



**RELATÓRIO DA CÂMARA SETORIAL  
TEMATICA DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES  
ONCOLÓGICOS DO ESTADO DE MATO GROSSO**

**ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO**

Cuiabá, 21 de novembro de 2022

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS À SAÚDE EM MATO GROSSO.....</b>	<b>5</b>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER EM MATO GROSSO .....</b>	<b>22</b>
<b>CASOS DE CÂNCER DIAGNOSTICADOS EM MATO GROSSO.....</b>	<b>23</b>
<b>CONSIDERAÇÕES E PROPOSIÇÕES .....</b>	<b>25</b>

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) - doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer - são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos é apenas de 20% (OMS, 2003).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolve também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

A Saúde Coletiva tem arduamente debatido sobre a necessidade de considerar aspectos econômicos e sociais, com melhoria do acesso aos serviços de saúde, das condições de habitação, saneamento ambiental, acesso a educação e ao trabalho digno entre outros condicionantes para melhoria nas condições de saúde e de vida da população brasileira. Os determinantes sociais impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. De acordo com (SCHMIDT, 2011) “As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças.”

Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de conhecer sua prevalência. O Sistema Único de Saúde (SUS) convive atualmente com a chamada tríplice carga de doenças, em que ainda temos alta demanda de doenças infectocontagiosas, inclusive situações como a Pandemia COVID-19, prevalência de agravos por causas externas e aumento gradativo de doenças crônicas.

Vivemos um período de “transição epidemiológica” observada em decorrência de queda da mortalidade infantil, a mudança do padrão de morbidade, com redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças não transmissíveis, de agravos relacionados a acidentes de trânsito e violência, adoecimentos por doenças mentais e o deslocamento da morbimortalidade para os grupos etários mais velhos e principalmente com agravos relacionados às doenças crônicas, em destaque doenças cardiovasculares, diabetes e câncer.

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico. Verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros) (BRAY et al., 2018).

Importante considerar nesta análise, que a pandemia da Covid-19 resultou na queda brusca de consultas especializadas e internações por DCNTS no SUS pelas limitações de acesso a esses serviços impostas pelo acolhimento das causas mais graves da Covid-19 e pelas medidas sanitárias impostas para o controle da pandemia em todo território nacional.

No caso do câncer não foi diferente, pois se observou queda no quantitativo de exames voltados ao rastreamento do câncer de mama e de colo do útero, bem como aqueles de diagnóstico para todos os tipos de câncer. De forma geral, os UNACONS e hospitais gerais focaram no tratamento oncológico e suas intercorrências, em detrimento da realização de exames de diagnóstico.

Devido à crescente demanda por atendimento na área da oncologia em razão do aumento expressivo de novos casos de cânceres, agravados pela demanda reprimida no SUS durante os meses concentrados no combate e tratamento às vítimas da COVID-19, hoje coloca-se a urgência para todos os setores envolvidos na implementação da política nacional de prevenção e controle do câncer no SUS em Mato Grosso. Bem como, a necessidade da atualização dos critérios e parâmetros assistenciais para a reorganização da Rede de Atenção à Saúde no diagnóstico e tratamento do câncer.

E também, faz-se necessária a urgência na integração dos serviços especializados para a assistência de alta complexidade em oncologia no SUS, bem como, a reorganização da central de regulação e dos fluxos assistenciais na área da oncologia, tanto na atenção diagnóstica, na clínica e na cirúrgica, no estadiamento do câncer, nos tratamentos quimioterápicos, radioterápicos, hematologia, oncologia pediátrica, e cuidados paliativos.

## DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS À SAÚDE EM MATO GROSSO

Mato Grosso é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está localizado na região Centro-Oeste. Tem a porção norte de seu território ocupada pela Amazônia Legal, sendo o sul do estado pertencente ao Centro-Sul do Brasil. Extensas planícies e amplos planaltos dominam a área, sendo que a maior parte destes (cerca de 74%) se encontra abaixo dos seiscentos metros de altitude. Juruena, Teles Pires, Xingu, Araguaia, Paraguai, Rio Guaporé, Piqueri, São Lourenço, das Mortes, Rio Vermelho e Cuiabá são os rios principais. Tem como limites os estados do Amazonas, Pará (norte); Tocantins, Goiás (leste); Mato Grosso do Sul (sul); Rondônia e a Bolívia (oeste), país vizinho. Ocupa uma área equivalente à da Venezuela e não muito menor do que a vizinha Bolívia. Atualmente, o Estado de Mato Grosso conta com uma estimativa populacional de 3.344.544 habitantes (IBGE, 2017). Está dividido em 6 macrorregiões e 16 regiões de saúde, que abarcam 141 municípios sendo os mais populosos e importantes: a capital Cuiabá, Várzea Grande, Rondonópolis, Sinop, Tangará da Serra, Barra do Garças e Cáceres. Cada região de saúde dispõe de Escritório Regional de Saúde (ERS), a representação da Secretaria de Estado de Saúde (SES) nesse território, localizado no município polo da região.

A diversidade das regiões de saúde é dada pelas características sociodemográficas e pelos indicadores socioeconômicos dos municípios que as integram. Há desigualdades na capacidade instalada e nos investimentos públicos e privados, sobretudo naqueles de baixo dinamismo econômico (SCATENA et al., 2014; MARTINELLI et al., 2015). Apesar da diversidade nos contextos regionais, as regiões mantêm redes de atenção à saúde e uma estrutura de regulação interligada ao nível central da SES. A estruturação dos serviços, por nível de atenção, permite uma aproximação sobre a Rede de Assistência à Saúde. Neste estado, a disponibilidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde pouco se alterou, entre 2010 e 2018, apesar da grande variabilidade regional, com destaque positivo às do Médio Araguaia, Araguaia Karajá e Vale do Arinos, que além apresentarem os maiores indicadores, tiveram aumento

superior a 20% no período. Já a Baixada Cuiabana mantém-se com disponibilidade muito baixa e estagnada, próxima a 1,70 nos nove anos. Destaca-se que, independentemente da disponibilidade, os serviços de APS (Tabela 1) têm provisão exclusiva do setor público, majoritariamente os municípios (Martinelli et al., 2022).

Figura 1. Organização Regional da Saúde no Estado do Mato Grosso.

