substancialmente a sua taxa de incidência. Em seguida, as regiões Sudoeste Mato-grossense, Oeste Mato-grossense, Norte Araguaia Karajá, Médio Araguaia também revelaram aumento em seus índices. As regiões Vale do Arinos e Vale do Peixoto apresentaram riscos de infecção mais próximos do observado para o estado naquele ano.

Dentre as regiões que menor número de casos notificou em 2013, destaca-se a região de saúde Alto Tapajós que reduziu seu indicador para valores anuais considerados aceitáveis para sífilis congênita. Importa ressaltar que, em 2010, esta classificação foi ocupada pela região Sudoeste Mato-grossense, que passou a ser uma das três regiões de maior risco com cerca de 8 casos novos de sífilis congênita por 1 mil nascidos vivos ao ano demonstrando o crescimento expressivo da doença em gestantes e recém-nascidos no território mato-grossense.

Para 2015, os números de casos novos registrados apontam para a redução dos mesmos em Mato Grosso e suas regiões. No entanto, este comportamento deve ser visto com cautela diante do crescimento da doença em todo o território nacional. As ações de controle da sífilis congênita devem ser reorientadas e localizadas numa abordagem estratégica da gestão do SUS, visando a assistência, o diagnóstico precoce e o tratamento dos casos identificados em tempo hábil para prevenir a transmissão vertical não só desta doença, mas das demais doenças sexualmente transmissíveis. A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública, está fundamentalmente balizada na busca ativa dos casos de sífilis materna e congênita durante o pré-natal e nas maternidades.

O número de casos novos de Aids em menores de 5 anos registrado em 2015⁶⁹ representou 4 casos. Este número é considerado alto pois supera o índice pactuado para este ano (3 casos novos), além de representar o risco de ocorrer casos novos de Aids em nascidos vivos e em menores de 5 anos. O índice registrado para 2015 mostra que o risco da população alvo contrair a doença aumentou em Mato Grosso. Este número pode ter sido influenciado por falhas no atendimento pré-natal e/ou pelo aumento da oferta da testagem sorológica.

Em Mato Grosso, os pacientes com HIV/Aids apresentam um perfil semelhante ao perfil nacional, evidenciando aumento expressivo de jovens na faixa etária de 20 a 25 anos com diagnóstico confirmado. No entanto

⁶⁹ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

difere do contexto nacional na categoria de exposição por apresentar maior incidência na população heterossexual. O cálculo do indicador mostra que a meta pactuada para a proporção de pacientes HIV positivo com o 1º CD4 apresentando resultado inferior a 200 cel. /mm³ não foi alcançada. A análise da série histórica evidenciou que em 2014, o estado alcançou 23,4% da população alvo e, em 2015, não só ficou aquém do resultado esperado, mas, sobretudo, deixou de identificar novos casos na medida em que só conseguiu captar cerca de 17% da população infectada e sem tratamento antirretroviral⁷⁰.

A Tabela 8 apresenta a situação das hepatites virais no estado e nas regiões de saúde. A menor taxa de incidência de hepatite A para o estado foi identificada em 2012 quando 3,37 casos novos por 100 mil habitantes foram registrados. Em 2014, esta taxa evoluiu para 9,49 casos novos por 100 mil habitantes em Mato Grosso e dentre as regiões de saúde a de maior risco foi a Oeste Mato-grossense com 47,94 casos novos por 100 mil habitantes e a Noroeste Mato-grossense com 26,26 casos novos por 100 mil habitantes. Em todos os anos analisados a hepatite A predominou em indivíduos do sexo masculino.

A taxa mais expressiva foi identificada para a hepatite B que, em 2012, alcançou índices 35,34 casos novos por 100 mil habitantes. As regiões de maior índice foram: em 2010, Vale do Arinos, Médio Araguaia, Vale do Peixoto e Teles Pires; em 2013, destacam-se as regiões Noroeste Mato-grossense, Vale do Peixoto e Médio Araguaia; e em 2015, as regiões Norte Mato-grossense e a Vale do Arinos foram as que maiores índices apresentaram. A ocorrência de hepatite B em gestantes mato-grossenses foi decrescente considerando os anos analisados. Além disso, os casos confirmados de hepatite B predominaram nas mulheres.

Contrariando o comportamento da hepatite B no estado, a hepatite C assumiu curva ascendente considerando o conjunto dos anos analisados. Em 2010, este tipo de hepatite é mais expressivo na região Teles Pires (19,30 casos novos por 100 mil habitantes) e predominou nos homens residentes. Em 2012, foi a vez das mulheres da região Sul Mato-grossense que registrou 15,22 casos novos por 100 mil habitantes. Em 2015, as regiões Oeste Mato-grossense, Baixada Cuiabana e Sul Mato-grossense destacaram-se dentre as demais regiões de saúde com casos novos predominantes nos homens.

⁷⁰ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

Tabela 8 – Hepatites virais em Mato Grosso e regiões de saúde – 2010, 2012 e 2014

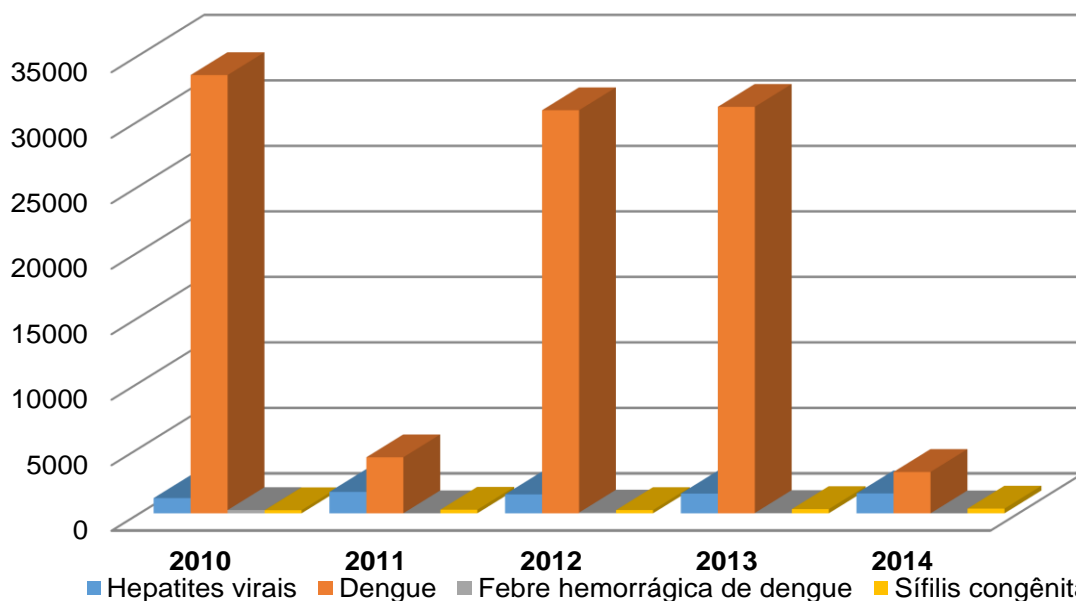
Regiões de Saúde	2010								2012								2014							
	Hepatite A			Hepatite B			Hepatite C		Hepatite A			Hepatite B			Hepatite C		Hepatite A		Hepatite B			Hepatite C		
	Taxa de incidência (x 100 mil hab.)	Taxa de incidência em menores de 14 anos (x 100 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)	Taxa de detecção (x 1 mil hab.)	Taxa de detecção em gestantes (x 100 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)	Taxa de detecção (x 100 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)	Taxa de incidência (x 100 mil hab.)	Taxa de incidência em menores de 14 anos (x 100 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)	Taxa de detecção (x 100 mil hab.)	Taxa de detecção em gestantes (x 1 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)	Taxa de detecção (x 100 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)	Taxa de incidência (x 100 mil hab.)	Taxa de incidência em menores de 14 anos (x 100 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)	Taxa de detecção (x 100 mil hab.)	Taxa de detecção em gestantes (x 1 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)	Taxa de detecção (x 100 mil hab.)	Razão de sexos (x 100)
Médio Araguaia	2,45	-	100,00	65,04	2,56	96,30	3,68	50,00	5,89	8,43	66,67	60,10	1,99	64,52	2,36	100,00	2,24	-	33,60	2,28	87,50	4,48	30,00	0,00
Alto Tapajós	2,02	3,93	-	24,20	7,27	20,00	3,03	50,00	-	-	-	34,82	6,80	45,83	0,99	-	1,95	-	48,86	3,75	72,41	4,89	15,00	0,00
Vale dos Arinos	-	-	-	252,51	37,74	67,95	5,78	50,00	-	-	-	47,99	8,97	31,58	-	-	-	-	51,67	6,79	58,82	3,83	-	-
Garças Araguaia	1,70	-	-	5,94	-	75,00	-	-	2,51	-	50,00	4,19	2,13	25,00	0,84	-	2,48	-	9,93	5,93	200,00	0,83	-	-
Oeste Mato-grossense	2,69	2,10	150,00	4,84	0,73	200,00	2,15	33,33	14,92	10,65	133,33	9,06	1,71	142,86	2,13	100,00	47,94	121,95	17,91	1,98	78,95	11,59	17,50	0,00
Norte Mato-grossense	5,89	-	33,33	29,43	5,04	53,85	2,94	-	-	-	-	22,14	4,92	50,00	2,95	100,00	2,96	-	114,14	0,92	87,80	-	-	-
Baixada Cuiabana	6,14	14,59	194,74	17,88	1,51	73,40	5,92	134,78	0,86	0,75	166,67	10,99	1,38	92,45	8,84	115,79	8,74	144,12	15,05	1,38	95,89	10,95	11,22	2,24
Centro Norte	6,44	20,28	100,00	16,09	1,53	66,67	2,15	100,00	-	-	-	23,28	1,63	120,00	3,17	50,00	-	-	9,36	0,73	50,00	3,12	20,00	0,00

sem registro da pop/ habitante para o ano considerado

Vale do Peixoto	4,19	3,87	300,00	59,71	1,54	111,11	11,52	175,00	1,02	-	-	80,97	3,77	92,68	3,07	200,00	1,00	-	82,11	8,97	82,22	4,01	33,33
Sudoeste Mato-grossense	6,44	9,80	75,00	9,19	1,66	100,00	0,92	-	4,52	1,81	25,00	9,04	1,57	66,67	6,33	40,00	1,77	-	6,20	2,06	600,00	3,55	10,00
Araguaia Xingu	1,31	-	-	15,66	-	500,00	1,31	-	23,99	21,47	72,73	25,25	1,79	53,85	3,79	-	-	-	-	-	-	-	-
Sul Mato-grossense	6,41	4,20	81,25	20,55	2,67	55,00	2,87	225,00	2,79	0,21	160,00	58,08	2,41	108,46	15,22	97,22	1,85	80,00	26,55	2,85	81,69	10,50	11,25
Teles Pires	6,07	4,54	83,87	51,94	7,25	83,87	19,30	112,50	6,01	16,05	110,00	58,92	6,65	98,08	6,58	283,33	16,14	125,93	47,63	4,07	104,55	9,00	12,67
Médio Norte Mato-grossense	1,94	3,65	100,00	16,93	5,31	25,00	1,94	100,00	0,93	0,47	-	40,06	5,42	62,26	10,25	175,00	2,66	20,00	30,61	2,62	86,49	7,54	24,00
Noroeste Mato-grossense	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112,04	7,87	86,90	5,00	-	26,26	62,50	47,13	3,13	70,73	6,06	12,50
Norte Araguaia Karajá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,80	-	-	-	-	-	-
Mato Grosso	4,68	8,72	118,46	26,37	3,53	72,79	3,89	126,92	3,37	8,18	101,92	35,34	3,24	86,93	7,41	126,47	9,49	117,02	28,50	2,75	88,32	8,06	126,09

Fonte: IBGE - Estimativas de população. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Gráfico 8 - Números absolutos de dengue e outras doenças de notificação compulsória em Mato Grosso – 2010 a 2014



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 12/2015).

O Gráfico 8, mostra o comportamento flutuante da dengue em relação ao período analisado e às outras doenças de notificação compulsória. A Tabela 9 apresenta a taxa de incidência de dengue que estima o risco de ocorrer casos desta doença numa dada população em um período considerado. Em 2010, Mato Grosso enfrentou expressiva epidemia de dengue em todo o seu território. Observa-se que a população exposta correu o risco de desenvolver dengue segundo uma taxa de 1.148 casos confirmados de dengue para 100 mil habitantes.

Em 2014, a taxa de incidência não foi tão expressiva e, em 2015, o risco voltou a subir alcançando 454,1 casos confirmados de dengue por 100 mil habitantes. Das regiões de saúde com maior expressividade do risco em 2010 destaca-se a Garças Araguaia com taxa de indecência de 3.107 casos novos por 100 mil habitantes; em 2015, foi a vez da Teles Pires que registrou 980 casos confirmados de dengue para 100 mil habitantes.

TABELA 8 - NÚMEROS ABSOLUTOS E TAXA DE INCIDÊNCIA (POR 100 MIL HABITANTES) DA DENGUE PARA MATO GROSSO E REGIÕES DE SAÚDE – 2010, 2014 E 2015

Regiões de Saúde	2.010		2.014		2.015	
	n. absoluto de casos	taxa de incidência (por 100 mil hab.)	n. absoluto de casos	taxa de incidência (por 100 mil hab.)	n. absoluto de casos	taxa de incidência (por 100 mil hab.)
Baixada Cuiabana	6.364	698	1.662	175	3.389	354
Oeste Mato-grossense	2.822	1.518	308	162	364	191
Médio Araguaia	424	520	41	46	548	602
Alto Tapajós	866	873	678	663	396	385
Médio Norte Mato-grossense	1.230	595	111	49	1.235	538
Araguaia Xingu	190	248	92	111	28	33
Sul Mato-grossense	7.033	1.554	295	61	1.922	390
Garças Araguaia	3.662	3.107	135	112	300	247
Noroeste Mato-grossense	2.652	1.979	401	270	1.053	694
Vale do Arinos	691	1.332	56	107	488	933
Vale do Peixoto	977	1.024	86	86	708	703
Sudoeste Mato-grossense	1.905	1.751	393	348	181	159
Centro Norte	650	697	17	18	46	48
Teles Pires	4.533	1.377	1.896	502	3.813	980
Norte Mato-grossense	741	1.090	179	265	335	498
Norte Araguaia Karajá	96	449	4	17	24	103
Mato Grosso	34.836	1.148	6.354	197	14.830	454

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

A leishmaniose tegumentar americana e a leishmaniose visceral também são consideradas doenças infecciosas importantes para a situação de saúde da população mato-grossense. A primeira alcançou índices elevados de incidência no período de 2010 a 2015, respectivamente, 85,60 (2010); 64,57 (2011); 91,23 (2012); 82,43 (2013); 85,26 (2014) e 72,18 casos novos por 100 mil habitantes em 2015. Já a segunda não foi tão expressiva em termos de índices, porém, o risco de ocorrência desta doença está associado às condições socioambientais que possibilitam a proliferação dos flebotomíneos e espaços onde há intensa migração humana e canina originárias de áreas endêmicas. Em 2015, o Mato Grosso registrou taxa de incidência de leishmaniose visceral igual a 0,46 casos novos por 100 mil habitantes.

A incidência parasitária anual de malária aumentou em 2015 alcançando 0,38 exames positivos por 1 mil habitantes em todo o território mato-grossense ⁷¹. Em Mato Grosso existem dois municípios com

⁷¹ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso; IBGE – Censos demográficos e projeções demográficas para unidades da federação.

transmissão ativa e que apresentaram aumento de casos: Colniza (com ausência de ações para controle e prevenção de malária, problemas políticos com troca de gestores como prefeito e secretário) e Nova Bandeirantes (presença de garimpo e ausência de serviço de diagnóstico no garimpo).

Os demais municípios, com baixa ou sem transmissão da doença, encontram-se vulneráveis ao aparecimento de casos e surtos devido à intensa migração.

O cálculo da prevalência estimada para o diabetes melito a partir da população cadastrada nos anos considerados, atrelado ao número de cadastros de pacientes com diagnóstico confirmado da doença, somados ainda à cobertura da atenção básica no território, evidencia a ocorrência desta doença em Mato Grosso e nas dezesseis regiões de saúde. Seria razoável esperar que quanto maior a cobertura de atenção básica, maior o índice de prevalência estimado para o agravo em território, e vice-versa.