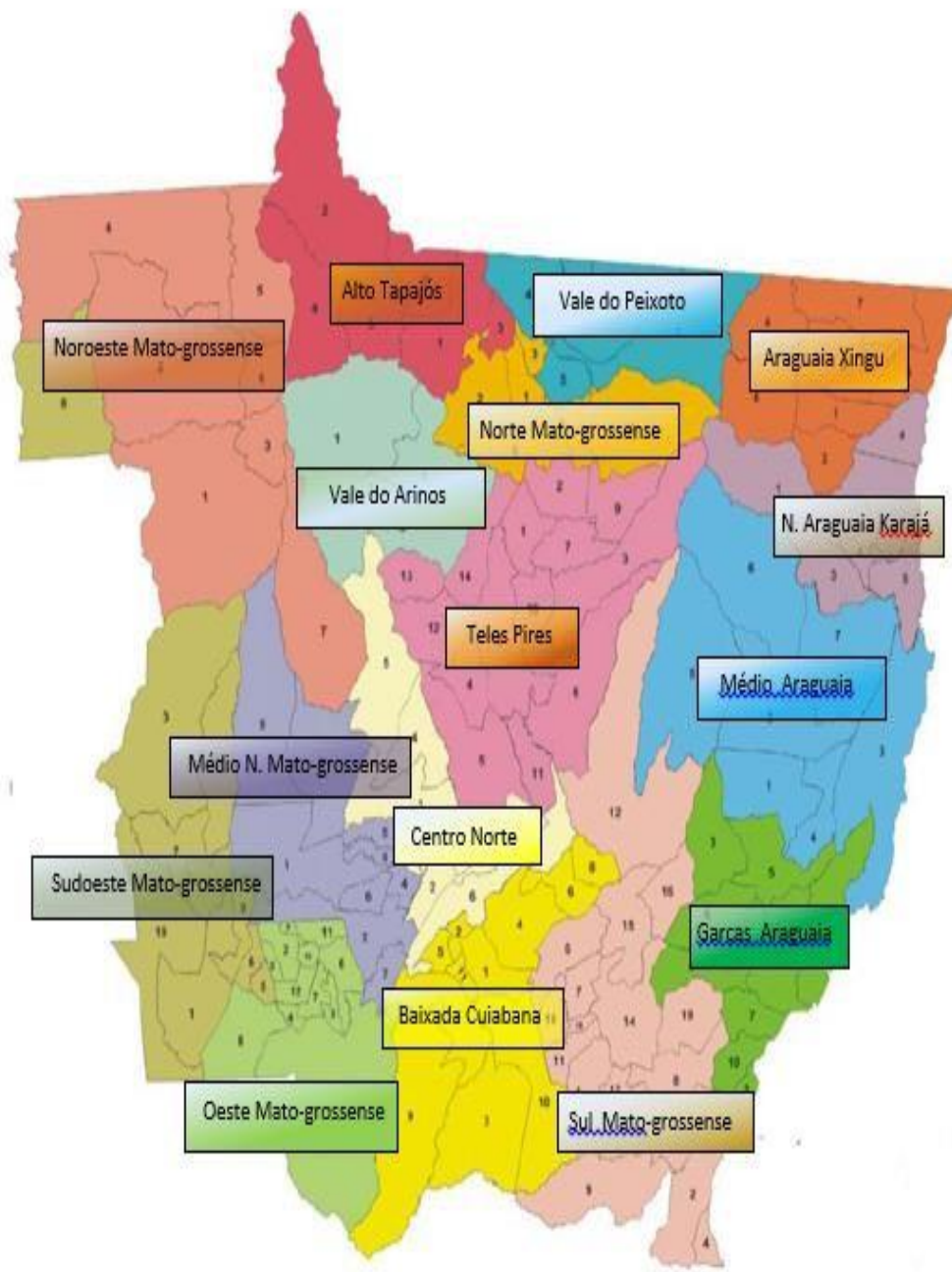
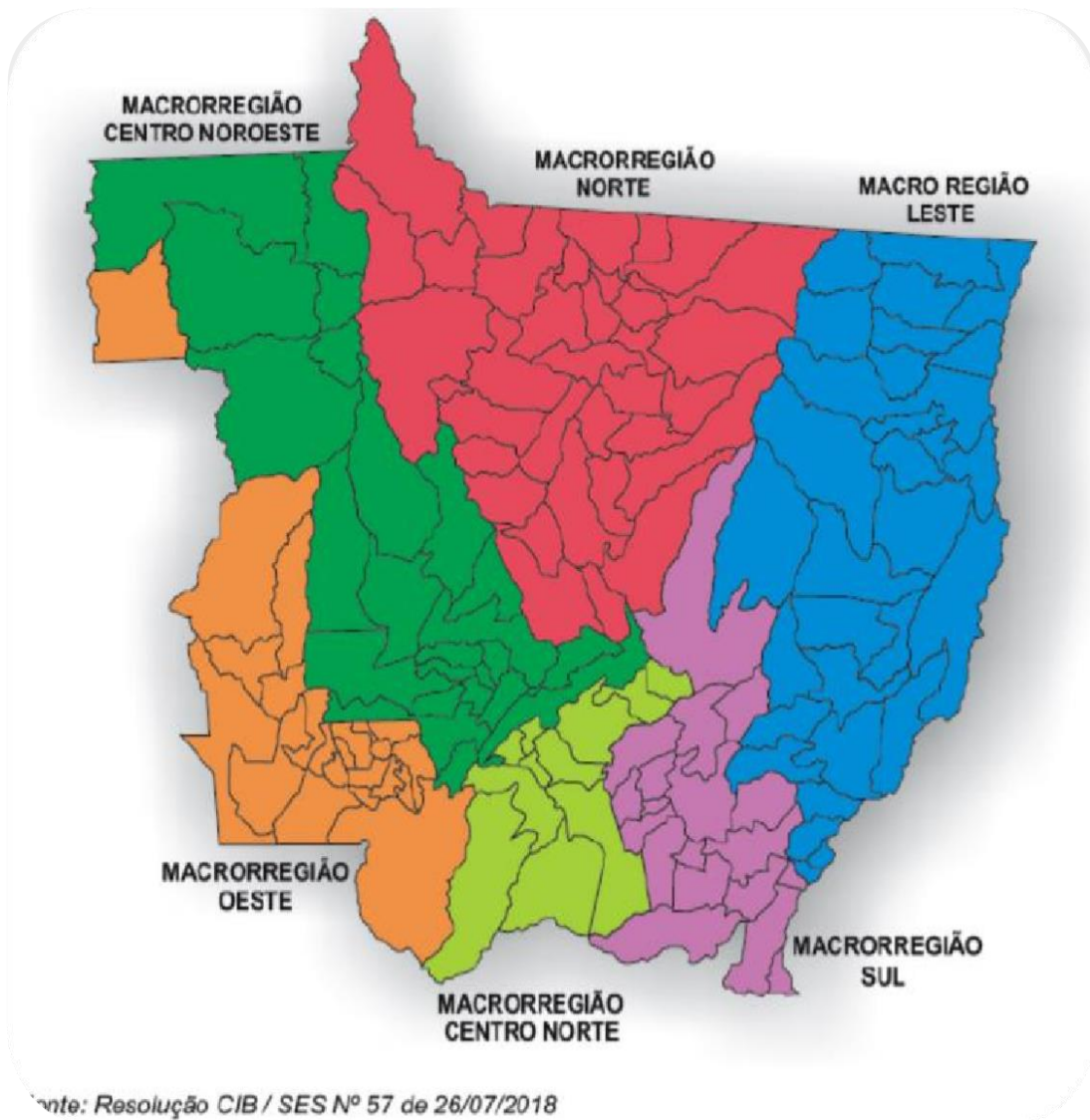


Figura 2 - Macrorregiões de Saúde do Estado de Mato Grosso, 2018.



Um dos reflexos da mencionada disponibilidade desses serviços se manifesta na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma das formas mais frequentes de provisão desse nível de atenção em Mato Grosso. Tal cobertura mantém-se inferior a 70,0% no estado, ainda que se tenha elevado em cerca de 5,0%, de 2010 a 2018, destacando-se a grande variabilidade nas 16 regiões constituídas, cinco delas com cobertura superior a 90,0% (Tabela 1).



Tabela 1 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (%), Regiões de Saúde de Mato Grosso, 2010-2018.

Regiões de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alto Tapajós	85,67	91,68	88,04	86,19	95,02	88,38	91,60	96,37	96,04
Baixada Cuiabana	41,07	40,16	40,18	40,47	39,21	39,24	41,07	42,21	41,98
Araguaia Xingu	95,02	83,67	84,56	85,86	82,46	87,06	90,01	88,86	83,81
Centro Norte	80,80	77,07	76,83	76,60	83,58	87,06	86,94	90,40	91,57
Garças Araguaia	91,92	90,56	90,08	89,62	88,86	88,42	88,01	90,43	92,84
Médio Araguaia	72,53	77,30	76,05	78,95	80,88	90,27	89,88	93,24	96,50
Médio N. Mato-grossense	60,91	61,33	60,11	54,15	57,98	75,20	81,31	78,38	77,42
Noroeste Mato-grossense	79,42	83,34	78,98	72,40	76,79	77,64	76,00	74,46	75,20
Norte Araguaia Karajá	96,05	98,72	89,36	97,94	100,00	100,00	96,67	100,00	100,00
Norte Mato-grossense	68,37	68,26	68,24	66,19	78,41	83,77	74,40	89,60	89,42
Oeste Mato-grossense	48,92	52,91	52,67	54,73	53,88	52,40	56,67	63,75	63,56
Sudoeste Mato-grossense	78,24	75,93	84,85	81,42	89,50	89,34	89,19	89,05	88,90
Sul Mato-grossense	73,89	72,67	72,39	72,99	70,57	70,52	71,52	73,42	70,79
Teles Pires	72,90	70,89	73,92	76,89	76,39	78,21	77,89	83,90	83,56
Vale do Peixoto	86,50	84,24	82,05	89,80	81,52	89,09	85,46	91,27	88,95
Vale dos Arinos	70,57	70,07	69,82	69,58	69,17	75,54	75,31	81,68	81,46
<b>Mato Grosso</b>	<b>64,09</b>	<b>63,58</b>	<b>63,65</b>	<b>63,78</b>	<b>64,04</b>	<b>66,30</b>	<b>67,41</b>	<b>69,94</b>	<b>69,42</b>

 Fonte: e-gestor <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Tabela 2. Serviços de assistência ambulatorial especializada \* do SUS: disponibilidade por 10.000 hab. (D) e percentual de serviços do setor público (%P), Regiões de Mato Grosso, 2010-2018.

Regiões de Saúde	2010		2012		2014		2016		2018	
	D	%P	D	%P	D	%P	D	%P	D	%P
Alto Tapajós	2,02	95,00	2,29	86,96	2,54	88,46	2,80	72,41	3,07	68,75
Baixada Cuiabana	1,12	64,71	1,07	67,68	1,16	63,64	1,11	61,68	1,12	60,55
Araguaia Xingu	1,96	100,00	2,15	94,12	2,17	100,00	2,46	100,00	2,53	100,00
Centro Norte	1,93	77,78	2,01	73,68	2,29	77,27	2,57	80,00	2,76	74,07
Garças Araguaia	2,46	89,66	2,43	89,66	2,73	84,85	2,79	88,24	2,78	91,18
Médio Araguaia	1,72	92,86	2,00	88,24	2,24	85,00	2,59	75,00	2,86	74,07
Médio N. Mato-grossense	1,11	69,57	1,40	70,00	1,60	75,00	1,54	66,67	1,64	69,23
Noroeste Mato-grossense	1,57	85,71	1,64	86,96	1,62	83,33	1,74	77,78	1,65	80,77
Norte Araguaia Karajá	1,87	100,00	2,26	100,00	3,05	100,00	3,39	87,50	3,35	100,00
Norte Mato-grossense	1,47	100,00	1,62	100,00	2,08	78,57	2,09	78,57	2,24	80,00
Oeste Mato-grossense	1,34	80,00	1,39	69,23	1,63	70,97	1,99	76,32	2,14	73,17
Sudoeste Mato-grossense	1,29	92,86	1,27	92,86	1,77	90,00	1,84	90,48	2,35	88,89
Sul Mato-grossense	1,33	68,33	1,35	71,43	1,48	70,83	1,60	75,00	1,66	72,62
Teles Pires	1,37	71,11	1,63	61,40	2,25	42,35	2,28	46,15	2,41	44,44
Vale do Peixoto	0,94	100,00	1,02	100,00	1,30	92,31	1,28	92,31	1,47	86,67
Vale dos Arinos	2,12	90,91	2,30	100,00	2,49	92,31	3,06	87,50	3,06	87,50
<b>Mato Grosso</b>	<b>1,38</b>	<b>77,62</b>	<b>1,46</b>	<b>76,48</b>	<b>1,69</b>	<b>71,51</b>	<b>1,77</b>	<b>71,06</b>	<b>1,86</b>	<b>70,05</b>

Fonte: Elaboração própria com base no CNES/Datasus. \* Serviços Ambulatorial especializados: C. Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica, C. Atenção Psicossocial/CAPS, Clínica/Amb. Especializado, Ambulatórios Hospitalares, LACEN, Policlínica, SADT.

No ano de 2018, em 12 regiões de saúde mais de 70,0% da provisão dessa assistência, no âmbito do SUS, foi feita pelo setor público. Ainda que em duas regiões o setor público seja o único provedor desses serviços (Araguaia Xingu e Norte Araguaia Karajá), dois aspectos da relação público-privada sobressaem-se, negativamente, nesta Tabela 3: 1) nas quatro regiões mais populosas do estado, a participação do setor público é inferior a 70,0%, ou seja, a



complementaridade do setor privado é superior a 30,0%; entre essas regiões destacam-se as do Teles Pires e a Baixada Cuiabana (respectivamente 44,4% e 60,5%, em 2018); 2) no estado como um todo e na maioria das regiões a participação do setor público na provisão de Assistência Ambulatorial Especializada proporcionalmente vem diminuindo, enquanto aumenta a dos prestadores privados vinculados ao SUS (Martinelli et al., 2022).

Tabela 3 – Serviços de apoio diagnóstico e terapia\* do SUS (SADT): disponibilidade por 10.000 hab. (D) e percentual de serviços do setor público (%P), Regiões de Mato Grosso, 2010-2018.

Regiões de Saúde	2010		2012		2014		2016		2018	
	D	%P	D	%P	D	%P	D	%P	D	%P
Alto Tapajós	1,41	78,57	1,59	75,00	1,66	76,47	1,64	70,59	2,24	62,50
Baixada Cuiabana	0,94	33,72	0,91	36,90	0,96	38,46	0,87	36,90	0,88	34,09
Araguaia Xingu	1,04	87,50	0,88	100,00	0,97	100,00	1,17	100,00	1,45	100,00
Centro Norte	1,72	37,50	1,80	29,41	2,08	35,00	1,85	44,44	2,09	38,10
Garças Araguaia	1,36	81,25	1,34	81,25	1,74	71,43	2,13	65,38	2,46	54,84
Médio Araguaia	1,35	72,73	1,53	76,92	1,68	66,67	1,94	61,11	2,37	56,52
Médio N. Mato-grossense	1,45	36,67	1,54	45,45	1,64	51,35	1,50	40,00	1,31	46,88
Noroeste Mato-grossense	1,19	87,50	1,14	93,75	1,08	87,50	1,29	80,00	1,17	78,95
Norte Araguaia Karajá	0,94	100,00	0,91	100,00	0,87	100,00	1,70	75,00	1,22	100,00
Norte Mato-grossense	0,59	75,00	0,89	66,67	1,19	50,00	1,04	57,14	1,45	60,00
Oeste Mato-grossense	1,18	22,73	1,23	26,09	1,32	32,00	1,73	45,45	1,67	39,39
Sudoeste Mato-grossense	1,29	35,71	1,36	33,33	2,22	40,00	2,45	42,86	2,96	42,86
Sul Mato-grossense	1,06	41,67	1,11	42,31	1,36	42,42	1,36	51,47	1,43	50,67
Teles Pires	0,82	40,74	0,83	48,28	1,24	38,30	1,33	37,74	1,89	27,50
Vale do Peixoto	0,52	100,00	0,72	100,00	0,80	100,00	0,79	100,00	0,76	100,00
Vale dos Arinos	1,35	85,71	1,54	87,50	1,53	87,50	1,53	87,50	1,49	87,50
<b>Mato Grosso</b>	<b>1,07</b>	<b>47,85</b>	<b>1,10</b>	<b>50,87</b>	<b>1,28</b>	<b>49,76</b>	<b>1,32</b>	<b>51,03</b>	<b>1,46</b>	<b>47,32</b>

Fonte: Elaboração própria com base no CNES/Datasus. \* Os mesmos serviços relacionados na Tabela 3.3, mas restritos à prestação de SADT, segundo o CNES

Mesmo que com disponibilidade menor, a situação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT) são semelhantes à da Assistência Ambulatorial Especializada: grande variabilidade de disponibilidade (0,76 a 2,96 em 2018) desses serviços entre as regiões; um aumento na disponibilidade de SADT em 13 regiões (e no estado); redução da disponibilidade em três regiões (Tabela 3). Já a relação público-privada relacionada à SADT é bem distinta, pois em apenas quatro regiões a participação pública é superior a 70,0%, e inferior à privada no estado em sete regiões. Na maioria das regiões, entre 2010 e 2018 deu-se um decréscimo da participação pública na provisão de SADT, reforçando a constatação de que, no que tange à Assistência Ambulatorial Especializada e a SADT, em várias regiões o setor privado deixou de ser prestador complementar do SUS para ser seu principal (Martinelli et al., 2022).

Tabela 4 – Leitos hospitalares do SUS (SADT): disponibilidade por 10.000 hab. (D) e percentual de serviços do setor público (%P), Regiões de Mato Grosso, 2010-2018.

<b>Regiões de Saúde</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Alto Tapajós	1,86	2,12	2,45	2,63	3,40	3,39	3,43	3,94	4,05
Baixada Cuiabana	22,73	23,07	27,02	27,95	29,74	30,35	28,81	28,20	28,38
Araguaia Xingu	1,24	1,55	1,73	1,91	2,33	1,94	1,93	2,07	2,25
Centro Norte	5,51	5,43	6,56	6,55	7,08	7,09	7,16	7,24	7,50
Garças Araguaia	9,37	10,85	13,90	14,64	15,32	12,18	11,75	11,61	11,76
Médio Araguaia	3,39	3,97	4,87	5,25	6,11	5,72	6,03	6,55	6,74
Médio N. Mato-grossense	17,80	15,15	16,95	17,22	17,51	17,67	17,72	18,55	18,04
Noroeste Mato-grossense	1,33	1,34	1,63	1,75	1,97	2,08	2,10	2,08	2,27
Norte Araguaia Karajá	2,12	1,94	2,02	2,03	2,41	2,38	2,47	2,73	2,87
Norte Mato-grossense	1,82	1,99	2,13	2,38	2,77	3,31	3,21	3,42	3,55
Oeste Mato-grossense	8,28	8,78	9,62	10,17	12,08	11,96	11,07	11,83	10,66
Sudoeste Mato-grossense	4,19	5,44	7,34	8,04	8,54	8,56	8,93	10,88	8,49
Sul Mato-grossense	12,18	13,00	14,40	14,93	16,31	16,42	15,31	16,01	16,16
Teles Pires	11,90	12,37	13,72	14,23	16,02	17,32	16,79	19,49	20,05
Vale do Peixoto	1,20	1,27	1,49	1,57	1,82	1,98	2,18	2,57	2,75
Vale dos Arinos	2,56	2,71	3,02	2,95	3,69	3,94	4,81	5,06	5,32
<b>Mato Grosso</b>	<b>13,02</b>	<b>12,93</b>	<b>15,86</b>	<b>17,02</b>	<b>17,23</b>	<b>16,50</b>	<b>16,56</b>	<b>16,56</b>	<b>16,59</b>

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ANS.

Quanto à Assistência Hospitalar, o número de leitos (por 10.000hab.) informa uma quase estabilidade no estado, entre 2010 e 2018, mas em dez regiões a disponibilidade de leitos manteve relativamente estável. Em apenas duas regiões houve uma discreta elevação da disponibilidade de leitos. Em 2018, a região da Baixada Cuiabana era a que tinha o maior número de leitos, equivalentes a 2,0 para cada mil habitantes. Quanto à relação público-privada, destacar-se duas constatações: 1) em pelo menos oito regiões a assistência hospitalar, no período todo ou minimamente nos últimos anos, foi totalmente ou majoritariamente prestada pelo setor público; 2) independentemente da magnitude da participação pública nessa assistência, ela aumentou em 15 das 16 regiões; 3) chamam a atenção os percentuais de participação pública abaixo de 50,0%, observados em cinco regiões (Martinelli et al., 2022).

Tabela 5 – Leitos hospitalares do SUS (SADT): disponibilidade por 10.000 hab. (D) e percentual de serviços do setor público (%P), Regiões de Mato Grosso, 2010-2018.