A análise de ambos os indicadores para o período 2011 a 2014, contraria este raciocínio lógico, uma vez que em 2011, a cobertura da atenção básica superou a calculada para os anos seguintes sem ter aumento direto da prevalência estimada. Observa-se que a menor prevalência (18,19 casos de diabetes melito por 100 habitantes cobertos pela atenção básica no ano) ocorreu concomitante ao maior percentual de cobertura da atenção básica (70,23% do território mato-grossense)⁷². O inverso também pode ser observado com a análise da cobertura da atenção básica. Em 2012, registrou-se a menor cobertura para o período (66,40% do território analisado), enquanto a prevalência estimada foi a maior, com cerca de 30 casos por 100 habitantes cobertos pela atenção básica no ano. Além disso, nos anos subsequentes a 2012, a cobertura de atenção básica voltou a crescer, enquanto a prevalência estimada de diabetes melito caiu de forma gradativa. O movimento dos indicadores aponta para possíveis fragilidades ou descontinuidades na linha de cuidado, bem como para reduzido acesso ao diagnóstico precoce da doença. Vale destacar que o cadastro dos usuários com diagnóstico confirmado é impreterível para o acesso à assistência farmacêutica.

O comportamento da prevalência estimada para a hipertensão arterial em Mato Grosso nos anos de 2011 a 2014 foi semelhante ao observado para o diabetes melito. A análise comparada do indicador da prevalência estimada e da cobertura de atenção básica no período, mostra que ambos seguem direções contrárias. Isto quer dizer que a elevada proporção de cobertura da atenção básica no estado, não

⁷² Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualizado em 03/2016); 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; 2013 - 2015: IBGE - Estimativas de população.

representou fator determinante para o incremento dos cadastros de hipertensos no sistema de informação oficial, compreendidos aqui como indicador de acesso do usuário ao cuidado em saúde.

Em 2012, a queda na cobertura da atenção básica de 70% para 66% do território mato-grossense, não acarretou redução do número de cadastros de hipertensos. Ao contrário, a prevalência estimada para a hipertensão arterial em todo o território considerado, foi a maior registrada no período, com cerca de 88 hipertensos cadastrados para cada 100 habitantes residentes em Mato Grosso e cobertos pela atenção básica naquele ano⁷³. Nos anos seguintes, a prevalência estimada da doença acompanhou o comportamento da prevalência estimada de diabetes melito no mesmo período, sofrendo queda gradativa, embora a cobertura de atenção básica mostrava sinais de recuperação.

Outro fator relevante para a estimativa da ocorrência de hipertensão arterial em Mato Grosso foi observado em 2013, quando o estado alcançou o maior número absoluto de cadastros, embora a prevalência estimada já estivesse decrescendo. Neste caso, é possível inferir à redução do indicador o aumento da população residente em Mato Grosso ao longo dos anos reforçando a suposição de que apesar do elevado número de cadastros, os quais refletem o acesso dos usuários aos cuidados necessários para o controle da doença, o estado e os municípios não conseguiram manter e ampliar o acesso da população hipertensa aos serviços de saúde. Dito de outro modo, a recuperação gradativa da cobertura de atenção básica, parece não ter refletido a esperada ampliação do acesso dos usuários hipertensos e diabéticos aos serviços de saúde. É relevante destacar, que o diabetes melito está associado à exposição dos indivíduos, sobretudo, à obesidade e ao sedentarismo, além de predispor a outras condições crônicas. Já a hipertensão arterial está associada a fatores de risco que além da obesidade e do sedentarismo incrementam o risco juntamente com o aumento da idade. Dentre os fatores relevantes destaca-se o consumo elevado de sal, o tabagismo, o estresse e a obesidade.

A hipertensão arterial também oferece risco para doenças renais, além de predispor a infartos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais. Chama atenção ainda, a implantação de novas equipes de Estratégia Saúde da Família acompanhada ou não, pelo aumento de horas de atendimento ambulatorial em outras unidades básicas de saúde, sem a devida rede diagnóstica e de retaguarda ambulatorial e hospitalar dos outros níveis de complexidade que podem ser determinantes para o

⁷³ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualizado em 03/2016); 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; 2013 - 2015: IBGE - Estimativas de população.

aumento dos riscos de ocorrência de outras doenças associadas e consequentemente do óbito.

O Inca estimou para 2016, cerca de mil casos novos de câncer de próstata em todo o estado de Mato Grosso que corresponde a uma taxa de incidência igual a 62 casos novos por 100 mil habitantes no ano; só na capital deverão ocorrer 450 novos casos elevando o risco para 79 casos novos por 100 mil habitantes⁷⁴. A estimativa para o câncer de próstata supera a previsão de casos novos de câncer de mama, com cerca de 710 casos novos nas mulheres mato-grossenses. O câncer de colo do útero estimado, evidencia o terceiro tipo de neoplasia maligna de maior risco para a população e, o segundo para as mulheres, em 2016. As taxas de incidência estimadas para ambos foram, respectivamente, 45 casos novos de câncer de mama e 23 casos novos de câncer de colo de útero, ambos por 100 mil habitantes ao ano⁷⁵.

A razão dos exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos de idade, apresentou 0,41 exames por 100 mulheres com idade de 25 a 64 anos. Os exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres com 50 a 69 anos de idade representou 0,14 exames por 100 mulheres com idade de 50 a 69 anos. Isso demonstra, que a oferta destes exames foi insuficiente para alcançar a meta pactuada para 2015 respectivamente, 0,45 exames citopatológicos por 100 mulheres com idade de 25 a 64 anos, e 0,17 exames de mamografia de rastreamento por 100 mulheres com 50 a 69 anos de idade. Diferentes fatores interferem nos resultados obtidos, tais como mobilização da população alvo através de ações de promoção da saúde, regularidade nas rotinas dos serviços de coleta e realização de exames, facilitando o acesso da população aos mesmos e a qualificação dos profissionais de saúde para a realização dos protocolos assistenciais estabelecidos⁷⁶.

2.3. O financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS

Questões relacionadas ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), tem se constituído numa preocupação permanente para todos os envolvidos na construção da política de saúde. No processo de gestão do SUS, os desafios sobre o financiamento da saúde tornam-se ainda mais relevantes a partir da Constituição Federal – CF de 1988, pois para Fleury (2009) a Constituição:

(...) representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro. (...) inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa

⁷⁴ Fonte: Inca - Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (acesso em abril/2016).

⁷⁵ Idem.

⁷⁶ Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso (atualização em 03/2016).

a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania.

2.3.1. A Constitucionalização dos direitos sociais

A constitucionalização de um conjunto de direitos sociais, expressos no capítulo da Ordem Social, art. 194 da Constituição Federal de 1988, garante um modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

O modelo de seguridade social estabelecido exigiria, também, transformações na forma de organização do Estado. Em alguns países, esta forma de organização está vinculada ao conceito de *Welfare State*, cuja característica central é a cobertura universal de serviços sociais básicos, como educação fundamental, previdência, assistência social e saúde. Essa forma de organização política e econômica, foi vista por Souza (1999) como “mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade capitalista para executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar de sua população”. Assim, num contexto (pós-guerra) de crescimento econômico sem precedentes, aliados à expansão de programas e sistemas de bem-estar social se estabelece, até a década de 1970 nas economias capitalistas, uma parceria bem-sucedida entre a política social e a política econômica⁷⁷.

Entretanto, no início dos anos de 1980 como afirma Draibe; Wilnês (1988), “o Estado do Bem-Estar Social – fundado sobre uma particular e fecunda aliança entre as políticas econômica e social, atingiria seus limites, esgotara suas potencialidades”. A partir daí a maioria das economias capitalistas mostra os impactos da crise vivenciada pelo Estado provedor em todos os níveis: econômico, político e social.

A performance de baixo crescimento com a aceleração inflacionária e desequilíbrios financeiros dos Estados, parece ter gerado conflito entre política econômica e política social destruindo aquele “círculo virtuoso” do pós-guerra, vivenciados pelas economias capitalistas nas décadas de 1950 e 1960. Este conflito ocorreu, por um lado, devido à adoção de medidas de políticas macroeconômicas restritivas para o controle inflacionário como, por exemplo, a elevação da taxa de juros e diminuição da oferta de moeda em circulação e dos gastos estatais.

⁷⁷ Os mecanismos de políticas macroeconômicas utilizados pelo *Welfare State* foram os de cunho keynesiano.

Medidas que, por outro lado, contrariava, com a necessidade de expansão dos gastos sociais.

Por isso, diversos aspectos foram considerados como responsáveis pela crise do *Welfare State*, sobretudo, aqueles aspectos de caráter financeiro-fiscal foram utilizados tanto por analistas de correntes conservadoras quanto por correntes progressistas, para explicar o fenômeno da crise.

Assim, é possível afirmar que os desafios do financiamento das políticas sociais de caráter universal, vem desde a escolha do *Welfare State*, como uma forma de organização social e política do Estado. Além disso, no Brasil, a necessidade de institucionalização do Estado do Bem-Estar, como forma ideal para implementar a malha de serviços sociais propostos pela Constituição Federal, ressurgiu num contexto de crise desta forma de organização do Estado. Outro ponto importante para compreender os desafios do financiamento da saúde, está na universalidade do acesso às ações e serviços, expressa no artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

2.3.2. A universalidade do acesso às ações e serviços de saúde

No texto constitucional, a universalidade do acesso está garantida quando expressa que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A partir daí, ao consagrar o direito à saúde como um direito fundamental da pessoa, estava definida a universalização das ações e os serviços de saúde e exposta, a complexidade dos desafios em torno do seu financiamento, uma vez que, para a Organização Mundial da Saúde (1995 *apud* DALLARI, 1995, p. 19), “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos”.

A Constituição Federal, visando garantir a amplitude do conceito de saúde, ainda segundo Dallari (1995), “vinculou suas realizações às políticas social e econômica e ao acesso às ações e serviços destinados, não só a sua recuperação, mas também, a sua promoção e proteção” (*grifo meu*). Além do vínculo entre as políticas econômicas e sociais no atendimento das ações e serviços universais de saúde. Existem, ainda, vínculos quanto ao acesso às ações e serviços de saúde que se colocam como outro desafio para o financiamento da saúde. Agora, aqueles peculiares à saúde enquanto um bem econômico e às características da sua demanda.

Enquanto um bem, a saúde configura-se entre os bens imateriais ou serviços, isto é, os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Na literatura econômica os bens intangíveis, objeto desta análise, são aqueles cuja realização depende da prestação humana, mesmo que se façam com o auxílio de ferramentas, que representam os bens tangíveis. Isso explica porque o setor saúde é intensivo de mão de obra.

Quanto ao atendimento das necessidades, por exemplo, estes bens são classificados como bens públicos e privados. Os bens ou serviços públicos são definidos como aqueles que atendem, concomitantemente, às necessidades de um grupo mais ou menos amplo de pessoas e, até mesmo, dos cidadãos de um país como um todo, ou seja, um bem público pode ser desfrutado por várias pessoas sem o prejuízo de nenhuma delas. Com exemplo: o combate a vetores de doenças pela vigilância em saúde. Já os bens e serviços privados são aqueles, que ao atender um indivíduo exclui outro de seu uso. Sob a ótica dos bens privados enquadram-se, por exemplo, as consultas médicas e internações hospitalares.

Observa-se, que as ações e serviços de saúde não cabem numa única definição de bens econômicos. Por isso, percebe-se que para os Constituintes de 1988, a saúde foi considerada uma espécie de bem que só o Estado pode prover. A diferença conceitual entre o bem público e privado, também permite entender a preocupação desses Constituintes quanto à participação de maneira complementar do setor privado, na oferta de serviços de saúde numa economia capitalista.

Mesmo com a crescente participação do setor privado no setor saúde, inclusive em países que optaram por sistemas públicos de acesso universal, o Estado permanece como um ente relevante no sistema de saúde. A tendência observada aponta para uma redução do papel do Estado provedor e financiador e uma presença maior do Estado regulador.

As características da demanda por ações e serviços de saúde explicam a importância do papel regulador do Estado no setor (mercado)⁷⁸ da saúde, porque um dos pressupostos básicos dos sistemas de mercado é o acesso de todos os operadores (ofertantes e demandantes) às informações sobre o mercado em que atuam e as características dos produtos nele negociados. Mas ao contrário, isto se constitui numa das falhas ou imperfeições que afeta as relações de consumo, uma vez que, o acesso a informações relevantes ocorre de forma assimétrica. No setor saúde essa assimetria se constitui numa falha relevante, pois o consumidor (usuário) desconhece, por exemplo, as

⁷⁸ O que define um mercado é o encontro de ofertantes e demandantes.

medidas que serão adotadas no caso de um tratamento médico e, por isso, delega a um profissional de saúde, o médico, a decisão sobre o que consumir. De outra forma, considerando que os consumidores não são soberanos quanto as suas decisões de consumo e, além disso, quando se trata de serviços de saúde eles se torna mais vulnerável, porque, na maioria das vezes a procura por atenção à saúde ocorre em circunstâncias de fragilidades que pode comprometer ainda mais sua racionalidade (soberania).

A relação de confiança entre consumidor (paciente) e o profissional de saúde, especialmente o médico, destaca outra característica por serviços de saúde: a elasticidade da demanda. Esta relação torna a demanda por serviços de saúde inelástica. Isto quer dizer que, o consumidor (usuário) torna-se pouco sensível a variação dos preços dos bens. Como sua decisão sobre o que consumir depende de outras pessoas, no caso, por exemplo, de uma prescrição médica sobre um medicamento ou um tratamento. A prescrição médica deixa o usuário com poucas condições, às vezes nenhuma, de escolher entre as opções de produtos e preços disponíveis no mercado.

A inelasticidade da maior parte da demanda por serviços de saúde diminui também, o grau de competição no setor saúde. Isto aliado, já as existentes estruturas de mercados concentradas⁷⁹ neste setor, tornam ainda mais complexos os desafios do financiamento da saúde e, ressaltam a importância do papel do Estado na provisão, na regulação e no financiamento do sistema de mercado, no sentido de equacionar suas imperfeições.

2.3.3. Modelos de financiamento

Para tratar da cobertura universal dos serviços de saúde, outra lei econômica se impõe: a lei da escassez. Embora possa haver diferentes graus de escassez, sempre haverá insuficiência de recursos para atender integralmente as necessidades humanas, uma vez que, estas necessidades são crescentes e ilimitadas, ocasionadas por fatores como o crescimento populacional e as inovações tecnológicas.

⁷⁹ As estruturas ou regimes de mercado são modelos de organização de mercados, onde se estabelecem regras para a interação da oferta e da demanda. Estas estruturas ou regimes são classificadas em quatro modelos clássicos: monopólio, oligopólio, concorrência perfeita e concorrência monopolística.

No campo da saúde, a escassez também se faz presente, principalmente diante das demandas cada vez mais crescentes. Dessa maneira, está posto o problema decorrente dos limites, particularmente, dos recursos financeiros para atender a universalização da demanda por bens e serviços necessários à recuperação, promoção e proteção à saúde.

Visando equacionar o problema econômico, especialmente, partir de meados do século XX torna-se crescente a participação dos Estados Nacionais no financiamento e provisão de cuidados médicos os serviços (CONASS, 2012). Na questão do financiamento, dois modelos se desenharam: o modelo contributivo ou de seguridade social, também chamado modelo de cotas, o qual é financiado por contribuições compulsórias patronais e de trabalhadores e o modelo anglo-saxão financiado por impostos gerais. De acordo com o CONASS (2012), na América Latina e no Caribe predominou a combinação dos dois modelos.

Neste sistema híbrido conviviam dois subsistemas: um contributivo ou de seguridade social, sustentado por contribuições de trabalhadores do mercado formal e outro que atendia, por meio de orçamento ministerial, a população excluída do mercado formal de trabalho. A qualidade da cobertura dada a esta parcela da população era inferior àquela proporcionada aos contribuintes da seguridade social.

O modelo anglo-saxão foi adotado por países latino-americanos como: Trinidad Tobago, Suriname, Jamaica, Haiti, Guiana, Belize, Bahamas. O Brasil adotou este modelo depois 1988. Vale destacar que esses países, com exceção do Brasil, possuem pelo menos duas características em comum: são constituídos por Estados unitários e considerados pequeno tanto em relação a extensão territorial, quanto ao tamanho da população.