Regiões de Saúde	2010		2012		2014		2016		2018	
	D	%P	D	%P	D	%P	D	%P	D	%P
Alto Tapajós	16,74	89,16	16,71	100,00	16,42	100,00	15,35	100,00	13,99	100,00
Baixada Cuiabana	18,41	41,87	20,32	48,94	19,71	50,53	19,25	53,17	20,58	61,13
Araguaia Xingu	14,75	69,03	13,51	72,90	12,92	72,90	13,10	100,00	14,43	100,00
Centro Norte	22,74	14,15	23,07	13,76	21,21	27,94	20,56	26,50	19,70	14,14
Garças Araguaia	17,57	89,37	18,84	90,22	20,02	90,91	19,70	90,83	19,80	91,16
Médio Araguaia	17,92	88,36	18,15	88,96	17,25	88,96	18,13	100,00	18,44	100,00
Médio N. Mato-grossense	16,69	37,10	16,49	36,44	14,28	41,61	15,11	45,33	12,96	48,26
Noroeste Mato-grossense	15,07	100,00	16,06	100,00	15,35	100,00	15,04	99,57	13,76	100,00
Norte Araguaia Karajá	19,18	97,56	18,11	100,00	17,44	100,00	18,67	100,00	17,91	100,00
Norte Mato-grossense	20,60	70,00	24,20	74,39	20,31	78,83	19,22	83,72	18,88	83,85
Oeste Mato-grossense	18,12	40,06	16,04	11,30	17,70	10,12	17,89	49,12	16,87	47,75
Sudoeste Mato-grossense	14,25	10,97	14,01	10,97	13,92	10,83	14,69	13,10	14,02	16,87
Sul Mato-grossense	17,77	37,56	17,34	20,02	17,44	24,68	17,30	43,01	17,56	44,24
Teles Pires	8,93	51,02	9,10	47,17	9,60	48,76	11,71	33,33	8,80	56,45
Vale do Peixoto	17,39	100,00	17,01	100,00	16,62	100,00	15,86	100,00	15,58	100,00
Vale dos Arinos	21,78	78,76	17,47	96,70	17,41	96,70	17,59	96,74	16,54	98,88
<b>Mato Grosso</b>	<b>16,87</b>	<b>50,79</b>	<b>17,27</b>	<b>49,66</b>	<b>16,85</b>	<b>51,66</b>	<b>16,92</b>	<b>57,40</b>	<b>16,62</b>	<b>62,16</b>

Fonte: Elaboração própria com base no CNES/Datasus.

De modo geral, as informações da Tabela 5 sugerem que alguns hospitais privados, vinculados ao SUS, estão deixando de operar, reduziram ou não estão mais provendo leitos para o SUS, o que redundaria na mencionada queda na oferta de leitos em várias regiões, e no aumento do percentual de participação pública. A relativa estabilidade da disponibilidade, em nível estadual, seria resultado da implantação de leitos públicos em umas poucas regiões (Martinelli et al., 2022).

A relação público-privada na saúde descrita na Tabela 5 pode ser evidenciada também pela cobertura da Assistência Médica Supletiva que, aparentemente externa ao SUS, tem relação com o setor público: em termos financeiros, face às isenções fiscais que beneficiam esse tipo de assistência; em termos de demandas ao SUS, principalmente relacionadas aos procedimentos de Alta Complexidade e aos medicamentos de alto custo; e também em função da cobertura da população beneficiária, que, em princípio, deveria aliviar a demanda ao SUS (Martinelli et al., 2022).

Tabela 6 – Cobertura de Assistência Médica Supletiva (%), Regiões de Mato Grosso, 2010-2018.

Regiões de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alto Tapajós	1,86	2,12	2,45	2,63	3,40	3,39	3,43	3,94	4,05
Baixada Cuiabana	22,73	23,07	27,02	27,95	29,74	30,35	28,81	28,20	28,38
Araguaia Xingu	1,24	1,55	1,73	1,91	2,33	1,94	1,93	2,07	2,25
Centro Norte	5,51	5,43	6,56	6,55	7,08	7,09	7,16	7,24	7,50
Garças Araguaia	9,37	10,85	13,90	14,64	15,32	12,18	11,75	11,61	11,76
Médio Araguaia	3,39	3,97	4,87	5,25	6,11	5,72	6,03	6,55	6,74
Médio N. Mato-grossense	17,80	15,15	16,95	17,22	17,51	17,67	17,72	18,55	18,04
Noroeste Mato-grossense	1,33	1,34	1,63	1,75	1,97	2,08	2,10	2,08	2,27
Norte Araguaia Karajá	2,12	1,94	2,02	2,03	2,41	2,38	2,47	2,73	2,87
Norte Mato-grossense	1,82	1,99	2,13	2,38	2,77	3,31	3,21	3,42	3,55
Oeste Mato-grossense	8,28	8,78	9,62	10,17	12,08	11,96	11,07	11,83	10,66
Sudoeste Mato-grossense	4,19	5,44	7,34	8,04	8,54	8,56	8,93	10,88	8,49
Sul Mato-grossense	12,18	13,00	14,40	14,93	16,31	16,42	15,31	16,01	16,16
Teles Pires	11,90	12,37	13,72	14,23	16,02	17,32	16,79	19,49	20,05
Vale do Peixoto	1,20	1,27	1,49	1,57	1,82	1,98	2,18	2,57	2,75
Vale dos Arinos	2,56	2,71	3,02	2,95	3,69	3,94	4,81	5,06	5,32
<b>Mato Grosso</b>	<b>13,02</b>	<b>12,93</b>	<b>15,86</b>	<b>17,02</b>	<b>17,23</b>	<b>16,50</b>	<b>16,56</b>	<b>16,56</b>	<b>16,59</b>

Fonte: Elaboração própria com base em dados da ANS.

De modo geral, é baixa a cobertura da Assistência Médica Supletiva no estado e, embora ela tenha aumentado discretamente no período de 2010 a 2018, mantém-se próxima a 15,0%, informando que 85,0% da população mato-grossense depende unicamente do SUS (Tabela 6). Dez regiões de saúde se mantêm com percentuais abaixo de 10,0% (seis delas abaixo de 5,0%); quatro regiões situam-se entre 10,0% e 20,0% e apenas na Baixada Cuiabana a cobertura supera os 20,0% em todo o período analisado, sendo que a região Teles Pires atinget al patamar em 2018 (Martinelli et al., 2022). No que tange ao financiamento da saúde, alguns aspectos são destacados a partir dos gastos com saúde efetuados pelo conjunto de municípios de cada região, assim como pela parcela do orçamento municipal aplicada em saúde por cada um desses entes federativos. No Estado de Mato Grosso, os gastos com saúde per capita sob responsabilidade dos 141 municípios, independentemente da origem do recurso (federal, estadual ou municipal), evoluiu de 685,55 para 959,82 reais o que significa um incremento real de 40,0%, uma vez os valores apresentados foram corrigidos pela inflação do período, tendo dezembro de 2018 como padrão, conforme informações extraídas do SIOPS (2022).

Parte considerável dos gastos com saúde sob responsabilidade municipal é oriunda dos orçamentos próprios desse ente. Historicamente, os municípios têm aplicado percentuais bem superiores aos 15,0% definidos por lei. Na média, nos últimos anos os municípios mato-grossenses aplicaram em saúde mais de 25,0% dos seus orçamentos (Tabela 7), alguns deles quase atingindo os 30,0%, como os do Vale do Peixoto e Teles Pires. Dados providos pelos

sistemas nacionais de informação permitem também a construção de alguns indicadores que refletem a produção do SUS, ou minimamente o desempenho, o impacto que, em princípio, tal sistema deveria ter sobre a saúde da população, como por exemplo, a diminuição de alguns agravos ou a hospitalização por algumas condições (Martinelli et al., 2022).

Tabela 7 - Despesas com saúde, em Reais\* por hab/ano, sob gestão municipal (recursos federais, estaduais e municipais), Regiões de Mato Grosso, 2010-2018.

<b>Região de Saúde</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Alto Tapajós	21,09	20,0	22,57	18,54	21,75	23,08	24,43	25,26	22,84
Baixada Cuiabana	22,25	19,31	22,68	21,33	23,90	24,83	26,96	27,01	26,73
Araguaia Xingu	22,98	20,14	21,98	24,40	25,07	21,22	21,78	22,46	19,96
Centro Norte	23,99	22,27	22,70	23,91	23,71	23,36	26,76	26,27	23,25
Garças Araguaia	19,94	20,43	22,40	20,43	23,97	25,20	25,46	25,15	26,83
Médio Araguaia	21,30	23,00	21,28	25,67	20,38	22,05	25,67	28,43	24,17
Médio Norte Mato-grossense	22,42	23,64	25,96	26,05	25,49	26,50	25,45	26,23	24,33
Noroeste Mato-grossense	22,06	20,32	21,27	27,67	27,28	29,15	28,97	28,43	24,17
Norte Araguaia Karajá	20,52	20,29	18,86	20,29	21,24	19,79	21,07	19,55	19,38
Norte Mato-grossense	19,24	18,91	19,29	21,24	22,32	21,98	25,34	25,84	25,45
Oeste Mato-grossense	23,13	18,80	22,11	23,22	25,38	27,11	24,57	26,41	21,37
Sudoeste Mato-grossense	19,32	19,45	19,56	20,26	22,26	22,65	22,45	23,74	20,83
Sul Mato-grossense	22,58	21,87	23,72	24,73	26,30	26,38	27,64	28,38	26,42
Teles Pires	24,66	22,78	23,88	24,53	25,40	26,38	29,20	29,82	28,06
Vale do Peixoto	20,92	23,59	24,05	26,36	28,32	27,69	28,83	31,50	29,01
Vale dos Arinos	21,88	22,36	20,68	22,89	26,45	28,00	26,94	25,72	23,19
<b>MT</b>	<b>22,29</b>	<b>21,03</b>	<b>22,8</b>	<b>23,26</b>	<b>24,64</b>	<b>25,3</b>	<b>26,69</b>	<b>27,24</b>	<b>25,69</b>

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIOPS.

Como referido anteriormente, ainda que a cobertura da ESF tenha se elevado discretamente no estado e em várias regiões de saúde (Tabela 1), sistematicamente vem se reduzindo o número de consultas de atenção básica por habitante/ano (Tabela 8). A redução é tão expressiva no período (e mais ainda de 2017 para 2018) que levanta a suspeita sobre a alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS).



Tabela 8 – Número de consultas médicas de atenção básica para cada 10.000 hab., Regiões de Mato Grosso, 2010-2018.