A característica básica do modelo anglo-saxão está na universalidade do acesso e no financiamento estatal com a presença do setor privado. Observa-se que a constituição brasileira mantém essas premissas. Contudo, no Brasil o uso de recursos públicos por meio da concessão de incentivos fiscais às atividades privadas do setor saúde ou por meio de subsídios ou de financiamentos para planos de saúde para servidores públicos, provoca distorções no SUS, cujo objetivo é garantir o acesso universal e igualitário a todos os brasileiros. O financiamento estatal constitui-se num dos pilares do modelo anglo-saxão. No Brasil coube a Emenda Constitucional 29 definir os mecanismos de financiamento da saúde, uma vez que, a Constituição Federal de 1988 não tratou da vinculação de recursos para o financiamento de ações e serviços de saúde universais.

2.3.4. A Emenda Constitucional 29

Até o ano 2000, os mecanismos de financiamento do SUS eram indefinidos e o volume de recursos com que ele podia contar eram instáveis. Os mecanismos de financiamento da saúde foram assegurados com a criação da Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000, que acrescentou ao art.198 da Constituição Federal, definindo a base de cálculo para apuração do montante de recursos mínimos para o financiamento de ações e serviços de saúde pública da União, estados, Distrito federal e municípios. Para os estados e o Distrito Federal essa base tem origem “no produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios”. No caso dos municípios, a CF estabelece a composição da base pelo “o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art.156 e dos recursos de tratam os artigos. 158 e 159, inciso I, alínea b e §30”.

A base de cálculo, no caso da União, conforme inciso I do §20 do artigo 198 é definida nos termos da Lei Complementar nº 141 de 2012. Esta lei estabelece que o financiamento de ações e serviços públicos de saúde pela União, terá origem no “montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo do percentual de variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ”.

Neste sentido, compõe a base de cálculo dos estados brasileiros, conforme mostra o quadro 1, as receitas dos Impostos sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), imposto de transmissão causa mortis, Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), imposto de renda retido na fonte e as receitas de transferências constitucionais e legais: Fundo de Participação dos Estados (FPE), IPI das importações. Além de suas compensações financeiras, como juros e multas.

A Emenda Constitucional nº 29 de 2000, define a origem dos recursos para o financiamento do SUS. Entretanto, o montante de recursos para o financiamento de ações e serviços de saúde pública somente foi regulamentado pela Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. No caso dos estados e Distrito Federal foi estabelecido a aplicação de um percentual mínimo de 12,0% sobre as arrecadações das receitas dos impostos e de transferências constitucionais e legais constantes no quadro 9. A referida Lei estabelece ainda em seu artigo 9º, que:

Está compreendida na base cálculo dos percentuais dos Estados (...) qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º. art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial".

QUADRO 9 - COMPOSIÇÃO DAS RECEITAS DO ESTADO PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO DE RECURSOS MÍNIMOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.

Estado e Distrito Federal	RECEITAS DE IMPOSTOS	Impostos que se referem ao artigo 155 da CF.	Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviço (ICMS)
			Imposto Sobre a Transmissão Causa Mortis - ITCM
			Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA
		Impostos que se refere ao artigo 157 da CF.	Imposto de renda retido na fonte
		Artigo 9º. da Lei 141/2012- (compensações financeiras provenientes de impostos que se refere m ao § 2º do artigo 198 da CF.)	Multas, juros de mora e outros encargos dos impostos
			Receita da dívida ativa de impostos
	Artigo 10 da Lei 141/2012 - dívida ativa	Multas, juros de mora e outros encargos da dívida ativa	
	RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS	Recursos que se referem ao artigo 159 da CF.	Quota-parte do FPE
			Quota-parte do IPI - Exportações
		Transferências legais - desoneração ICMS (LC 87/96)	Transferência da Lei Kandir

Fonte: SES-MT, 2015

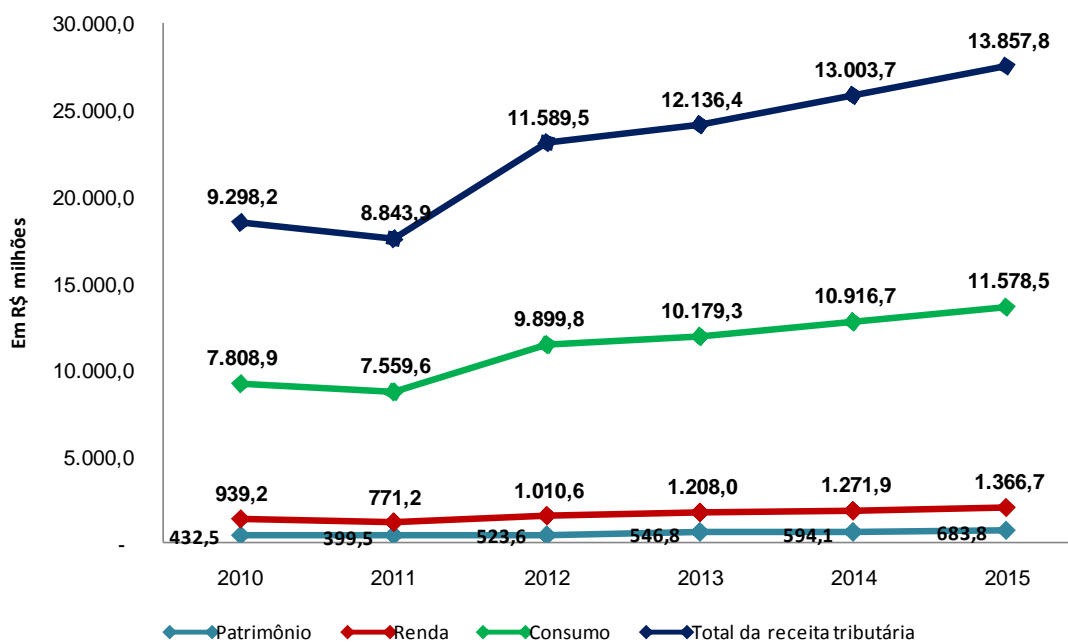
2.3.5. A situação do financiamento do SUS em Mato Grosso

A composição da base de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado mantém as características do sistema tributário brasileiro. Ou seja, é dependente dos impostos que incidem sobre a produção e o consumo de bens e serviços, conforme afirma Gianbiagi (2008, p. 260), "a carga tributária brasileira é muito dependente de impostos sobre a produção e circulação de bens e serviços".

Em Mato Grosso a evolução da arrecadação tributária, gráfico 9, evidencia esta dependência, pois, em todo o período analisado, mais de

80,0% da arrecadação tributária do estado foi decorrente de impostos que incidiam sobre o consumo. Isto mostra outro aspecto do sistema tributário: a falta de equidade. Ainda segundo o gráfico 9, a arrecadação sobre a renda e o patrimônio foi bem inferior, quando comparada com a arrecadação sobre o consumo.

GRÁFICO 9 – EVOLUÇÃO DA ARRECADAÇÃO TRIBUTÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO A PREÇOS DE 2015, NO PERÍODO DE 2010 A 2015.



Fonte: Balanço Geral do Estado/SEFAZ-MT, 2016

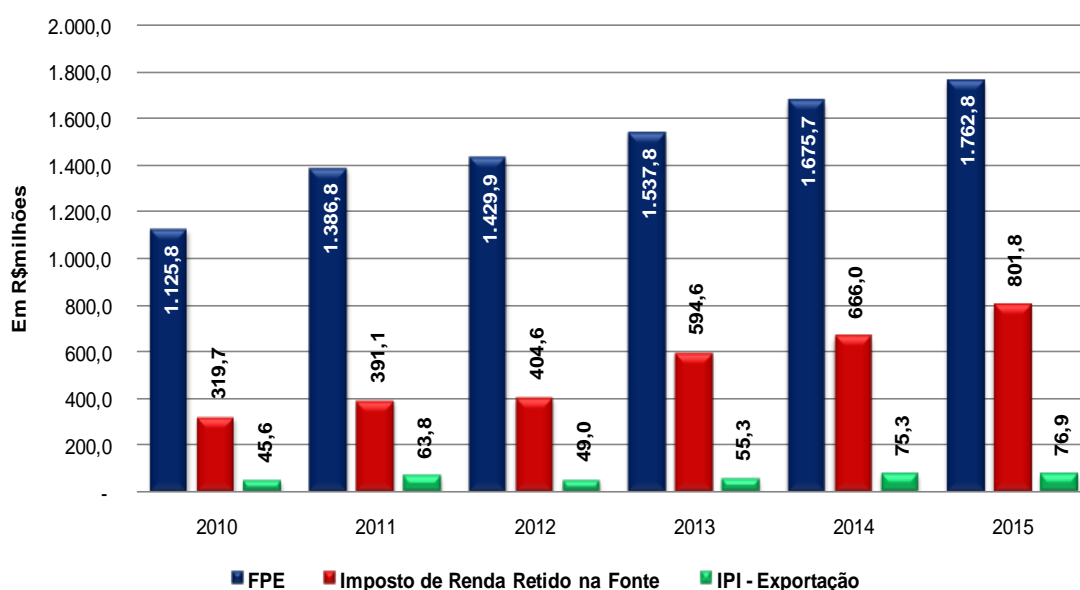
Nota: os valores a preços de 2015, corrigido pelo Índice de Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI)

Outro aspecto importante, conforme mostra o gráfico 9, é a excessiva participação dos tributos sobre bens e serviços na arrecadação estadual. Este tipo de tributação indireta, traz um alto grau de regressividade à carga tributária, na medida em que acaba onerando mais as pessoas de menor poder aquisitivo. Esta estrutura tributária, dependente da excessiva participação dos tributos sobre o consumo, leva a um estreitamento da base de arrecadação do estado e aumenta a vulnerabilidade no financiamento de setores que tem a origem dos recursos vinculada aos produtos de arrecadação de imposto que incidem na sua maioria, sobre a produção e o consumo.

Além disso, a economia mato-grossense é altamente dependente dos produtos primários ou com baixa agregação de valor dos produtos destinados, principalmente, ao mercado externo. A exportação desses produtos impulsiona a economia estadual, mas também traz problemas, porque os principais produtos vendidos para o exterior são beneficiados por leis de isenções fiscais. Isto ocasiona perdas tributárias que limitam a

capacidade de financiamento das políticas públicas, especialmente do SUS estadual, que tem no Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviço (ICMS) sua principal fonte de financiamento. O montante de recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde depende da evolução desta base de arrecadação. Assim, é importante observar a evolução das receitas que a compõem, para apuração dos recursos mínimos ao longo do período analisado.

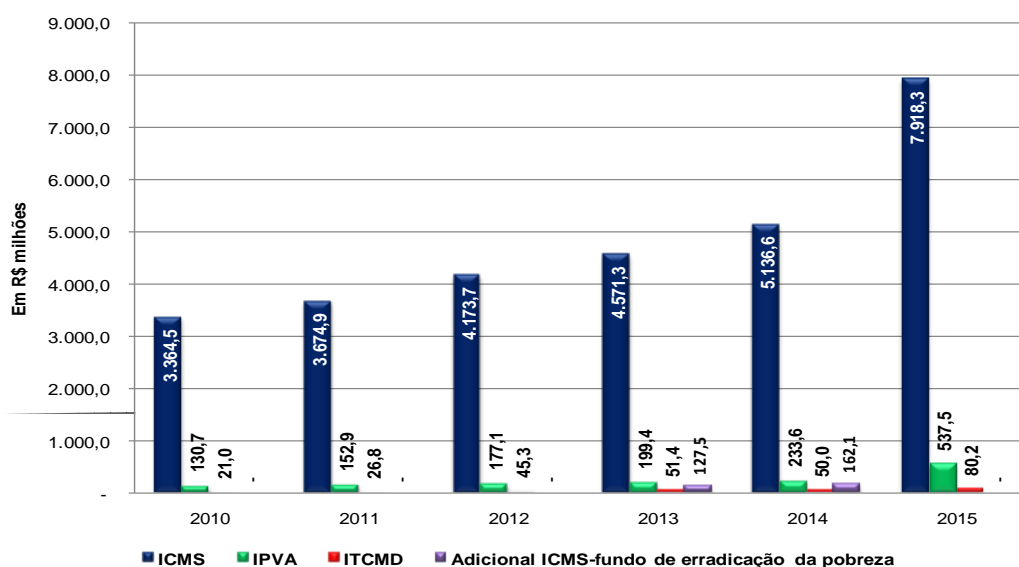
Gráfico 10 - Evolução das receitas de impostos realizadas que se referem ao artigo 155 da Constituição Federal - 2015.



Fonte: SEPLAN-MT, 2015

Cabe destacar a importância da arrecadação do ICMS e do FPE para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Em 2015, aproximadamente, 70,0% das receitas de impostos eram representadas pelo valor arrecadado com ICMS (Gráfico 10). A arrecadação com imposto de renda retido na fonte registrou 7,1% do total das receitas arrecadadas.

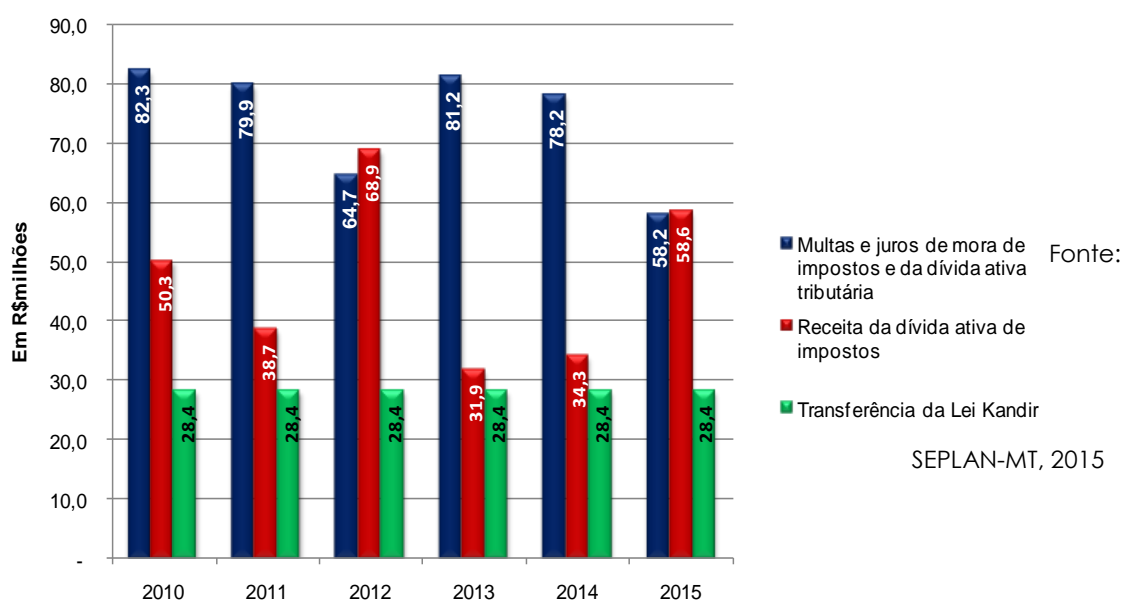
GRÁFICO 10 - EVOLUÇÃO DAS RECEITAS DE IMPOSTOS REALIZADAS QUE SE REFEREM AO ARTIGO 157 E 159 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL – 2015.



Fonte: SEPLAN-MT, 2015

De acordo com o gráfico 11, do total das receitas das transferências constitucionais e legais, a cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE) foi a mais significativa, com 15,6% do total arrecadado com estas receitas (23,3%).

GRÁFICO 11 - EVOLUÇÃO DAS RECEITAS DE COMPENSAÇÕES FINANCEIRAS PROVENIENTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS REALIZADAS QUE SE REFEREM AO § 2º DO ARTIGO 198 DA CF, POR QUADRIMESTRE – 2015

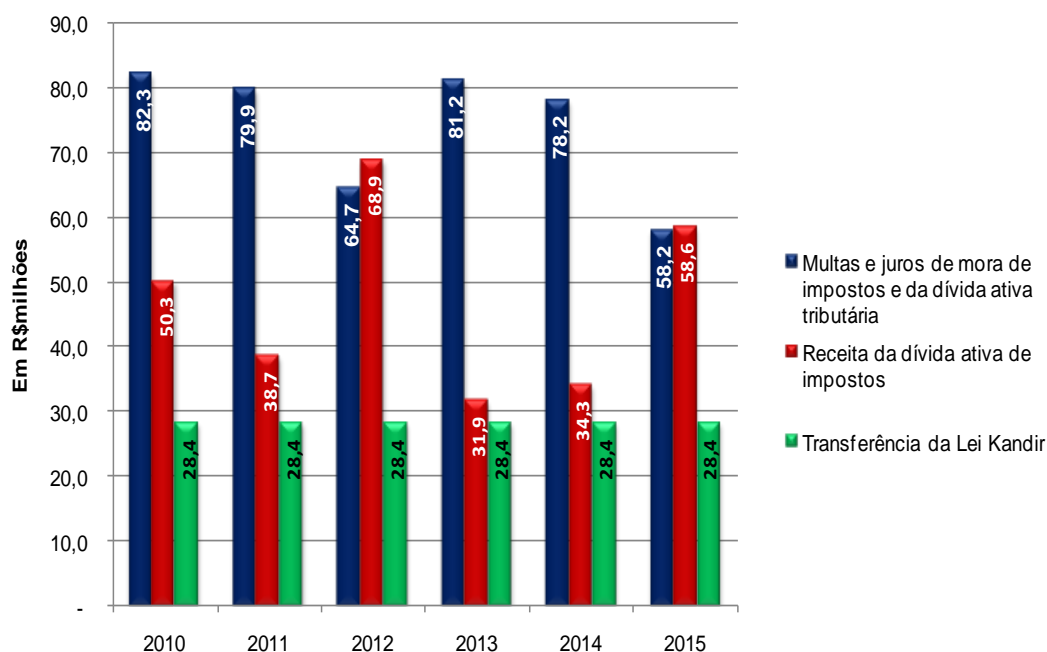


As compensações financeiras provenientes de impostos e as transferências constitucionais e legais, também compõem as receitas para apuração da aplicação de recursos mínimos em saúde pública. Estas receitas, conforme mostra o gráfico 12, no período de 2010 a 2015, representaram o incremento de R\$897,7 milhões na base de cálculo para apuração da aplicação de recursos próprios em serviços de saúde pública no Estado.

Os dados do gráfico 12 mostraram, ainda, que houve uma queda na arrecadação destas receitas. Os valores arrecadados caíram de R\$161,0 milhões, em 2010, para R\$145,2 milhões, em 2015. Isto representou uma retração de quase 10% no total arrecadado, fato que impacta negativamente na base de cálculo para apuração dos recursos mínimos para aplicação em saúde no estado.

GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DAS RECEITAS DE COMPENSAÇÕES FINANCEIRAS PROVENIENTES DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

REALIZADAS QUE SE REFEREM AO § 2º DO ARTIGO 198 DA CF, POR QUADRIMESTRE - 2015



Fonte: SEPLAN-MT, 2015

No período entre 2010 e 2015, conforme mostram os dados da tabela 10, o volume de receitas realizadas que compõem a base de cálculo para apuração da aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, atingiu o valor de R\$5.159,2 em 2010 e de R\$9.061,8, em 2015. A partir desta base de cálculo, o montante de recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde que em 2010 totalizou o valor R\$619,1 milhões e em 2015, atingiu aproximadamente, R\$1,1 bilhão. No entanto, as despesas com ações e serviços públicos de saúde registraram o valor de R\$623,0 milhões em 2010 e R\$1.139,0 bilhão, em 2015. A diferença entre os valores devidos e o total das despesas, mostra que em todo período analisado, o valor de recursos comprometidos com ações de saúde superaram o montante de recursos mínimos preconizados legalmente⁸⁰, com exceção do ano de 2011, que ocorreu o contrário.

⁸⁰ O percentual mínimo para aplicação em ações e serviços de saúde preconizado de acordo com a Lei 141 de 2012 é de 12% para os estados e o Distrito Federal.

TABELA 9 – DEMONSTRATIVO DO MONTANTE DE RECURSOS APLICADOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – 2011 – 2015

ESPECIFICAÇÕES		2011	2012	2013	2014	2015
A	TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	5.660,2	6.474,8	7.238,3	8.023,1	8.961,6
B	CÁLCULO LEI 141/2012 – 12% (A x 12%)	679,2	777,0	868,6	962,8	1.075,4
C	RECEITA REPASSADA PELA SEFAZ	699,2	785,7	908,2	1.015,3	1.086,9
D	TOTAL DAS DESPESAS EMPENHADAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO ANO	694,1	825,9	910,1	998,9	1.175,6
E	DIFERENÇA ENTRE RECEITA DEVIDA E O REPASSADO PELA SEFAZ	14,8	51,6	41,5	36,2	73,0
% APLICADO PELO GOVERNO ESTADUAL EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE		12,26	12,76	12,57	12,45	13,12

Fonte: SEFAZ-MT, 2015

Nota: a letra "A" é do RREO, a letra "C" é do FIP729 e a letra "d" idem RREO e FIP617 (soma das fontes próprias) do FIPLAN

Neste sentido, observa-se que o valor mínimo estava aquém das necessidades do setor saúde. A evolução dos valores das receitas para apuração da aplicação em saúde mostrou que o Governo atingiu o percentual mínimo de 12% em todo período analisado. Entretanto, cabe destacar que o Governo não conseguiu distanciar dos valores mínimos de gastos necessários ao setor de saúde em Mato Grosso.

Ao contrário do que ocorreu com a maioria das regiões de saúde do estado que, em média, aplicaram percentuais acima de 20,0%⁸¹ em todo período analisado (Tabela 11). Nas regiões de saúde, o efeito da tendência demográfica sinaliza para um ritmo acelerado do envelhecimento da população, o que requer políticas públicas efetivas de saúde e de previdência que visem reduzir a mortalidade precoce de

⁸¹ Para as regiões de saúde considera-se o percentual mínimo para aplicação em ações e serviços de saúde preconizado de acordo com a Lei 141 de 2012 de 15% para os municípios.

crianças, jovens e adultos, bem como proporcionar maior longevidade aos idosos

TABELA 10 – PERCENTUAL DE RECURSOS APLICADOS EM SAÚDE, SEGUNDO A EMENDA CONSTITUCIONAL (EC29), POR REGIÕES DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2010 A 2015.

Regiões de Saúde	Valores em %					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Médio Araguaia	20,73	22,96	20,40	24,55	19,45	20,83
Alto Tapajós	20,00	19,64	21,55	18,64	20,64	22,45
Garças Araguaia	18,37	19,44	21,19	19,79	22,54	22,74
Oeste Mato-grossense	21,70	19,89	20,94	20,68	23,46	25,48
Norte Mato-grossense	19,23	18,69	19,37	21,57	22,47	22,09
Baixada Cuiabana	21,27	19,39	23,24	21,28	23,14	22,88
Centro Norte	22,73	20,99	22,23	22,99	22,77	23,57
Vale do Arinos	21,59	21,36	21,23	21,88	24,83	26,82
Noroeste Mato-grossense	16,51	17,10	17,73	20,83	20,23	22,76
Vale do Peixoto	20,34	22,61	22,87	24,94	25,99	26,47
Sudoeste Mato-grossense	19,79	19,62	19,86	20,05	21,17	21,62
Araguaia-Xingu	22,05	19,72	20,26	23,63	24,25	20,89
Sul Mato-grossense	21,04	20,57	21,99	21,54	23,97	23,35
Norte Araguaia-Karajá	19,82	19,32	19,02	19,61	19,45	19,39
Tele Pires	21,95	20,31	21,77	23,49	24,30	23,91
Médio Norte Mato-grossense	20,75	21,45	23,03	23,83	23,53	23,89

Fonte: SIOPS, 2016

A análise da execução das despesas, de maneira geral, permite observar a direção dos gastos do Governo. No período analisado, pode-se observar que os gastos do Governo estadual representavam quase na sua totalidade, os gastos correntes. Conforme mostra a tabela 12, apesar de apresentar uma taxa média de crescimento anual baixa, de 1,4% ao ano, a participação destas despesas no total de gastos do estado foi acima de 90,0% no período de 2010 a 2015. Nesse período, foi registrado um aumento médio anual de 8,3% dos gastos com pessoal e encargos sociais.

Entretanto, cabe destacar que o crescimento negativo de 2,9% das despesas com juros e encargos da dívida e, de 9,3% das outras despesas

correntes, não podem ser vistos apenas sob seus aspectos positivos, uma vez que, particularmente, a redução das outras despesas correntes pode ter ocorrido, por exemplo, pelo sucateamento do patrimônio público e não por melhorias na gestão dos gastos públicos.

TABELA 11 – VALOR DAS DESPESAS DO ESTADO DE MATO GROSSO PAGAS, POR CATEGORIA E SUBCATEGORIA ECONÔMICA, 2010/2015. (R\$ MILHÕES).

Especificações		2010	2015	Taxa média geométrica de crescimento do quadrimestre (%)	Participação da subcategoria da despesa/total da despesa, 2010	Participação da subcategoria da despesa/total da despesa, 2015
Despesas correntes	Pessoal e Encargos Sociais	6.837,44	10.176,26	8,30	47,90	68,50
	Juros e Encargos da Dívida	886,27	523,38	(2,90)	6,20	3,50
	Outras Despesas Correntes	5.176,00	2.857,57	(9,30)	36,20	19,20
Subtotal		12.899,71	13.557,21	1,40	90,30	91,20
Despesas de capital	Investimentos	925,61	632,77	20,60	6,50	4,30
	Inversões Financeiras	4,80	12,04	179,20	0,00	0,10
	Amortização da Dívida	452,51	660,66	46,60	3,20	4,40
Subtotal		1.382,92	1.305,47	7,20	9,68	8,78
Despesa total		14.282,63	14.862,68	1,20	100,00	100,00
Participação das despesas correntes/despesa total		90,32	91,22			
Participação das despesas de capital/despesa total		9,68	8,78			

Fone: RREO/SEFAZ-MT Nota: os valores a preços de 2015, corrigido pelo Índice de Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI)

Outra questão importante que os dados da tabela 12 destacaram, foi o baixo nível de investimento realizado pelo estado no período entre os anos de 2010 e 2015. Mesmo tendo registrado taxas médias de crescimento anual, consideradas importantes por subcategorias das despesas de capital, como por exemplo, as inversões financeiras que representaram 179,2%, o montante de recursos aplicados com as despesas de investimento se mostraram insuficientes para um estado dinâmico e com significativos problemas de infraestrutura. Além disso, a participação

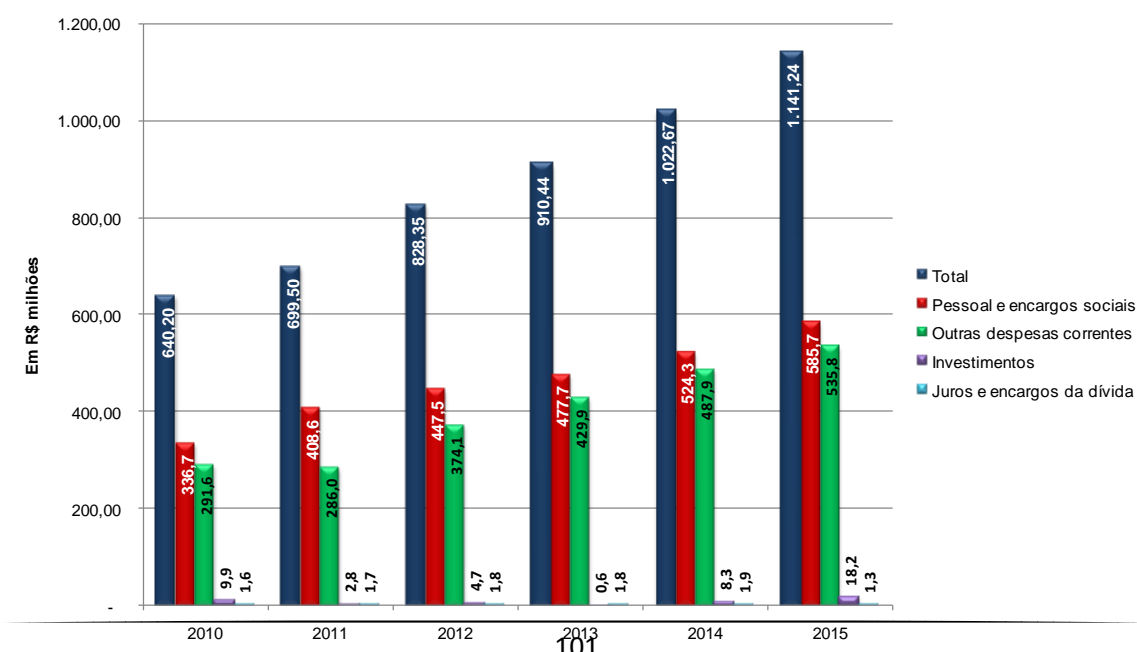
destas despesas representava menos de 10% do total das despesas realizadas.

Ressalta-se, ainda, que essa aparente melhoria nos investimentos incorre em preocupações futuras para as finanças públicas estaduais, porque não é resultante do aumento na receita própria, como ocorre com a arrecadação tributária. Os itens responsáveis por aumentos nos investimentos, foram às contratações de operações de crédito mais expressivas e maiores transferências de capital da União, particularmente, para a realização das obras da copa do mundo de 2014. Isto pode comprometer, ainda mais, os custos com a dívida pública, no médio e longo prazo.

Os gastos do setor saúde, conforme mostra o gráfico 13, seguiram no mesmo sentido dos gastos gerais do Governo Estadual. Entre os anos de 2010 e 2015, as despesas orçadas com recursos próprios, totalizaram aproximadamente R\$5,3 bilhões utilizadas predominantemente, com despesas correntes da Secretaria de Estado de Saúde (SES.MT). Ao longo do período, as despesas com pessoal e encargos sociais foram as mais representativas e registraram uma participação acima de 50,0% nos gastos totais. Os gastos com investimentos somaram R\$ 44,5 milhões e representaram menos de 1,0% do total dos gastos.

Este volume de recursos aplicados em investimentos, além de ser considerado pífio para propiciar mudanças significativas no cenário de desestruturação da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), evidencia que o sucateamento das unidades de saúde da SES, contribuiu para a redução dos gastos correntes já citados, uma vez que há quase dez anos não se prioriza os gastos com investimentos no setor saúde.

GRÁFICO 13 - DESPESAS EMPENHADAS COM SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO, POR GRUPO DE NATUREZA DE DESPESA, NO PERÍODO DE 2010 A 2015



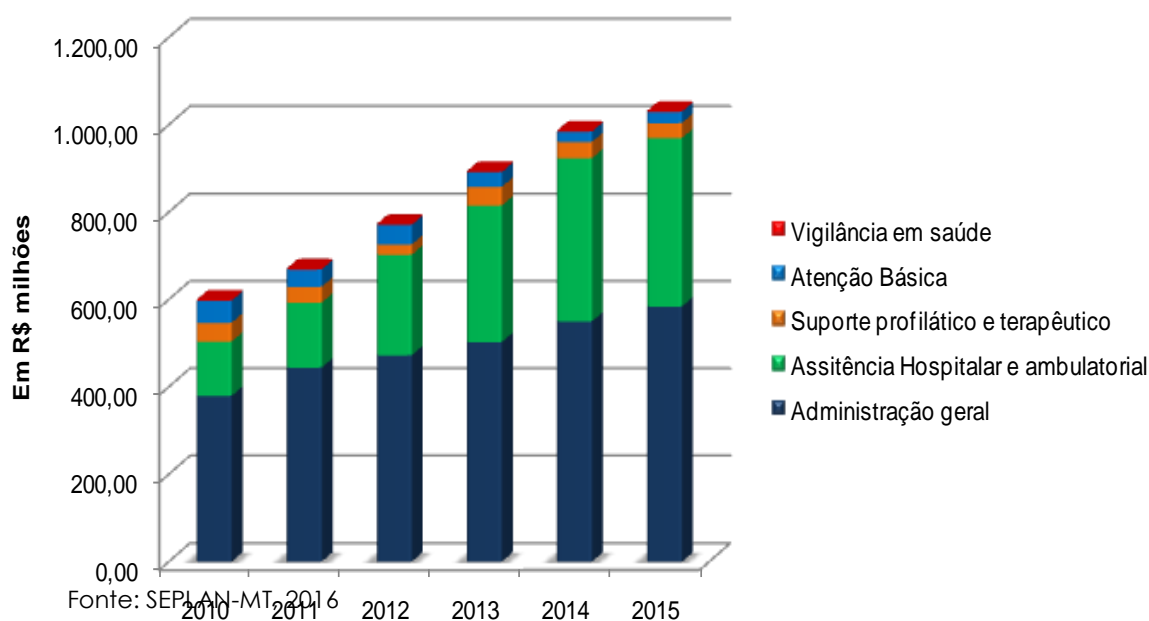
Fonte: SEPLAN-MT, 2016

Os valores das principais despesas empenhadas por subfunção, também, revelam a direção da política estadual de saúde adotada pelos gestores do SUS ao longo dos últimos anos. A destinação dos gastos por subfunção, permitiu observar, conforme mostram os dados do gráfico 14, que praticamente, 90,0% dos recursos foram direcionados para os atendimentos dos serviços da administração geral e de assistência hospitalar e ambulatorial.