<b>Região de Saúde (CIR)</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Alto Tapajós	14,48	12,05	10,58	10,56	74,58	21,82	14,09	11,08	4,42
Baixada Cuiabana	4,45	5,25	7,34	4,24	4,27	7,41	3,26	3,57	0,49
Araguaia Xingu	10,25	10,40	7,09	8,88	9,08	10,58	9,00	4,41	0,50
Centro Norte	10,66	9,47	9,28	12,75	14,20	38,38	25,20	13,30	9,00
Garças Araguaia	25,18	24,49	19,91	16,49	14,30	11,74	12,21	6,52	3,40
Médio Araguaia	13,03	11,16	8,92	9,51	63,24	9,94	9,08	9,98	3,87
Médio Norte Mato-grossense	13,30	9,98	16,59	12,13	10,33	11,04	9,20	8,49	3,73
Noroeste Mato-grossense	11,43	11,25	11,05	19,83	12,57	14,14	29,88	7,58	1,98
Norte Araguaia Karajá	43,05	14,78	13,18	16,21	15,27	12,80	12,62	4,97	---
Norte Mato-grossense	11,26	8,76	9,88	9,39	11,53	11,19	7,49	6,17	7,03
Oeste Mato-grossense	7,79	4,49	5,41	3,19	6,90	7,50	39,13	17,36	3,13
Sudoeste Mato-grossense	10,88	9,54	8,28	7,72	10,52	9,78	10,19	10,23	7,43
Sul Mato-grossense	14,91	14,72	13,22	16,85	12,80	11,09	10,98	8,40	6,14
Teles Pires	32,70	17,31	15,59	15,59	14,26	14,23	12,97	12,39	9,10
Vale do Peixoto	13,43	16,95	16,79	11,64	22,17	12,98	8,49	9,72	7,27
Vale dos Arinos	17,21	36,54	10,95	9,91	10,89	12,19	10,40	5,56	1,90
<b>MT</b>	<b>13,05</b>	<b>11,12</b>	<b>11,00</b>	<b>10,47</b>	<b>13,46</b>	<b>11,48</b>	<b>11,64</b>	<b>8,05</b>	<b>4,03</b>

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIA/SUS.

Devido à incompletude da alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), relativa à produção que tal sistema qualifica como ambulatorial de “baixa complexidade”, categoria em que se enquadrariam todos os procedimentos realizados no âmbito da ESF ou das UBS tradicionais, somente foi possível analisar a produção ambulatorial de média e de alta complexidade.

No Estado de Mato Grosso, deu-se em incremento razoável (cerca de 20%) dos procedimentos de média complexidade por 100 hab. do primeiro (56,5) para o último biênio (68,2) analisados (Tabela 9). Isso se reproduziu, com grande variabilidade, em dez das 16 regiões constituídas, chamando atenção o aumento observado em três delas: Garças Araguaia, Norte Araguaia Karajá e Teles Pires. O número muito baixo desses procedimentos em 2010-2011 explicaria a evolução em uma das regiões (N.A. Karajá), mas o volume desses procedimentos em 2017-18 observado em Garças Araguaia destaca-se por ser: o maior dentre todas as regiões, dez vezes maior que a média mato-grossense e quase três vezes o valor do biênio anterior da mesma região. Excluída a possibilidade de implantação de serviços que tenham realizado mais de 150 mil procedimentos/ano, as constatações apontadas sugerem super enumeração de registros nesse sistema (Martinelli et al., 2022).

Quanto aos procedimentos de Alta Complexidade, de forma distinta do observado em relação aos de Média Complexidade, eles aumentaram em todas as regiões mato-grossenses (Tabela 9). A Baixada Cuiabana deteve os maiores coeficientes, mas foi a região que apresentou o menor aumento (22,0%) do primeiro ao último biênio, enquanto três das quatro regiões da



Macro Leste mais que dobraram tal volume de procedimentos: Médio Araguaia (130,4%), Araguaia Xingu (216,1%) e Garças Araguaia (262,2%).

Não foi possível comparar a evolução da produção ambulatorial gerada pela APS com a de MAC, mas ficou evidente que esta última tem sido estimulada e ampliada, o que pode ser positivo se o foi como necessidade e suporte à APS e de forma concomitante e articulada com este nível de atenção. Mas pode ser um fator negativo caso o aumento da produção de MAC tenha sido reflexo da desestruturação da APS ou da priorização isolada da MAC, fomentada por interesses diversos, não necessariamente voltados à estruturação da RAS como normalizada pela política de saúde nacional (Martinelli et al., 2022).

Tabela 9 – Procedimentos ambulatoriais de Média e Alta Complexidade realizados (por 100 habitantes) em biênios selecionados, Regiões de Saúde de Mato Grosso, 2010- 2018.

Regiões	Média Complexidade				Alta Complexidade			
	2010-11	2013-14	2015-16	2017-18	2010-11	2013-14	2015-16	2017-18
Alto Tapajós	71,34	73,50	53,14	71,66	13,19	14,47	14,87	19,76
Baixada Cuiabana	54,23	46,42	49,88	62,81	39,99	43,86	48,29	48,80
Araguaia Xingu	46,13	20,26	24,11	46,03	4,35	3,64	8,06	13,75
Centro Norte	36,73	25,16	33,57	44,14	16,15	23,33	25,12	24,40
Garças Araguaia	51,77	40,17	76,52	204,18	10,76	28,07	34,39	38,98
Médio Araguaia	41,51	34,55	35,45	65,02	5,52	7,32	11,02	12,71
Médio N. Mato-grossense	45,87	41,60	37,61	52,48	21,91	25,03	29,52	32,33
Noroeste Mato-grossense	21,88	14,53	10,63	20,58	8,74	10,02	10,82	14,23
Norte Araguaia Karajá	16,01	40,23	28,90	41,97	4,78	4,47	8,46	7,55
Norte Mato-grossense	49,79	68,54	43,51	65,57	16,79	17,98	24,35	22,45
Oeste Mato-grossense	43,92	31,45	28,82	33,49	37,69	42,33	45,46	47,91
Sudoeste Mato-grossense	42,89	46,84	39,24	54,51	19,48	24,24	25,21	28,42
Sul Mato-grossense	102,50	57,04	59,27	78,28	26,78	35,99	40,58	38,96
Teles Pires	48,55	49,18	63,83	88,42	19,08	19,89	23,34	24,30
Vale do Peixoto	45,69	65,58	81,79	80,38	13,95	16,48	22,20	19,99
Vale dos Arinos	53,07	45,56	29,14	37,94	13,69	14,44	15,55	18,36
<b>MT</b>	<b>56,50</b>	<b>45,67</b>	<b>48,59</b>	<b>68,18</b>	<b>25,61</b>	<b>29,88</b>	<b>33,64</b>	<b>34,65</b>

Fonte: Elaboração própria com base em dados do SIA-SUS.

Ativar

Outros indicadores que permitem inferir sobre o desempenho do SUS, principalmente considerando a efetividade da APS são:

O DATASUS apresenta o ICSAB (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica) apenas para o período de 2010 a 2015 e nele observa-se uma redução em Mato Grosso, cuja tendência se reproduziu em 14 das 16 regiões de saúde (Tabela 10). No entanto, em duas delas (Alto Tapajós e Araguaia Xingu) tal percentual tem se elevado.

Tabela 10 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB), Regiões de Saúde de Mato Grosso, 2010 – 2015.

<b>Região de Saúde (CIR)</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Alto Tapajós	29,08	31,91	31,22	34,19	34,86	36,22
Baixada Cuiabana	31,36	31,62	29,11	27,44	24,44	20,63
Araguaia Xingu	44,77	45,55	51,46	53,41	51,16	50,06
Centro Norte	40,08	37,42	37,53	31,56	30,27	26,82
Garças Araguaia	45,84	44,28	40,34	40,91	33,23	36,71
Médio Araguaia	38,81	41,77	37,44	42,09	32,61	28,90
Médio Norte Mato-grossense	41,34	35,40	36,31	34,78	38,41	37,35
Noroeste Mato-grossense	32,63	34,12	35,63	27,28	31,25	28,36
Norte Araguaia Karajá	42,69	40,19	44,18	37,83	43,29	35,86
Norte Mato-grossense	44,23	39,44	32,22	31,74	34,92	32,79
Oeste Mato-grossense	31,06	29,99	28,95	22,29	18,38	15,80
Sudoeste Mato-grossense	38,46	34,77	40,53	35,47	32,13	33,58
Sul Mato-grossense	30,10	28,18	29,44	28,75	29,81	28,4
Teles Pires	30,30	29,35	23,54	25,61	25,10	30,86
Vale do Peixoto	32,77	30,40	40,30	31,77	30,63	28,85
Vale dos Arinos	36,10	33,81	36,41	31,24	27,56	33,71
<b>MT</b>	<b>34,34</b>	<b>33,27</b>	<b>32,60</b>	<b>30,41</b>	<b>29,09</b>	<b>27,93</b>

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, 2015.

O perfil da situação de Mato Grosso não difere da situação nacional, pois assim como a situação de saúde do Brasil, ainda predominam a coexistência de uma tripla carga de doenças, pela presença concomitante das doenças infecciosas e carenciais, das causas externas e das doenças crônicas, nessa últimas com destaque para doenças cardiovasculares, diabetes e cânceres, sendo este último objeto deste relatório da câmara setorial temática.

Os indicadores levantados neste estudo sobre o comportamento da atenção primária, dos serviços especializados de apoio diagnóstico que impactam diretamente no rastreamento e diagnóstico precoce dos vários tipos de câncer, reiteram as diversidades entre as regiões do estado e sinalizam a necessidade de ampliar o foco da atenção e melhorar o desempenho do sistema de saúde. Nesse sentido, o planejamento regionalizado pode fortalecer a governança com a tomada de decisões que contemplem as especificidades das regiões de saúde e a organização macrorregional para oferta de serviço de alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) estava se constituindo quando foram instituídos o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento em Saúde (UPAS) e se firmou parceria para os hospitais regionais fazerem pronto atendimento. Todavia, esse atendimento foi desestruturado quando os hospitais regionais

passaram a ser gerenciados por Organizações Sociais (OSs), deixando de fazer pronto atendimento e passando a funcionar como hospitais de porta fechada, somente com médico regulador do SAMU. Em 2016 e 2017, a SES adquiriu ambulâncias para todos os municípios para realizarem o transporte sanitário (Martinelli et al., 2022).

A rede de urgência-emergência foi ampliada com a construção de UPAS em 14 municípios do estado, inclusive em Cuiabá e Várzea Grande. As UPAS tiveram um financiamento inicial e atualmente recebem um aporte financeiro para manutenção, mas esta é uma política que não tem mais uma linha de financiamento. A alta complexidade é custeada pela União e Estados, mas com a redução da participação da esfera federal, os estados e municípios passaram a ter dificuldades. Inclusive, em 2018, foi publicado um decreto federal que autoriza os municípios a modificarem essas unidades, mediante justificativa de que não têm recurso para manter esse serviço (Martinelli et al., 2022).

A Rede de Atenção às Condições e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, câncer e obesidade) também é fragmentada, sendo complementados pelos atendimentos feitos pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) que complementam essa linha de cuidado, pelo menos na média complexidade.

Os consórcios foram criados no estado na década de 1990, com o intuito de ofertar serviços de média complexidade, sobretudo as especialidades médicas. Eles têm complementado as demandas por tais serviços nas regiões de saúde. Em 2010, onze regiões de saúde tinham CIS e em 2018, apenas a região de saúde da Baixada Cuiabana não tinha CIS. Apesar do incentivo financeiro repassado mensalmente pelo estado aos municípios como contrapartida para o funcionamento dos CIS, cada consórcio tem uma organização própria e funcionamento independente, ou seja, um serviço desvinculado do Sistema Estadual e Regional de Regulação (Martinelli et al., 2022).

Como diretriz para esta reorganização da rede de atenção oncológica no SUS, num contexto de retomada das ações pós-pandemia da Covid-19, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 – Anexo IX, consolida as portarias que organizam a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no SUS, cuja meta principal é reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil, define que, para atingir tais objetivos, é necessária a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, com medidas de prevenção e conscientização da população associadas à detecção e tratamento precoce das neoplasias.

Nessa mesma direção a Portaria SAES/MS nº 1.399/2019, define que é de responsabilidade dos gestores estaduais revisar e, se for o caso, redefinir a Rede de Atenção Oncológica nas macrorregiões de saúde para atender as necessidades da população mato-grossense, com base nos parâmetros estabelecidos e submeter sua devida pactuação nos espaços de gestão colegiada, CIR e CIB. Vejamos:

Art. 7º Os gestores públicos da saúde devem verificar e, se for o caso, redefinir, em instância colegiada – CIB e CIR, o Plano de Atenção para diagnóstico e tratamento do câncer, estabelecendo, minimamente, para cada estabelecimento de saúde habilitado ou a habilitar na alta complexidade em oncologia:

- I - o território de cobertura assistencial e a população correspondente;
- II – os serviços e ações de saúde gerais e especializados, diagnósticos e terapêuticos, que cada hospital deve prestar ao SUS;
- III – o acesso regional (macrorregião de saúde) sob regulação a serviços oncológicos, conforme os fluxos de “referência e contrarreferência” estabelecidos;
- IV – a produção mínima estabelecida no Capítulo II desta Portaria e exigida para procedimentos oncológicos – cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos -, consoante a habilitação do hospital na alta complexidade em oncologia; e
- V – a forma como se dará o acesso ao atendimento especializado em Cirurgia, Radioterapia, Oncologia Clínica, Hematologia e Oncologia Pediátrica, conforme a habilitação na alta complexidade em oncologia do hospital.

Diante deste cenário apresentado, e de inúmeros pedidos ajuda de pacientes, das associações que representam os pacientes oncológicos, denúncias de sofrimentos e situações vexatórias para conseguir ter acesso a exames e ao tratamento, além da falta de diálogo institucional entre as Secretarias de Saúde do Estado de Mato Grosso e a do município de Cuiabá é que foi proposta a Audiência Pública de autoria do Deputado Estadual Lúdio Cabral com tema “As Demandas da Assistência à Oncologia no SUS no âmbito do Estado de Mato Grosso. Realizada em 18 março do corrente ano às 09:00 horas na Sala das Comissões “Sarita Baracat, sala 202, 2º andar na Assembleia Legislativa de Mato Grosso.

Essa Audiência Pública teve os seguintes expositores: Dra. Cristina Inocência – Presidente da PACECAN/HGU, Sra. Janaina Santana – Presidente da Associação de Apoio aos Pacientes Oncológicos de Cuiabá, Dr. Eduardo Romero – Oncologista do Hospital de Câncer de Mato Grosso, saudosa Sra. Adriana Catelli e Sra. Cleuza Dias - Direção Geral da Associação MT MAMMA; Sra. Ana Carolina Machado Landgraf – Coordenadora de Atenção às Doenças Crônicas da Secretaria de estado de saúde de Mato Grosso e Dúbia Beatriz O. Campos – Superintendente de Regulação da SES/MT, houve um importante debate acerca do tema em que foi levantada a necessidade da instalação de uma comissão para discutir amplamente os problemas enfrentados pelos pacientes oncológicos no Estado de Mato Grosso.

Segundo (BRASIL, 2008 apud Teixeira, 2009), levando em conta que a perspectiva do aumento nas taxas de incidência e mortalidade por câncer determinado pela expectativa de vida e envelhecimento da população, com uma captação tardia, um fluxo desordenado entre os níveis de atenção do sistema, ausência de protocolos de diagnóstico e tratamento, os gastos são cada ano maiores e de impacto muito pequeno na qualidade e resolutividade das ações de Saúde, bem como a missão de garantir o acesso um grande desafio do SUS.

Em relação ao aparecimento do câncer em jovens, intuitivamente jovens não têm câncer, no entanto, adultos jovens têm apresentado maior incidência nos últimos anos. A mortalidade entre eles se elevou devido ao estilo de vida com hábitos alimentares irregulares e de má qualidade, sedentarismo, obesidade, tabaco e álcool podem ser os grandes “vilões” nesta população que se expõe de maneira precoce e intensa a fatores chamados “de risco” para o câncer. Isto porque a praticidade, agilidade e facilidade de produtos não saudáveis permitem o consumo de forma rotineira.

Assim, na perspectiva de criar um espaço de diálogo e buscar a sinergia das ações na área da oncologia no SUS, empreendidas pelos municípios e pelo estado, e, ao mesmo tempo atender a demanda formulada pelo grupo que participou ativamente da audiência pública, acerca de questões inerentes a assistência à oncologia no Estado é que foi proposta a criação de uma Câmara Setorial Temática no âmbito da Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso, similar às que já se encontram em andamento, com representantes dos poderes constituídos, gestores e técnicos das secretarias municipais de saúde de Cuiabá e Rondonópolis, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, instituições que atuam na defesa dos direitos das pessoas com câncer, universidades e movimentos sociais.

Por meio da Secretaria de Serviços Legislativos da Assembleia Legislativa de Mato Grosso foi realizado o Requerimento nº 396/2022, sob Protocolo nº 6846/2022 por meio do processo nº 1193/2022 para Mesa Diretora a instalação de uma Câmara Setorial Temática pelo período de 180 dias, prorrogáveis por igual período, como o objetivo de discutir, avaliar, acompanhar e fomentar as políticas públicas para assistência aos pacientes oncológicos no Estado de Mato Grosso, intitulada Câmara Setorial Temática – “Assistência aos Pacientes Oncológicos do Estado de Mato Grosso”, presidido pela senhora Janaina Santana de Oliveira - Presidente da AAPOC, relatora Ivana Mara Mattos Mello e pela Secretaria Elizeth Lúcia de Araújo - Assistente Social Analista Técnica e mais 25 membros representado a sociedade civil organizada.

A Câmara Setorial Temática foi composta e organizada pelo Gabinete do Deputado Lúdio Cabral, representantes das organizações sociais de apoio aos pacientes oncológicos, técnicos e gestores da Secretaria de Estado de Saúde, Secretários Municipais de Saúde, representantes do Conselho de Saúde – COSEMS, profissionais de saúde, prestadores de serviços de saúde públicos e privados da área de oncologia para discutir os problemas identificados para o acessar exames diagnósticos, procedimentos e o tratamento do câncer, e redefinir prioridades para melhorar a oferta de serviços, reduzindo a desigualdade no acesso e o sofrimento das pessoas com câncer e seus familiares.