Os valores dos gastos na subfunção administrativa subiram de R\$379,53 milhões, em 2010 para R\$58432 milhões, em 2015. Isto representou um crescimento médio anual de 9,1%. Enquanto o crescimento das despesas com serviços hospitalares e ambulatoriais foi de 26,6% ao ano quase três vezes maior que os gastos na subfunção administração geral, no mesmo período. Os valores aplicados nesta subfunção, saíram de R\$ 124,33 milhões, para R\$385,26, em 2015. Por outro lado, os gastos com cuidados na atenção básica, vigilância em saúde e suporte profilático e terapêutico representavam menos de 10,0% do valor total empenhado (Gráfico 14).

Cabe destacar, que a taxa de crescimento médio anual dos gastos com atenção básica foi negativa (11,1%). Os gastos com vigilância em saúde por sua vez, foram muito inferiores aos dos demais gastos e apresentou o valor médio anual de gastos na ordem de R\$453,8 mil no período. Isto se constitui num problema para os gestores públicos, uma vez que, as principais causas de mortalidade e morbidade da população mato-grossense poderiam ser evitadas com maior resolubilidade dos serviços de atenção básica nas regiões de saúde do estado.

GRÁFICO 14 – DESPESAS COM SAÚDE, POR PRINCIPAIS SUBFUNÇÃO, VALORES EMPENHADOS COM RECURSOS PRÓPRIOS, 2010 – 2015.



A manutenção deste modelo de atenção, também foi observada com a comparação entre os valores das despesas pagas com serviços de terceiros - pessoa jurídica, com as transferências para as instituições sem fins lucrativos e com a estratégia de saúde da família (tabela 13). A participação das despesas pagas para as instituições sem fins lucrativos sobre as despesas corrente, foram elevadas de 13,3% em 2010, para 44,41% em 2015, enquanto as transferências municipais para atender ações da estratégia saúde da família caiu de 4,16% para 1,48%.

Concordando com estudos já apresentados (Romano & Scatena, 2014) em 2011, Mato Grosso apresentou expressiva participação do setor privado e filantrópico, na complementação dos serviços ambulatoriais de média e alta complexidade no SUS em Mato Grosso. Cerca de 30% dos municípios careciam de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, demonstrando, como já mencionado anteriormente, considerável desequilíbrio da rede para acesso à atenção especializada nas regiões de saúde de Mato Grosso. Essa situação, somada a outros fatores possibilitou, na última década, a manutenção de um espaço para o setor privado dentro do sistema público de saúde no estado, muitas vezes por demandas judiciais e pagamentos administrativos.

TABELA 12 – VALORES DAS DESPESAS PAGAS COM SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA E COM TRANSFERÊNCIAS PARA INSTITUIÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS E PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2010 – 2015.

Ano	Despesas totais com saúde	Despesas com serviços de terceiros	% Despesa total	Despesas correntes	Transferências para instituições sem fins lucrativos	% Despesa corrente	Transferências à municípios para estratégia saúde da família	% Despesa total
	(a)	(b)	(b/a)	(c)	(d)	(d/c)	(e)	(e/a)
2010	1.208,8	210,6	17,4	679,5	90,6	13,3	50,3	4,2
2011	1.117,4	150,2	13,5	547,0	115,5	21,1	36,1	3,2
2012	1.266,0	139,5	11,0	699,7	269,4	38,5	31,5	2,5
2013	1.274,8	113,9	8,9	711,6	309,3	43,5	26,4	2,1
2014	1.353,7	112,9	8,3	751,0	317,0	42,2	19,0	1,4
2015	1.364,2	92,4	6,8	731,1	324,7	44,4	20,2	1,5

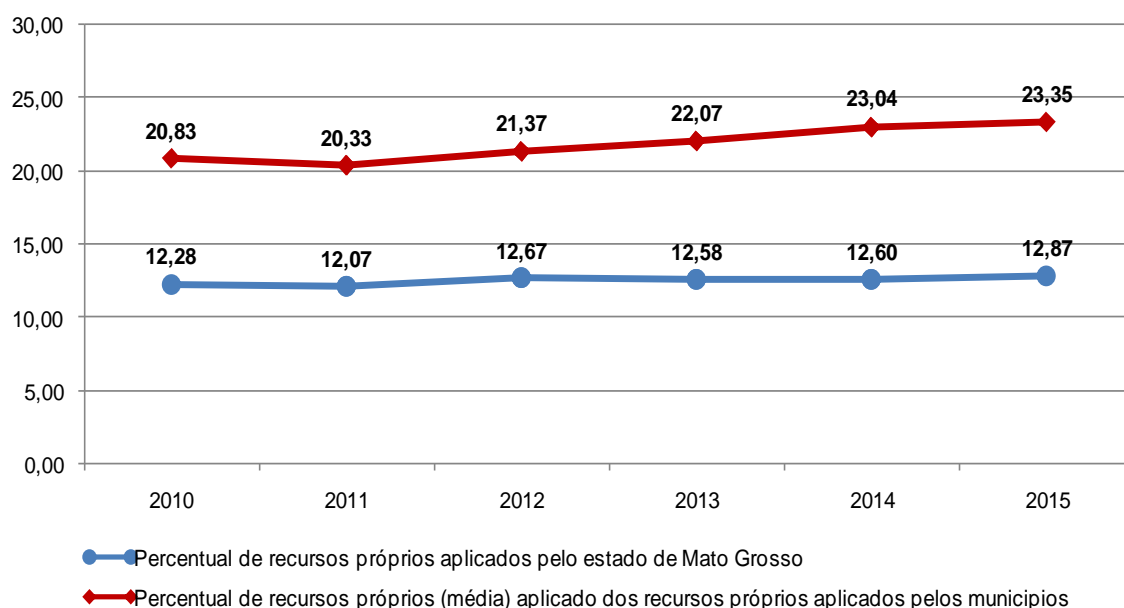
Fonte: SEPLAN-MT, 2016

Nota: os valores a preços de 2015, corrigido pelo Índice de Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI)

Os percentuais de recursos próprios aplicados em saúde pelos municípios e estado de Mato Grosso, também refletem outra lógica da destinação dos recursos no setor saúde do estado. Observa-se no gráfico 14, que a evolução dos percentuais de aplicação de recursos em saúde pelos municípios, ficou em média, acima dos 20,0%. Isto reforça a afirmação da maioria dos prefeitos, de que a participação dos municípios no financiamento das ações e serviços de saúde é cada vez mais representativa.

A evolução do percentual aplicado pelo estado, indica que neste período, a esfera estadual aplicou o mínimo de recursos preconizado legalmente. Isto mostra que o estado deve enfrentar com seriedade o seu maior desafio: garantir eficiência e eficácia às ações com transparência ao uso dos recursos oriundos das receitas estaduais.

TABELA 13 – PERCENTUAIS DOS RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS EM SAÚDE PELOS MUNICÍPIOS E PELO ESTADO DE MATO GROSSO, 2010 – 2015.



Fonte: SIOPS, 2016

A dimensão dos gastos com saúde pode ser medida pela capacidade de execução do orçamento público. Neste sentido, os dados da tabela 15, mostram que no período analisado, do total de R\$92,04 bilhões orçado foram pagos R\$88,44 bilhões. Isto significa afirmar, que 96,09% do valor orçado inicialmente foi executado. Este percentual mostra o ótimo desempenho do Governo na execução dos recursos, visto que foram previstos inicialmente R\$72,0 bilhões, suplementados R\$28,6 bilhões e cancelados R\$15,1 bilhões. Isto aumentou a dotação orçamentária final em, aproximadamente, R\$ 13,5 bilhões.

Percebe-se que o valor inicialmente planejado foi subestimado ou, era insuficiente para atender as necessidades do Governo, uma vez que, o orçamento final foi, em todos os anos avaliados, superior aos valores inicialmente programados, com exceção do ano de 2013.

TABELA 14 – EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO ESTADO DE MATO GROSSO A PREÇOS DE 2015, NO PERÍODO DE 2010 A 2015

Ano	Orçamento inicial	Orçamento final	Valor Pago	Déficit/Superávit orçamentário	% Execução	% Execução
	(a)	(b)	(c)		(c/a)	(c/b)
2010	13.565,05	16.794,31	14.282,63	448,48	105,29	85,04
2011	15.467,32	16.944,44	14.070,85	-333,68	90,97	83,04
2012	17.038,44	20,77	16.147,59	249,88	94,77	77,76
2013	15.529,50	14.067,95	14.067,95	11,04	90,59	100,00
2014	15.332,02	18,15	15.014,63	208,94	97,93	82,73
2015	15.113,94	18.032,05	14.862,67	-329,53	98,34	82,42
TOTAL	92.046,27	65.877,66	88.446,32	255,12	96,09	84,43

Fonte: SEFAZ-MT e SEPLAN-MT, 2016

Cabe observar ainda, os sucessivos déficits e superávits orçamentários. Neste sentido cabe destacar que a etapa de estimativa da receita orçamentária é essencial para o processo de planejamento, porque a receita pública bem estimada, aproxima-se mais da realidade e do volume total de recursos que o Governo poderá ter para realizar a prestação de serviços públicos. Além disso, implica ainda, na possibilidade de elaborar planos mais eficientes, com melhor resolubilidade.

Ao estimar adequadamente as receitas, melhora também a etapa de definições de prioridades do Governo. Por uma lógica bem simples é possível observar: quanto maior o volume de recursos estimados, maiores serão as possibilidades para planejar e realizar as atividades planejadas. De outro modo, o volume menor destes recursos limita expectativas e possibilidades de realização destes serviços e, conseqüentemente, o estabelecimento prioridades, torna-se necessário nessas situações.

Logo, é razoável que no planejamento orçamentário, as estimativas das receitas estejam o mais próximo possível da real capacidade de arrecadação do Governo. Senão, podem ocorrer inclusões de despesas

sem que haja capacidades de pagamentos e assim o Governo incorreria em dificuldades financeiras para honrar compromissos.

De forma geral, as práticas nas administrações públicas mais comuns são as de subestimação das receitas. Por isso para analisar a capacidade de gestão do Governo é importante considerar estas práticas de estimativas das receitas como um processo crítico, uma vez que, compromete a execução dos planos e alcance de resultados esperados pelo Governo e pela sociedade.

TABELA 15 – PROPORÇÃO DOS GASTOS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB), NO PERÍODO DE 2010 A 2015. (EM R\$)

Aplicação \ Período	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIB estadual	56,61	69,16	79,60	89,12	92,06	90,00
Despesa total com saúde	0,79	0,81	0,97	1,05	1,18	1,23
Despesa total com saúde com recursos próprios	0,59	0,64	0,76	0,85	0,98	1,03
Despesa total com saúde/PIB (%)	1,39		1,21	1,18	1,28	1,37
Despesa total com saúde com recursos próprios/PIB (%)	1,04		0,95	0,96	1,06	1,14

Fonte: IBGE e SEPLAN-MT, 2016

*Valores estimados com base na taxa de crescimento real projetada

A magnitude dos gastos com saúde pode ser vista, como mostra a tabela 16, pela comparação destes em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). No período de 2010 a 2015 as despesas totais com saúde representavam pouco mais de 1,0% do PIB estadual, enquanto que a aplicação do percentual mínimo de 12% preconizado legalmente representava 1,04% do PIB em 2010 e diminuiu sua proporção do PIB para percentuais entre 0,93% a 0,96% no período entre 2011 e 2013. A partir de 2014 retoma a trajetória de crescimento e volta para patamares acima de 1,0% do PIB.

O percentual de gastos com saúde como proporção do PIB estadual registrado ao longo dos anos analisados mostrou que o volume de recursos aplicados em saúde é relativamente baixo se comparado com o tamanho

de outras despesas obrigatórias como, por exemplo, o pagamento dos juros e encargos da dívida. Observa-se que mesmo se mostrando em queda, as proporções desses gastos sobre as despesas totais são maiores em termos percentuais, conforme mostram os dados da tabela 17.

TABELA 17 – PARTICIPAÇÃO DO PAGAMENTO DOS JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA NA DESPESA TOTAL E DA RENÚNCIA FISCAL SOBRE A RECEITA TRIBUTÁRIA, 2010 – 2015. (EM R\$ MILHÕES)

Ano	Despesa total	Pagamentos dos juros, encargos e amortização da dívida	Pagamentos da dívida/despesa total do estado	Receita total de tributos	Renúncia fiscal	Renúncia fiscal/receita total de tributos
			(%)			(%)
2010	14.282,6	886,3	6,2	9.298,2	2.355,1	25,33
2011	14.070,9	611,8	4,4	8.843,9	1.145,2	12,95
2012	16.147,6	276,3	1,7	11.589,5	1.482,2	12,79
2013	14.068,0	350,5	2,5	12.136,4	1.722,0	14,19
2014	15.014,6	422,2	2,8	13.003,8	1.728,3	13,29
2015	14.862,7	523,4	3,5	13.857,8	1.797,6	12,97

Fonte: SEFAZ-MT, 2016

Verificou-se também, que os valores deduzidos da receita orçamentária corrente por renúncia realizada, é superior aos valores destinados às ações e serviços de saúde pública no estado. De acordo com a tabela 17, estes valores deduzidos variaram entre R\$1,1 bilhão e R\$2,3 bilhões e representaram de 12,79% a 25,33% da receita tributária estadual. Só para comparar os gastos com saúde pública, só atingiu R\$1,1 bilhão em 2015.

A dinâmica demográfica do estado, sinaliza o ritmo acelerado do envelhecimento da população, o que requer políticas públicas efetivas de saúde e de previdência, que visem reduzir a mortalidade precoce de crianças, jovens e adultos, bem como proporcionar maior longevidade aos idosos. Neste contexto, destaca-se o aumento das necessidades da população por melhores serviços de saúde e evidencia o grande desafio do estado para ampliar o financiamento público em saúde.

A análise dos indicadores epidemiológicos, indica que as elevadas taxas de mortalidade e de morbidade no estado, também, se apresentam como desafios do governo, ao apontar para a necessidade de expansão

dos gastos com saúde, devido a sua relevância enquanto problema de saúde pública em todas as regiões de saúde.

III. Formulação da Agenda Estratégica - PES 2016-2019

Estratégica - PES 2016-2019
III. Formulação da Agenda

III. FORMULAÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA

A construção da “agenda estratégica” (Kindon, 1984) estabeleceu a direcionalidade da política de saúde ou, o que Matus (1993) considera um “programa direcional”, explícito e estruturado no plano de saúde, expressando segundo Paim (2006), o que deve ser feito no enfrentamento dos problemas prioritários.

Nesse momento de construção e, em função dos problemas existentes, foi caracterizado um conjunto de propósitos da organização como: missão, visão, valores. Foram traçados os compromissos políticos na saúde, expressos nos objetivos, metas, diretrizes (como linhas gerais a serem seguidas) e ações necessárias para alcançar a situação objetiva, ao longo dos prazos estabelecidos, iniciando-se em 2016 e encerrando-se em 2019.

A construção desta Agenda, constituiu a abertura de uma “janela de oportunidade” no projeto do governo (Matus, 1993), que pode permitir no processo da execução do plano, possibilidades de desenvolvimento do SUS em Mato Grosso.

3.1. Caracterização da visão, missão e valores da organização

A caracterização da visão, missão e valores contribuiu para a construção da singularidade da instituição, expressando a razão da existência da organização.

Os atores envolvidos no processo da formulação estratégica, partiram da reflexão de um contexto político institucional considerado insatisfatório, sempre imbuídos do desejo de construir uma imagem-objetiva da SES, possível de ser modificada numa situação futura e definiram como reconhecimento da instituição a:

✓ VISÃO de “excelência pela gestão inovadora, moderna, democrática e resolutiva do Sistema Único de Saúde (SUS) ”.

Os participantes manifestaram, refletiram, elaboraram e validaram em plenária, a razão da existência da SES, definindo:

✓ MISSÃO: “garantir o direito à saúde da população, por meio da gestão participativa do Sistema Único de Saúde, em parceria com os municípios e União, visando à melhoria da qualidade de vida no estado de Mato Grosso”.

A visão e a missão da instituição são guiadas por seus valores. Os valores institucionais dos atores presentes na formulação estratégica demonstram as crenças básicas, ou princípios de orientações perenes e

essenciais que norteiam suas tomadas de decisões. Os valores apresentados, discutidos e referendados na plenária foram:

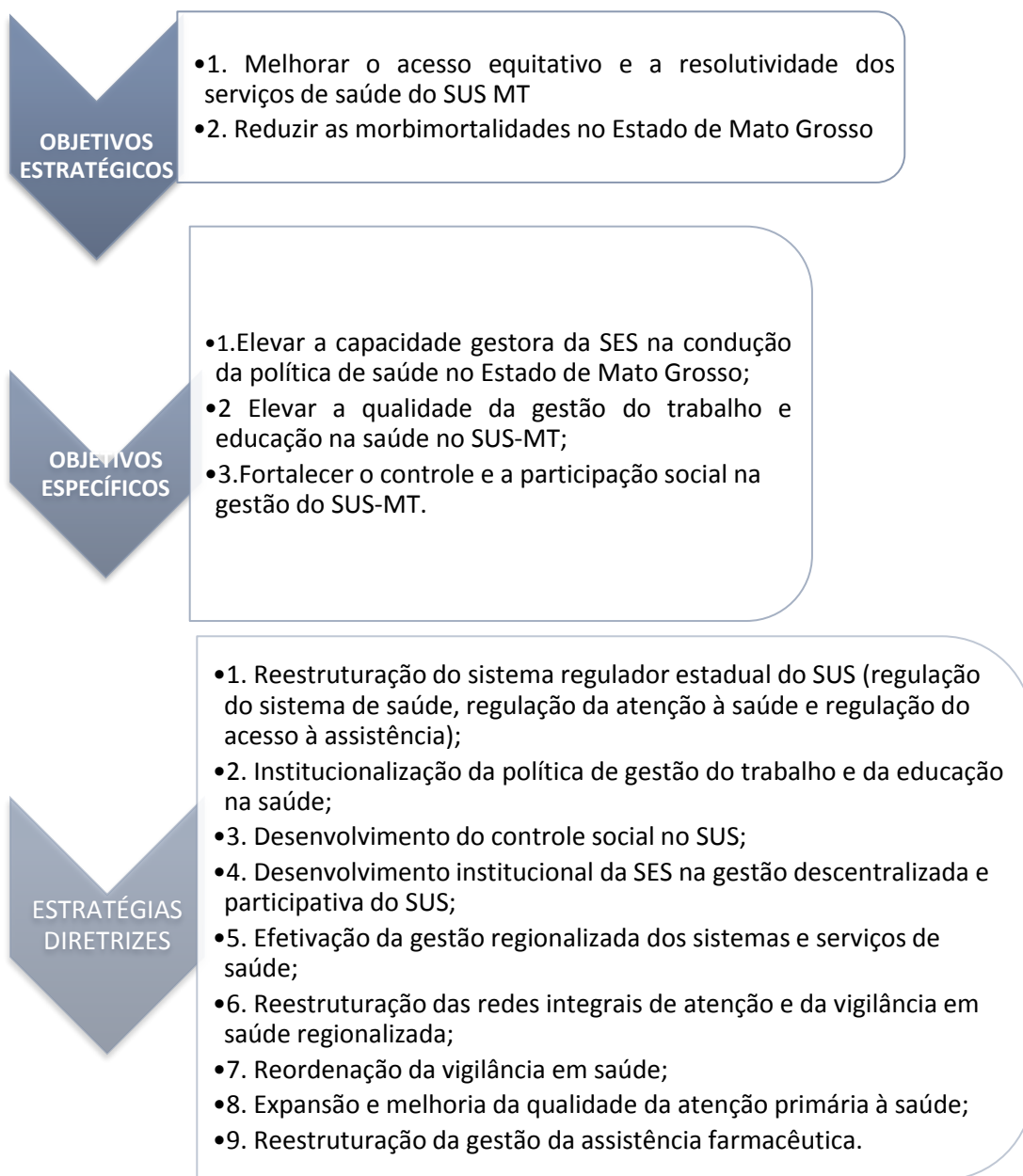
- Alteridade – saber se colocar no lugar do outro, em uma relação baseada no diálogo e valorização das diferenças existentes.
- Cooperação – ser solidário, colaborativo e interagir com as demais instituições, gestores e agentes sociais na execução dos serviços públicos de saúde.
- Ética: agir com honestidade, respeito, lealdade e moralidade;
- Equidade: tratar de forma justa e igualitária os usuários dos serviços públicos de saúde;
- Humanização – se reconhecer e reconhecer o outro, como protagonista e corresponsável de suas práticas nos processos em saúde, permitindo o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão, a escuta sensível, o acolhimento, a arte da conversa, a participação no desenvolvimento da integralidade e da equidade do cuidado à saúde.
- Integralidade – reconhecer as diferenças nas condições de vida, de saúde e necessidades das pessoas, “tratando desigualmente os desiguais” nas ações e oferta dos serviços na atenção à saúde, de modo a reduzir as desigualdades.
- Qualidade: prestar serviços de atenção à saúde com eficiência e eficácia;
- Transparência – dar publicidade e clareza aos atos e resultados dos serviços prestados à sociedade;

3.2. Objetivos e estratégias

A definição da política, expressa nos objetivos do Plano Estadual de Saúde (PES MT), demandou a identificação da situação objetivo que a organização pretende alcançar para realização do seu projeto (governo de transformação) e o que fazer para enfrentar, reduzir ou controlar os problemas priorizados. Esses objetivos podem, também, representar a “imagem invertida” ou a expressão positiva dos problemas e suas respectivas causas (Teixeira, 2010; Paim, 2006).

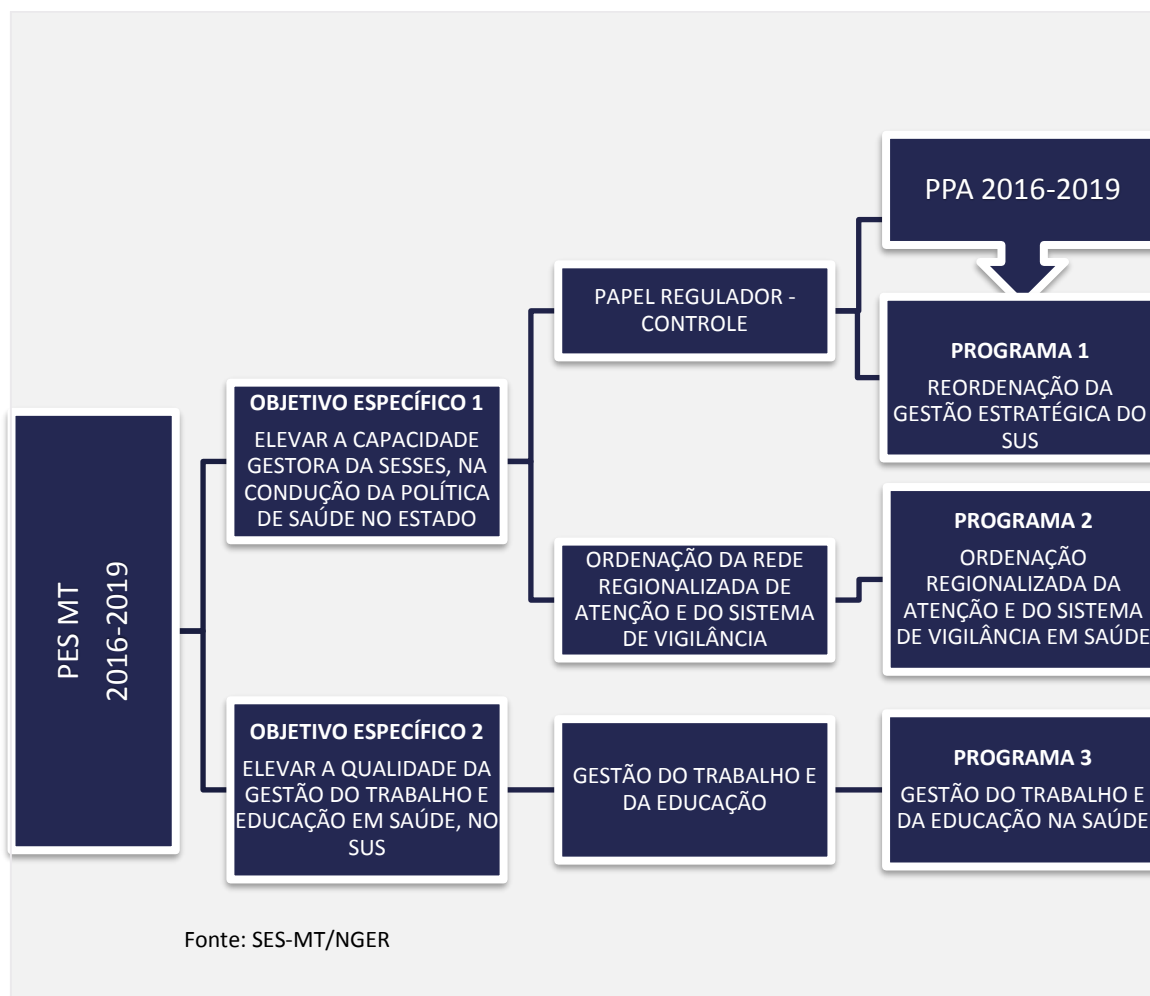
Os objetivos gerais traduzem a direção estratégica, ou diretriz do governo na área da saúde. Os objetivos específicos indicam os programas, as ações estratégicas e as sub ações (Paim, 2006) necessárias para alcance da situação objetiva desejada, ao longo dos próximos quatro anos, conforme demonstrado abaixo:

Objetivos estratégicos, objetivos específicos e estratégias do PES - MT 2016-2019.



Fonte: SES-MT/NGER

FIGURA 9 - DESDOBRAMENTOS DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PES EM PROGRAMAS DO GOVERNO DE MATO GROSSO PARA A ÁREA DA SAÚDE, NO PERÍODO DE 2016- 2019.



3.3. Metas estratégicas

As metas estratégicas representam a mensuração, quando possível, da situação objetivo que se deseja alcançar e se expressam por meio de indicadores que permitam medir o que se pretende no futuro da estratégia, concretizando os objetivos no tempo, esclarecendo e quantificando “o que” “para quem” e “quando” (Paim, 2006).

No âmbito deste PES, procurou-se elaborar metas viáveis, mas, ao mesmo tempo ousadas, para aproximar o máximo possível da formulação qualitativa dos objetivos estratégicos e constituir algo desafiante, que estimulasse a organização a se mobilizar na construção do futuro.

O primeiro desafio técnico consistiu na busca de indicadores que representassem os objetivos e, oferecessem dados disponíveis e confiáveis para apurar a atuação, permitindo acompanhamentos futuros.

O processo de trabalho para definição das metas, seguiu de reflexões sobre a trajetória dessas, em direção aos resultados finais expressos nos objetivos estratégicos e de análises da equipe técnica da SES, em relatórios de desempenho de indicadores de longo prazo da área de saúde⁸² e metas pactuadas com o governo federal ⁸³, analisando viabilidade e definindo os indicadores mais viáveis (quadro 10).

As metas definidas para o PES, vinculadas diretamente aos objetivos estratégicos e que passaram a compor as Orientações Estratégicas do Governo do Estado, no período de 2016-2019 foram:

1. Reduzir a taxa de mortalidade neonatal precoce (<7 dias) em 3%, até dezembro de 2019;
2. Reduzir a razão da mortalidade materna em 9,8%, até dezembro de 2019;
3. Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das DCNTS (Doenças do Aparelho Circulatório, Câncer, Diabetes Melito e Doenças Respiratórias Crônicas) em 2%, até dezembro de 2019;
4. Reduzir a proporção de internação por condições sensíveis à atenção primária à saúde em 12%, até dezembro de 2019;
5. Reduzir a taxa de internação na faixa etária de 40 anos ou mais, por Acidente Vascular Cerebral (AVC) em 23%, até dezembro de 2019;
6. Reduzir a taxa de internação por diabetes melito e suas complicações em 23%, até dezembro de 2019;
7. Elevar proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 65,23 para 75,00%, até dezembro de 2019;
8. Elevar proporção de cura de casos novos de hanseníase de 82,56% para 90,00%, até dezembro de 2019;
9. Elevar a proporção de fechamento oportuno de casos de doenças de notificação compulsória imediata de 78,69 para 90%, %, até dezembro de 2019

⁸² Relatório de avaliação de desempenho de indicadores do plano de longo prazo – PLP (MT+20), Área: saúde, SEPLAN, Governo do Estado de Mato Grosso, 2014.

⁸³ Pacto pela Saúde, SISPACTO- 2015.

FIGURA 10 – METAS E INDICADORES DOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO PES PARA O PLANO ESTRATÉGICO DO GOVERNO DO ESTADO, NO PERÍODO DE 2016-2019.

METAS	INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
1-Reduzir a taxa de mortalidade neonatal precoce (<7 dias) em 3%, até dezembro de 2019.	Coeficiente de mortalidade neonatal precoce por 1.000 nascidos vivos.	$\frac{\text{Nº de óbitos de residentes, menores de 7 dias}}{\text{Nº de Nascidos Vivos de mães residentes}} \times 1.000 \text{ n.v.}$ <p>Cálculo da meta Medida inicial: 7,44 (ano 2013); Meta = (Final – Inicial/Inicial * 100 Fonte: SIM/SINASC - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/informacao-saude/pesquisa-indicador, Acessado em: 22/04/2015. Notas: É possível que nascidos vivos que venham a óbito momentos após o parto sejam considerados como nascidos mortos, o que resulta na sub enumeração de óbitos neonatais e de nascidos vivos, resultando na subestimação da mortalidade neonatal precoce. Como a atualização da base de dados do SIM e SINASC é constante pode haver alterações nos valores na medida em que os municípios vão informando os dados. A base de dados do SIM e SINASC para 2014 ainda não está fechada, portanto o valor para 2014 é uma prévia.</p>
2-Reduzir a razão da mortalidade materna em 9,8%, até dezembro de 2019.	Razão de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos.	$\frac{\text{Nº de óbitos maternos residentes}}{\text{Nº de Nascidos Vivos de mães residentes}} \times 100.000 \text{ n.v.}$ <p>Cálculo da meta Medida inicial – 69,8 (ano 2013); Meta = (Final – Inicial/Inicial * 100 Fonte: SIM/SINASC - SES-MT Fonte: SIM/SINASC - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/informacao-saude/pesquisa-indicador, Acessado em: 22/04/2015. Notas: É possível que nascidos vivos que venham a óbito momentos após o parto sejam considerados como nascidos mortos, o que resulta na sub enumeração de óbitos neonatais e de nascidos vivos, resultando na subestimação da mortalidade neonatal precoce. Como a atualização da base de dados do SIM e SINASC é constante pode haver alterações nos valores na medida em que os municípios vão informando os dados. A base de dados do SIM e SINASC para 2014 ainda não está fechada, portanto o valor para 2014 é uma prévia.</p>

Cont...