As discussões apontaram diversas situações e problemas enfrentados pelos técnicos e gestores municipais, pelos profissionais que atuam na oncologia no SUS e principalmente pelos pacientes e familiares para conseguir realizar o diagnóstico e o tratamento oncológico:

- ✓ Ausência ou insuficiência de ações preventivas na atenção básica para promoção da saúde, com vistas a redução de riscos e detecção precoce/ rastreamento de câncer de mama, útero e próstata, ressaltando que estudos demonstram que o diagnóstico precoce pode representar 95% de cura;
- ✓ Valores de procedimentos contratualizados pela Tabela SUS, sem atualização há 20 anos, não cobrindo as despesas com procedimentos, custos de aquisição de órteses e próteses, medicamentos e insumos, além dos honorários médicos;
- ✓ Exames e procedimentos não autorizados ou com demora em regulação e autorização prejudicando a continuidade do tratamento;
- ✓ Demora na autorização de exames e biópsia, trazendo necessidade de peregrinação para atendimento, sofrimento e humilhação aos pacientes que estão na fila de regulação;
- ✓ Não oferta pelo SUS de cateter venoso central de implantação periférica, sendo necessário apoio de instituições como GAPECAN, AAPOC e outros para aquisição visando maior dignidade ao paciente e diminuição do sofrimento na submissão às punções venosas;
- ✓ Medicamentos mais modernos, com menores efeitos colaterais e melhor prognóstico, não são assegurados pelo SUS em Mato Grosso e muitas vezes demora a ser incluído no rol de serviços e OPME do SUS e quando inseridos, demoram a ser adquiridos;
- ✓ A Gestão da oncologia é do município de Cuiabá, com dificuldade de custear tabela diferenciada ou adquirir OPME não coberta pelo SUS, sendo que cerca de 60% da demanda atendida é de municípios do interior do Estado;
- ✓ Desigualdade na regulação do acesso em serviços sob gestão estadual (ex. Santa Casa de Cuiabá) e os demais serviços sob gestão municipal;
- ✓ Ausência de alinhamento entre os protocolos clínicos e fluxo de acesso, dificultam o tratamento, aumentam as iniquidades no acesso e a geram demandas para judicialização, e, conseqüentemente maiores despesas na aquisição;

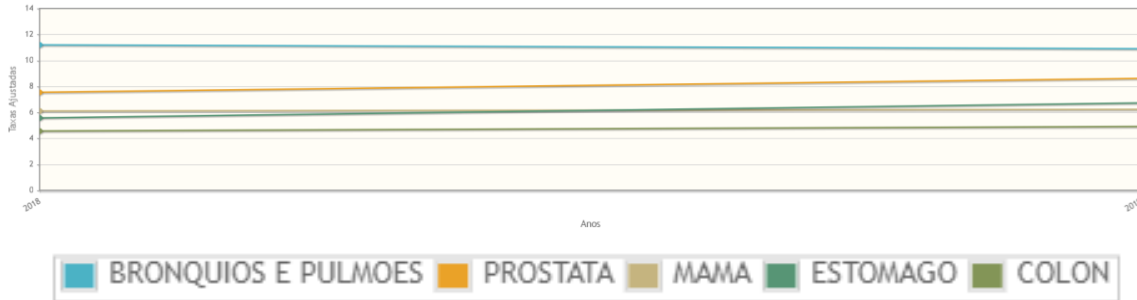


- ✓ Hospital de Câncer de Mato Grosso tem possibilidade de oferecer mais procedimentos, todavia precisa rever contratualização e assegurar os serviços de alta complexidade em oncologia para assegurar a integralidade na assistência ambulatorial e hospitalar especializada;
- ✓ Situação atual, diante da Pandemia COVID-19, apresenta alta demanda reprimida na fila de regulação e demanda desconhecida, diante da diminuição da oferta de procedimentos preventivos e de detecção precoce, como mamografia, coleta de exame citopatológico do colo de útero, PSA, entre outros;
- ✓ Indicadores de saúde demonstram essa realidade em 2021, visto de apenas 10% do diagnóstico de mamografia é de carcinoma “in situ” na mama, para 90% de neoplasia maligna da mama, ressaltando o diagnóstico tardio;
- ✓ MT apresenta em média cerca de 300 casos novos de câncer todos os meses;
- ✓ A demora na autorização de exames de RX, ultrassonografia, Tomografia, Ressonância, PET-CT, entre outros, compromete o estadiamento do câncer (ex: uma demora de 90 à 120 dias, pode representar um aumento no tumor de 2 cm para 5 cm);
- ✓ Necessita urgente de organizar um setor específico na regulação para acolher e encaminhar as demandas de oncologia;
- ✓ Equipamentos de radioterapia muito obsoletos trazendo sequelas aos pacientes como comprometimento dentário, queimaduras na pele, sendo que o estado de Mato Grosso tem apenas 01 equipamento de radioterapia novo e 02 muito antigos e obsoletos;
- ✓ Perícia médica do INSS tem negado auxílio doença às pacientes em tratamento de câncer ou mesmo suspenso aposentadorias, levando muitas pessoas a perdas de sustento e à situação de privação, inclusive alimentar, aumentando sofrimento e humilhação, principalmente de mulheres, que estão sequeladas após mastectomia e não conseguem retornar ao mercado de trabalho;
- ✓ Necessidade de divulgar amplamente e alinhar com os profissionais e prestadores para validação dos fluxos e possível revisão se necessário da Resolução CIB nº 080/2020, que trata do fluxo de regulação da oncologia em MT.
- ✓ Rediscutir a porta de entrada regulada do Hospital de Câncer de Mato Grosso ~~Hcan~~, visto que é permitido apenas 30% da demanda de urgência, 70% depende de autorização e dificulta os atendimentos de pacientes em tratamento nas urgências, que precisam ir para outros serviços prejudicando o acompanhamento;
- ✓ Necessidade de revisão do protocolo de regulação e autorização de procedimentos e exames de pacientes com câncer para agilizar o tratamento e o estadiamento, investindo na melhoria do monitoramento, controle, avaliação e auditoria;
- ✓ Atraso no recebimento de serviços pelo Hcan, cerca de 4 meses de atraso;
- ✓ Necessidade urgente de discutir, alinhar e padronizar os procedimentos e tratamentos ao câncer em MT, buscando sinergia entre os protocolos clínicos e a adequação pela gestão da contratualização e oferta dos serviços, a Rede de Atenção à Saúde, as ações de prevenção e detecção precoce na Atenção Básica e Especializada e as parcerias nas ações de promoção da saúde com MT Mama, AAPOC, Hcan, entre outros;

- ✓ Articular junto a SES/MT e SMS Cuiabá para implantar a dupla gestão nos serviços de oncologia;
- ✓ Revisão, do Plano Estadual de Oncologia para ser discutido e apreciado no Conselho Estadual de Saúde e na CIB/MT.

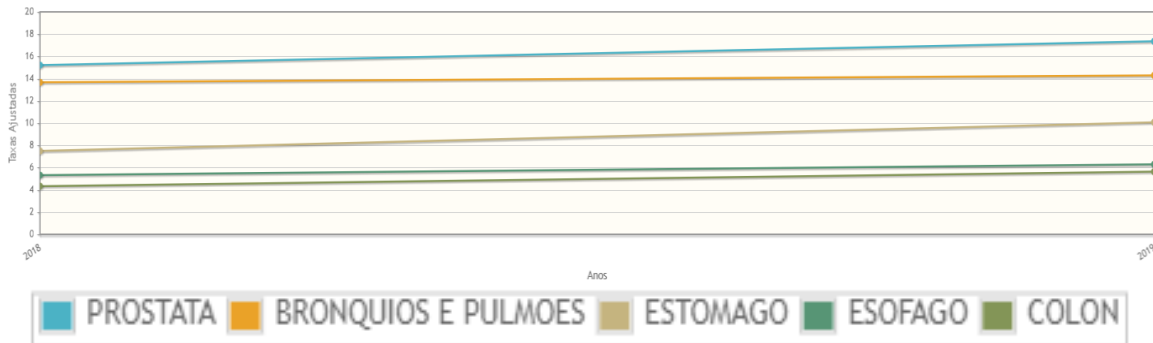
## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER EM MATO GROSSO

Taxa de Mortalidade Geral – ano de 2020



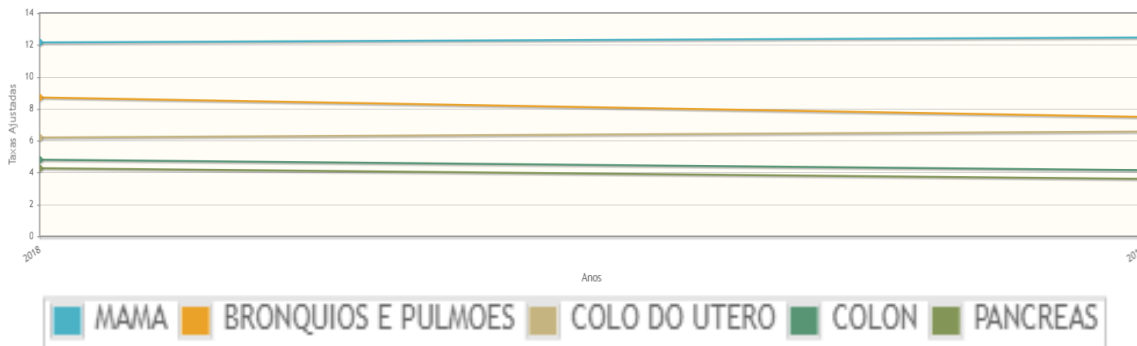
Fonte: estatísticas de câncer – INCA 2020/