METAS	INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
<p>3-Reduzir a taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto da DCNT (Doenças do Ap. Circulatório, Câncer, Diabetes melito e Doenças Respiratórias Crônicas) em 2%, até dezembro de 2019.</p>	<p>Taxa de Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto da DCNT (doenças do ap. circulatório, câncer, diabetes melito e doenças respiratórias crônicas) por 100.000 hab.</p>	<p>Nº de óbitos de 30 a 69 anos por DCNT (*) $\frac{\text{População em determinado local e período}}{\text{População 30 a 59 anos, no mesmo local e período.}} \times 100.000 \text{ hab.}$ (*) Códigos CID-10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14. Cálculo da meta Medida inicial – 285,02 (ano 2013); Meta = (Final – Inicial) / Inicial * 100 Fonte: SIM - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw; Acessado em: 23/04/2015. Notas: Como a atualização da base de dados do SIM é constante pode haver alterações nos valores na medida em que os municípios vão informando os dados. O IBGE não divulgou os dados da população por sexo e faixa etária para o ano de 2013 e 2014, assim considerou-se a população de 2012 por sexo e faixa etária para os anos de 2013 e 2014.</p>
<p>4-Reduzir a proporção de internação por condições sensíveis à atenção primária à saúde em 12%, até dezembro de 2019.</p>	<p>Proporção de internação por condições sensíveis à atenção básica.</p>	<p>Nº de internações por causas sensíveis selecionadas a Atenção Básica, em determinado local e período. $\frac{\text{Nº de internações por causas sensíveis selecionadas a Atenção Básica}}{\text{Total de internações clínica, em determinado local e período.}} \times 100$ Nota * Cálculo da meta Medida inicial – 26,27 (ano 2014); Meta = (Final – Inicial) / Inicial * 100 Fonte: SIH - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/informacao-saude/pesquisa-indicador; Acessado em: 22/04/2015 Nota* Este indicador segue as instruções para cálculo o Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores do MS para 2013 – 2015, segunda edição; Brasília: Ministério da Saúde: 2014; ISBN 978-85-334-2174-5</p>

Cont...

METAS	INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
<p>5-Reduzir a taxa de internação na faixa etária de 40 anos ou mais, por Acidente Vascular Cerebral (AVC) em 23%, até dezembro de 2019.</p>	<p>Taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC) em pessoas com 40 anos ou mais por 10.000 hab.</p>	<p>Nº de internações por AVC (*) na pop. de <u>40 anos ou mais, em determinado local e período</u> x 10.000 hab. População de 40 anos ou mais, no mesmo local e período. (*) Código do SIH/SUS 03.03.04.014-9</p> <p>Cálculo da meta Medida inicial – 23,53 (ano 2012); Meta = (Final – Inicial) / Inicial * 100 Fonte: SIH - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/informacao-saude/pesquisa-indicador; Acessado em: 22/04/2015 Notas: O IBGE não divulgou os dados da população por sexo e faixa etária para o ano de 2013 e 2014, assim considerou-se a população de 2012 por sexo e faixa etária para os anos de 2013 e 2014.</p>
<p>6-Reduzir a taxa de internação por diabetes melito e suas complicações em 23%, até dezembro de 2019.</p>	<p>Taxa de internação por diabetes melito e suas complicações na população de 30 anos ou mais por 10.000 hab.</p>	<p>Nº de internações por diabetes melito (*) na população de 30 anos ou mais, em determinado <u>local e período</u> x 10.000hab. População 30 a 59 anos, no mesmo local e período. (*) Código do SIH/SUS 03.03.03.003-8</p> <p>Cálculo da meta Medida inicial – 14,94 (ano 2012); Meta = (Final – Inicial) / Inicial * 100 Fonte: SIH - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/informacao-saude/pesquisa-indicador; Acessado em: 22/04/2015 Notas: O IBGE não divulgou os dados da população por sexo e faixa etária para o ano de 2013 e 2014, assim considerou-se a população de 2012 por sexo e faixa etária para os anos de 2013 e 2014.</p>

Cont...

METAS	INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO
7-Elevar proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera de 65,23 para 75,00%, até dezembro de 2019.	Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera.	$\frac{\text{Total de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera curados}}{\text{Total de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera diagnosticados}} \times 100$ <p>Fonte: SINAN - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw; Acessado em: 23/04/2015. Nota: Os agravos crônicos (Hanseníase e Tuberculose) sofre atualização constante no SINAN para informar como está a evolução do caso, e indicar se houve a cura, assim as informações podem ser alterada no decorrer do tempo.</p>
8-Elevar proporção de cura de casos novos de Hanseníase de 82,56% para 90,00%, até dezembro de 2019.	Proporção de cura de casos novos de Hanseníase	<p>Número de casos novos de hanseníase residente em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes-PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação</p> $\frac{\text{Número de casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados, nos anos das coortes-PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação}}{\text{Total de casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e residentes no mesmo local.}} \times 100$ <p>Fonte: SINAN - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw; Acessado em: 23/04/2015. Nota: Os agravos crônicos (Hanseníase e Tuberculose) sofre atualização constante no SINAN para informar como está a evolução do caso, e indicar se houve a cura, assim as informações podem ser alteradas no decorrer do tempo.</p>
9- Elevar a proporção de fechamento oportuno de casos de doenças de notificação compulsória imediata de 78,69 para 90% em 2019.	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerrada em até 60 dias após notificação.	$\frac{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação.}}{\text{Total de registros de DNCI, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Multiplicado por 100}} \times 100$ <p>Fonte: SINAN - SES-MT; Disponível em: http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw; Acessado em: 23/04/2015. Nota: A base de dados pode sofrer atualizações semanais o que pode levar a diferença nos valores.</p>

3.4. Ações estratégicas

As ações estratégicas representam o que é necessário fazer para alcançar a situação almejada e assim, cumprir o objetivo do governo para a área da saúde. São propostas de intervenção ou, uma seleção de tecnologias que serão acionadas para o enfrentamento dos problemas e atendimento às necessidades prioritizadas (Teixeira, 2010; Paim, 2006).

Essas ações serão desdobradas em sub ações e atividades, que serão realizadas pelos responsáveis técnicos designados e os gestores das unidades da SES-MT, com prazos e recursos previstos, constituindo-se nos projetos dinamizadores para dar viabilidade do plano, expressos nas programações anuais ou módulos operacionais, sendo retratados ainda, por meio do monitoramento contínuo dos sistemas de gestão, e assim, subsidiar a capacidade de decisão da gestão no âmbito da SES/SUS, do controle social, governo do estado e demais organismos de controle acompanhamento e implementação das políticas sociais.

Programas Estruturantes do PES MT, 2016-2019



Fonte: SES-MT/N

As ações a seguir sintetizada (figuras 11 a 17), fazem parte dos 03 Programas Estruturantes da SES que compõem o PES MT 2016-2019 e, também estão retratadas no Plano Plurianual do Governo (PPA) para o período de 2016-2019. Destaca-se ainda, que foram amplamente discutidas e definidas pelo

conjunto de participantes composto pelos trabalhadores, gestores e representantes do controle social e demais instituições que atuam nas políticas sociais

FIGURA 11- AÇÕES ESTRATÉGICAS (PROGRAMA 76) PARA ALCANCE DO OBJETIVO “ELEVAR A CAPACIDADE GESTORA DA SES NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO”.

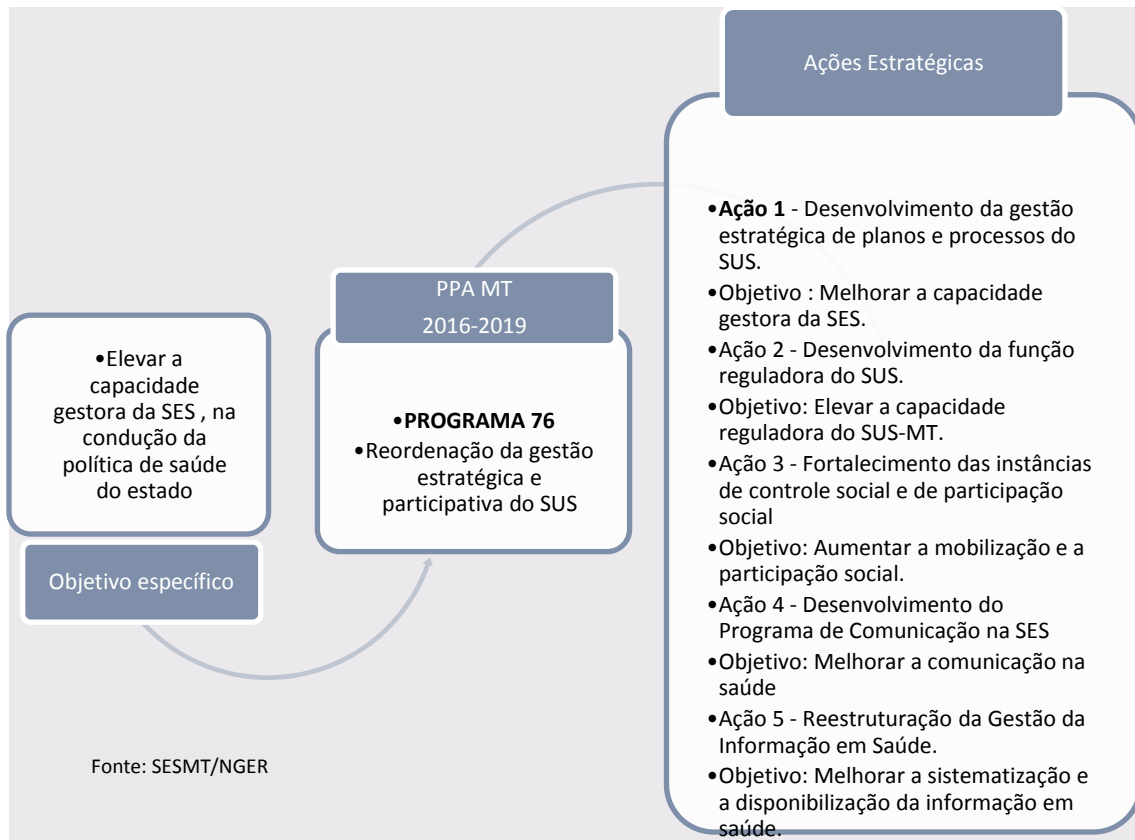


FIGURA 12 - AÇÕES ESTRATÉGICAS (PROGRAMA 76) PARA ALCANCE DO OBJETIVO “ELEVAR A CAPACIDADE GESTORA DA SES NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO”.

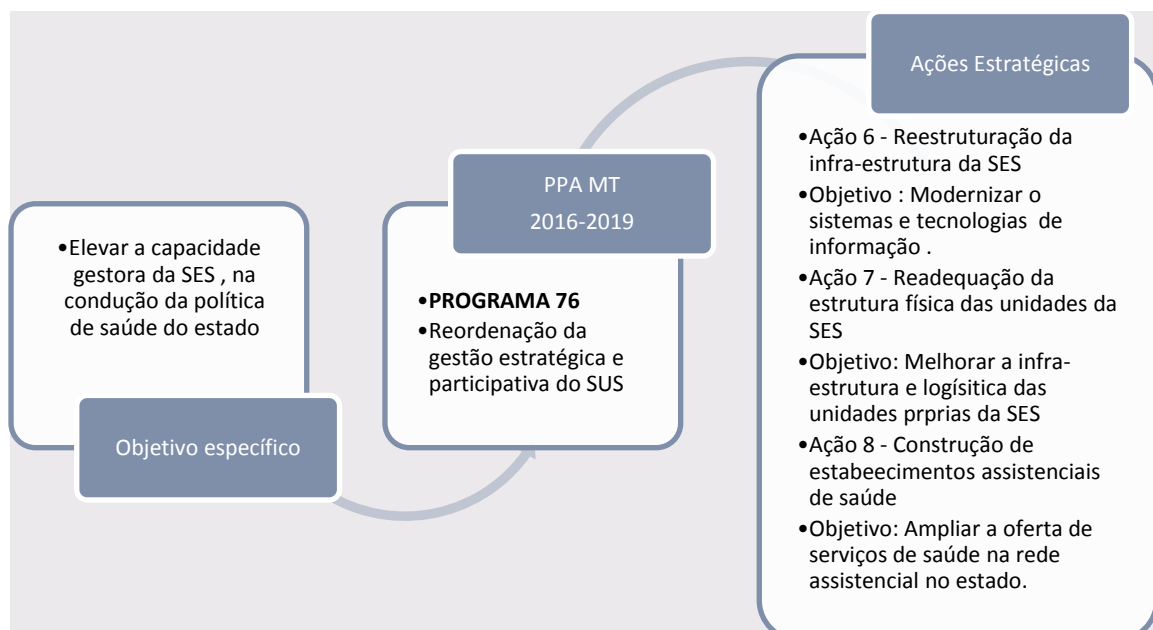


FIGURA 13 - AÇÕES ESTRATÉGICAS (PROGRAMA 77) PARA ALCANCE DO OBJETIVO “ELEVAR A CAPACIDADE GESTORA DA SES NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO”

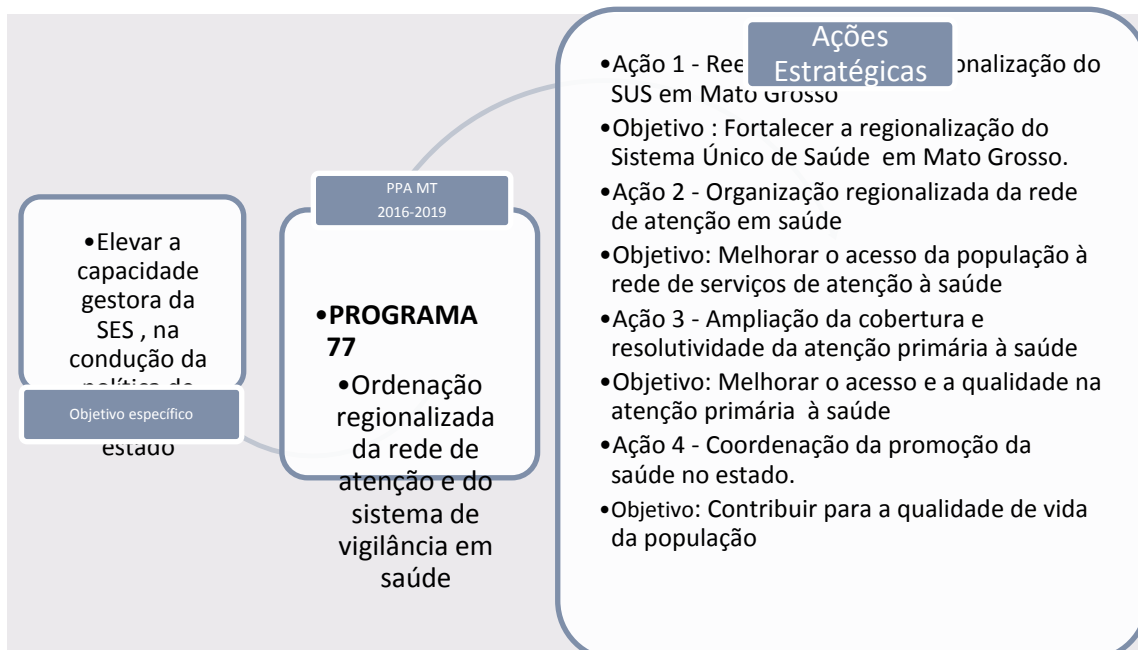


Figura 14 - Ações estratégicas (Programa 77) para alcance do objetivo “elevar a capacidade gestora da SES na condução da política de saúde no estado de Mato Grosso”

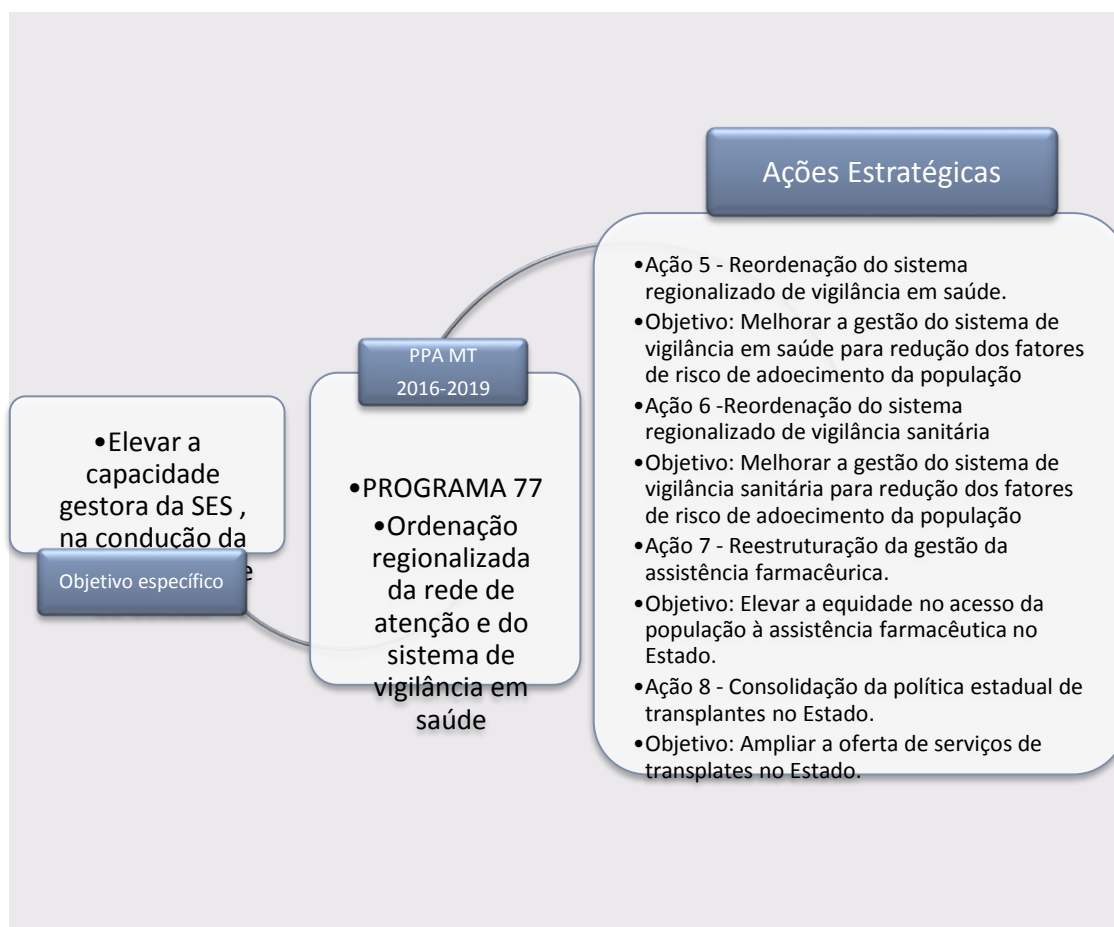


FIGURA 15 - AÇÕES ESTRATÉGICAS (PROGRAMA 77) PARA ALCANCE DO OBJETIVO “ELEVAR A CAPACIDADE GESTORA DA SES NA CONDUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO”.