Taxa de mortalidade de Câncer em Homens– ano de 2020



Fonte: estatísticas de câncer – INCA 2020

Taxa de mortalidade de Câncer em Mulheres– ano de 2020



Fonte: estatísticas de câncer – INCA 2020/ Fonte: estatísticas de câncer

## CASOS DE CÂNCER DIAGNOSTICADOS EM MATO GROSSO

### CID C34 - NEOPLASIA MALIGNA DOS BRÔNQUIOS E DOS PULMÕES

Ano	Homens	Mulheres	Total
2019	73	52	125
2020	56	38	94
2021	64	39	103

Fonte: PAINEL-Oncologia em 28/11/2022

### CID C61 - NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA

ANO	TOTAL
2019	459
2020	331
2021	347

Fonte: PAINEL-Oncologia em 28/11/2022

### CID C50 - NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA CID C05 - CARCINOMA *IN SITU* DA MAMA

ANO	TOTAL
2019	572
2020	545
2021	509

Fonte: PAINEL-Oncologia em 28/11/2022

### CID C50 - NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA CID C05 - CARCINOMA *IN SITU* DA MAMA

Ano	0 a 49 anos	50 a 69 anos	Acima 70	Total
2019	223	290	59	572
2020	229	248	68	545
2021	200	260	49	509

Fonte: PAINEL-Oncologia em 28/11/2022

**NEOPLASIA MALIGNA DE ÚTERO**

<b>Ano</b>	<b>C53 - Neoplasia maligna do colo do útero</b>	<b>C54 - Neoplasia maligna do corpo do útero</b>	<b>C55 - Neoplasia maligna do útero, porção não especificada</b>	<b>D06 - Carcinoma in situ do colo do útero (cérvix)</b>	<b>Total</b>
<b>2019</b>	<b>287</b>	<b>70</b>	<b>10</b>	<b>212</b>	<b>579</b>
<b>2020</b>	<b>230</b>	<b>57</b>	<b>6</b>	<b>110</b>	<b>403</b>
<b>2021</b>	<b>268</b>	<b>66</b>	<b>9</b>	<b>202</b>	<b>545</b>

Fonte: PAINEL-Oncologia em 28/11/2022

A vigilância de câncer, no escopo das ações de controle das doenças não transmissíveis, apoiada nas informações de morbimortalidade obtidas pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), fornece os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle de câncer, bem como o direcionamento da pesquisa em câncer (BRAY et al., 2014).

A mais recente estimativa mundial, ano 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma). O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões) seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). A incidência em homens (9,5 milhões) representa 53% dos casos novos, sendo um pouco maior do que nas mulheres, com 8,6 milhões (47%) de casos novos. Os tipos de câncer mais frequentes nos homens foram o câncer de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), cólon e reto (10,9%), estômago (7,2%) e fígado (6,3%). Nas mulheres, as maiores incidências foram câncer de mama (24,2%), cólon e reto (9,5%), pulmão (8,4%) e colo do útero (6,6%) (BRAY et al., 2018).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma). O câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). 250 cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo MATHERS et al. (2003), aponta a ocorrência de 685 mil casos novos.

Uma vez que o cálculo das estimativas guarda estreita dependência com as informações de mortalidade, quanto melhor a qualidade da informação sobre mortalidade melhor será a informação estimada para a incidência. Diante dessa premissa, a necessidade de estabelecer a alimentação dos sistemas de informação oficiais, do Ministério da Saúde, relacionados ao rastreamento, diagnóstico, estadiamento, tratamento, internações, óbitos, entre outros, é imprescindível para que haja efetividade no estabelecimento de programação, implementação, organização e tudo que envolve a melhoria do acesso, diagnóstico, tratamento, cuidado paliativos e serviços de urgência e emergência em oncologia.

Os resultados das análises documentais e propositivas apontaram para a necessidade de revisão dos fluxos de atenção e regulação em oncologia, que contemple as necessidades da população, com foco específico na ampliação do acesso ao Diagnóstico e Tratamento do Câncer, percebido que existem desigualdades na atenção oncológica entre as regiões do Estado de Mato Grosso.

O presente relatório aqui apresentado é fruto das discussões ocorridas nas reuniões da Câmara Setorial “Assistência aos Pacientes Oncológicos do Estado de Mato Grosso”, seguindo-se os preceitos normativos e legais para a constituição e operacionalização da mesma. Desenvolveu-se diversas análises a partir dos dados apresentados pelos gestores municipais e estaduais de saúde presentes nas reuniões, relativos à produção ambulatorial, hospitalar e de indicadores de avaliação da atenção oncológica.

## CONSIDERAÇÕES E PROPOSIÇÕES

Considerando a constante necessidade de adequação e reorganização da assistência no SUS para atender a dinâmica populacional acerca dos problemas de saúde apresentados acima, a Câmara Setorial “Assistência aos Pacientes Oncológicos do Estado de Mato Grosso” propõe:

- Estadualizar da gestão dos serviços de alta complexidade oncológica no Estado de Mato Grosso, evitando duplicidade e desigualdade no acesso de diagnóstico e tratamento do câncer;
- Unificar a regulação em oncologia do Estado de Mato Grosso para Central Estadual de Regulação em Oncologia, sob gestão da SES/MT;
- Criar uma coordenação estadual de oncologia para articulação com os outros setores do complexo regulador, dentre eles: central de consultas, de exames, de leitos e o do setor de autorização de tratamento fora do domicílio, otimizando assim o fluxo do paciente oncológico;
- Implementar a Rede Estadual de Atenção ao Paciente Oncológico em consonância aos ditames legais, organizando as ações necessárias, conforme cada linha de cuidado, de forma

ascendente, a partir do diagnóstico nas unidades de atenção Básica, da Rede Ambulatorial e Hospitalar, para assegurar consultas médicas especializadas, intervenções cirúrgicas de média complexidade, serviços de apoio diagnóstico (laboratorial, de radiologia e imagem, anatomopatológico, etc), Atenção domiciliar e cuidados paliativos, organizados nas 16 regiões de saúde;

- Atualizar a pactuação das referências às Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), adequando-se às necessidades macrorregionais;
- Implementar a utilização de instrumentos de contrarreferência com orientações à Atenção Primária à Saúde, visando acolher esses pacientes após a alta da unidade oncológica;
- Revisar os contratos para adequação da oferta à demanda dos pacientes oncológicos, considerando a estimativa de novos casos, a oferta de atendimento integral, evitando pagamento por procedimentos, que geram a fragmentação do tratamento, e conseqüentemente a demora na autorização dos exames e procedimentos, tendo como consequência a descontinuidade do tratamento oncológico, que pode comprometer o prognóstico e a vida da pessoa. Destaca-se aqui que esses contratos devem assegurar que a unidade habilitada para assistência especializada em alta complexidade oncológica, efetivamente ofereça atendimento nas sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos, devidamente organizados na própria unidade ou com fluxo definido para referenciar a outros serviços, de forma integrada e com acesso facilitado aos pacientes;
- Rever o fluxo de acesso do paciente com suspeita de neoplasia, os critérios de agendamento e encaminhamento, agilizar o diagnóstico precoce, o início do tratamento e a garantia da assistência integral;
- Estabelecer indicadores a serem utilizados nas atividades de monitoramento e avaliação à assistência prestada, considerando a assistência integral ao paciente, o tempo de resposta de acordo com cada linha de cuidado e dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- Estabelecer fluxos assistenciais para atender as situações de urgência oncológica, que demandam internações hospitalares, cuidados paliativos, considerando as portas de entrada do sistema de saúde: unidades básicas, pronto atendimento geral e atendimento especializado às urgências dos pacientes com câncer;
- Implementar o painel de controle direcionado à assistência oncológica, que permita avaliar sistematicamente a performance das ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, utilizando os sistemas de informações oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e a análise dos processos de produção de serviços para subsidiar a gestão da política de saúde;
- Informatizar os serviços e customizar o SISREG para assegurar agilidade na autorização de procedimentos necessários ao tratamento do câncer em todas as modalidades assistenciais;



- Revisão dos protocolos clínicos por linha de cuidado para tratamento adequado, considerando alguns critérios que precisam ser avaliados, como: tipo de tumor, estadiamento dado pela análise anatomopatológica da biópsia, extensão da doença e condição física do paciente, assegurando quando necessário: tratamento complementar; tratamento alternativo; cuidados paliativos e oferta de OPME, considerando os insumos e medicamentos não contemplados pela tabela SUS, que são essenciais para o tratamento e melhor prognóstico da doença, evitando a judicialização para acessar os direitos essenciais à saúde;
- Implantar um cronograma de educação permanente a ser desenvolvido pela SES/MT, em parceria com a Escola de Saúde Pública, técnicos e gestores municipais, UFMT, Hospital Universitário Júlio Müller, Programa Telessaúde, INCA, Ministério da Saúde, entre outros, com a finalidade de discutir melhorias nos fluxos assistenciais de origem do paciente com suspeita e/ou diagnóstico de câncer, os serviços de urgência/emergência, ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico, hospital geral, hospital especializados, UNACON, em estreita comunicação com os serviços de regulação do acesso;
- Atualizar o Plano Estadual de Oncologia, de acordo com os novos protocolos, a organização macrorregional da saúde e o Planejamento Regional Integrado-PRI;

Depois de lido e aprovado por todos desta Câmara Setorial Temática intitulada “Assistência aos Pacientes Oncológicos do Estado de Mato Grosso”, presidido pela Sra. Janaina Santa de Oliveira, relatora Sra. Ivana Mara Mattos Mello e pela Sra. Secretaria Elizeth Lúcia de Araújo e mais 25 membros representado a sociedade civil organizada, submetemos ao autor desta Comissão Setorial Temática para conhecimento e as providências cabíveis.

Cuiabá, 07 de Novembro de 2022.

*Sra. Janaina Santana de Oliveira, Presidente*  
*Sra. Ivana Mara Mattos Mello, Relatora*  
*Sra. Elizeth Lúcia de Araújo, Secretaria*