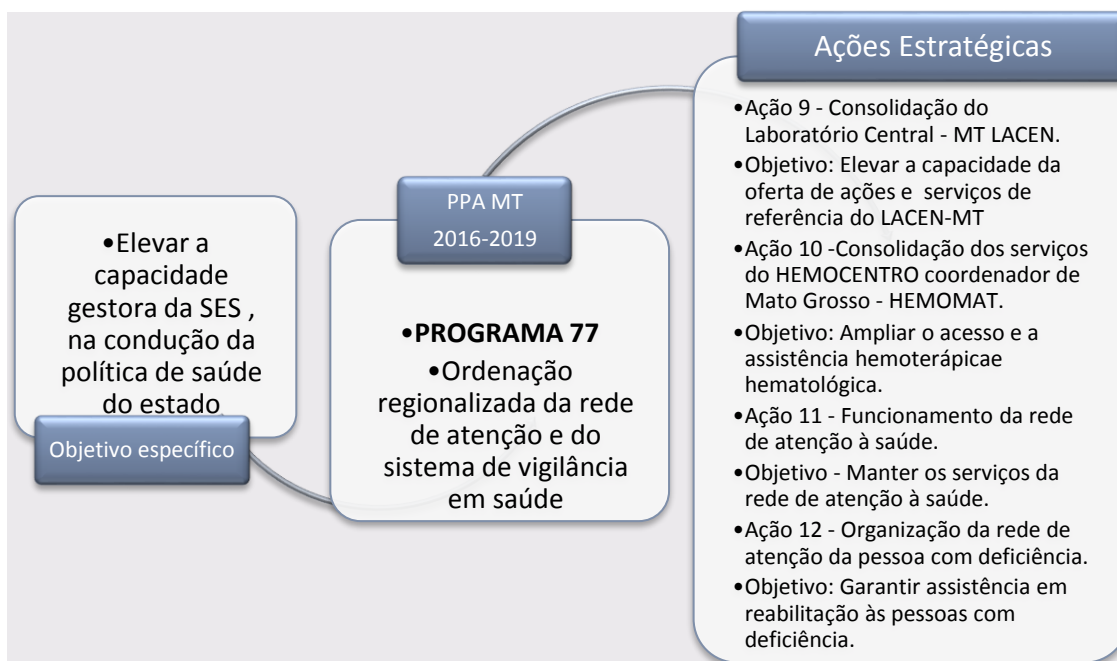
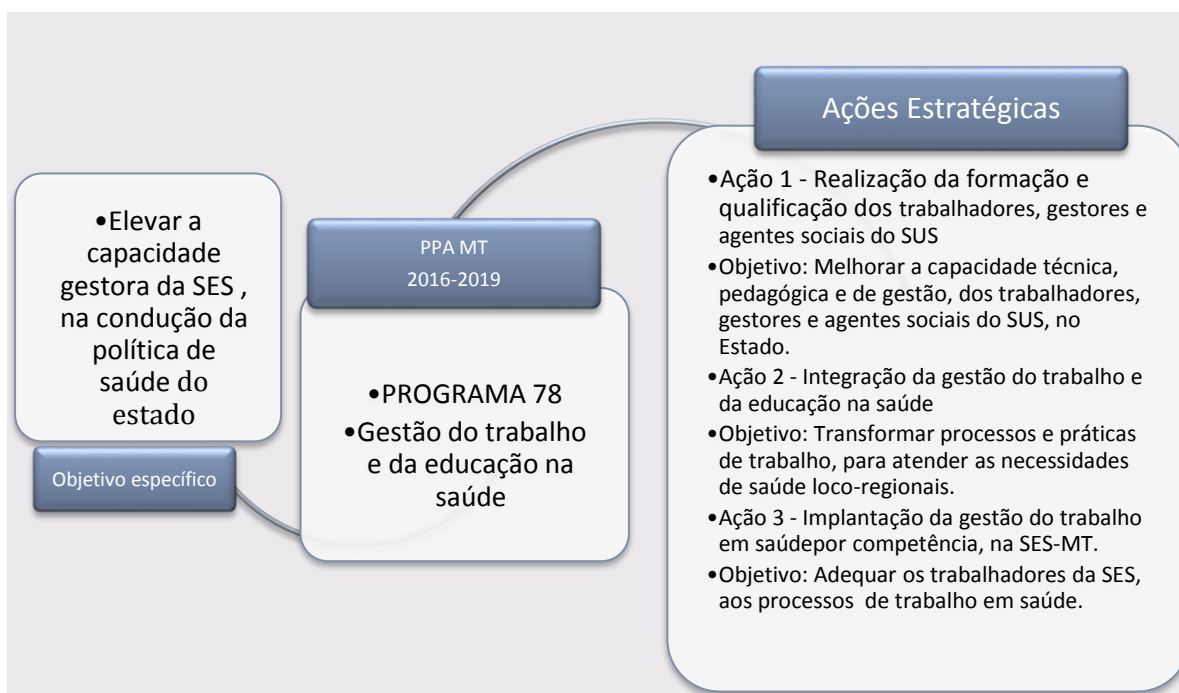
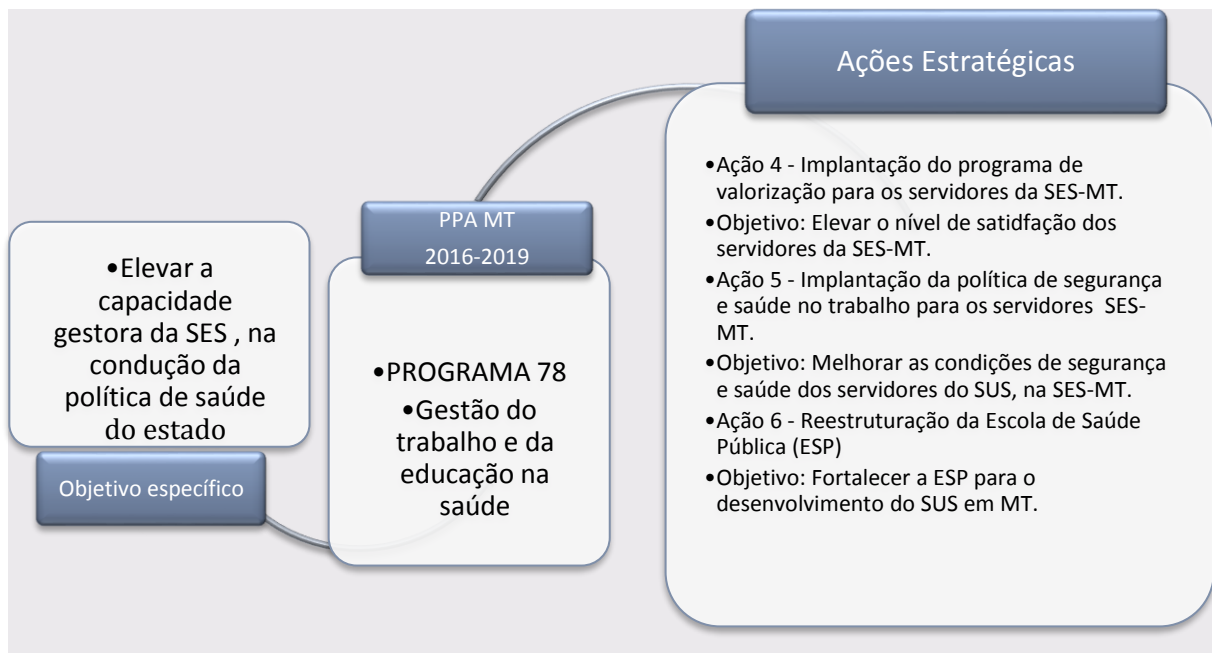


FIGURA 16 - AÇÕES ESTRATÉGICAS (PROGRAMA 78) PARA ALCANCE DO OBJETIVO ESPECÍFICO “ELEVAR A QUALIDADE DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS-MT”.



Fonte: SES – MT/NGE

FIGURA 17 - AÇÕES ESTRATÉGICAS (PROGRAMA 78) PARA ALCANCE DO OBJETIVO ESPECÍFICO “ELEVAR A QUALIDADE DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS-MT”.



Fonte: SES – MT/NGER

Referências

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Rio de Janeiro. Cadernos da Oficina Social nº3. COPPE/UFRJ, 2000, 25p.

BORTOLOTO, I.M.; MARTINS, A.S. (orgs.). **Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995-1998**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde - SES.MT de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2000.

BOTTI, C.S.; HANDELL, I.B.S.; SPINELLI, M.A.; ARTMANN, E. Consórcio intermunicipal de saúde da região Teles Pires: uma estratégia de regionalização da saúde em Mato Grosso. In: SCATENA, J.H. G; KEHRIG, R.T; SPINELLI, M.A.S. (orgs.). **Regiões de Saúde: Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. Hucitec Editora; 2014. p. 265-287.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União, 23 de fevereiro de 2006, Seção I, p.43. Brasília, 2006.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF; 2003. 248p.

BAPTISTA, T.W.F.; RESENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análise das Políticas de saúde**, 2011. p. 138-172.

DALLARI, Sueli G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995.

DRAIBE, Sônia; WILNÊS, Henrique. **Welfare State, Crise e Gestão da Crise: Um Balanço da Literatura Internacional**. Revista de Ciências Sociais vol.3 nº. 6 São Paulo fev. 1988. Disponível em <http://www.anpocs.org/>. ACESSO em 07 mai. 2016

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: Do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. *et al.* (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

FERNANDES, N.F.F. Processo de organização e desenvolvimento de estratégias para divulgação e implantação do Pacto pela Saúde em Mato Grosso: relato de experiência. In: SCATENA, J.H.G; KEHRIG, R.T; SPINELLI, M.A.S. (orgs.). **Regiões de Saúde: Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. Hucitec Editora; 2014. p. 239-263.

FLEURY, Sônia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e instituído**. Revista Ciência & Saúde Coletiva vol.14 nº. 3 Rio de Janeiro maio/jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/>. ACESSO em 01 mai. 2016.

GONZAGA, A.A. O papel dos Escritórios Regionais de Saúde no processo de descentralização e regionalização do SUS em Mato Grosso – 1995 a 2001. In: MULLER NETO, J.S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES/MT, 2002.p. 67-87.

GIAMBIAGI, Fábio; ALÈM, Ana Cláudia. **Finanças Públicas: Teoria e prática no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

GUIMARÃES, L. Política de Saúde e Mato Grosso: dois mandatos para a construção da regionalização. In: MULLER NETO, J.S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES/MT, 2002.p. 39-65.

GUIMARÃES, L. Arquitetura da organização regionalizada: consórcios intermunicipais de saúde em Mato Grosso. In: MULLER NETO, J.S. (orgs.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES/MT, 2002.p. 101-112.

KEHRIG, R.T.; MARTINELLI, N.L.; SPINELLI, M.A.S.; SCATENA, J.H.G.; ONO, P.; SILVA, M.J.V. Antecedentes históricos da Regionalização da Saúde em Mato Grosso. 2013 In: SCATENA, J.H.G; KEHRIG, R.T; SPINELLI, M.A.S. (orgs.). **Regiões de Saúde: Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. Hucitec Editora; 2014. P.111-133.

KINDON, J.W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. USA: Hallper Collings College Publishers, 1984.

LIMA, D.L; VIANA, A.L. D'A.; MACHADO, C.V. A regionalização da saúde no Brasil: Condicionantes e desafios. In: SCATENA, J.H.G; KEHRIG, R.T; SPINELLI, M.A.S. (orgs.). **Regiões de Saúde: Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. Hucitec Editora; 2014. p. 21- 46.

MACIEL, L.A. A constituição dos serviços de saúde pública em Mato Grosso 1880-1940. In: MÜLLER- NETO, J.S.; SOARES, N.R.F.; SCHRADER, F.T. (orgs.). **Políticas de Saúde em Mato Grosso: Participação social, descentralização e Regionalização**. Cuiabá, Ed. UFMT; 2012. p.21-80.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA; 1993.p. 297-554.

MEIRELLES, S.M.P.; SPINELLI, M.A.S.; AZEVEDO, J.O.; DUARTE, E; SOUZA, D.M.H.; BONNA, V. J. O processo de municipalização da saúde de Mato Grosso: Notas Prévias. 1991. In: MÜLLER- NETO, J.S.; SOARES, N.R.F.; SCHRADER, F.T. (orgs.). **Políticas de Saúde em Mato Grosso: Participação social, descentralização e Regionalização**. Cuiabá, Ed. UFMT; 2012. p.95-108.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. A gestão do SUS: características e tendências. In: **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Ministério da Saúde. Brasil, 2004, p.45-94.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V. *et al.* (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz; 2008. p. 435-72.

MURTINHO, M. N. **Análise Econômica da Divisão de Mato Grosso (1970 – 2000)**. 1982. Dissertação (Mestrado em Agronegócio e Desenvolvimento Regional) - Faculdade de Economia. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2009.

MOTA, U.S. Os consórcios intermunicipais de saúde como cerne da estratégia para implementação das microrregiões de saúde em Mato Grosso. In: MULLER NETO, J.S. (org.). **A Regionalização da Saúde em Mato Grosso em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES/MT, 2002.p. 92-100.

OLIVEIRA, H.M. **Análise do processo de formulação do plano municipal de saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso**. 2013. 98p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, G. W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.767-782.

SCATENA, J.H.G.; KEHRIG, R.T; OLIVEIRA, L.R.; OLIVEIRA, J.L.; MARTINELLI, N.L. A regionalização da saúde em Mato Grosso do ponto de vista dos atores regionais. In: SCATENA, J.H. G; KEHRIG, R.T; SPINELLI, M.A.S. (orgs.). **Regiões de Saúde: Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. Hucitec Editora; 2014. p.193-214.

TEIXEIRA, C.F. (org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências**. Salvador, Ed. EDUFBA, 2010.p.160.

TEIXEIRA, C.F.; ABREU DE JESUS, W.L. Correntes de pensamento em Planejamento de saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C.F. (org.). **Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências**. Salvador, Ed. EDUFBA, 2010.p.33-50.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco, 1992. 226p.



Secretaria de Estado de saúde de Mato Grosso
Núcleo de Gestão Estratégica para Resultados – NGER.SES
www.saude.gov.br/nger