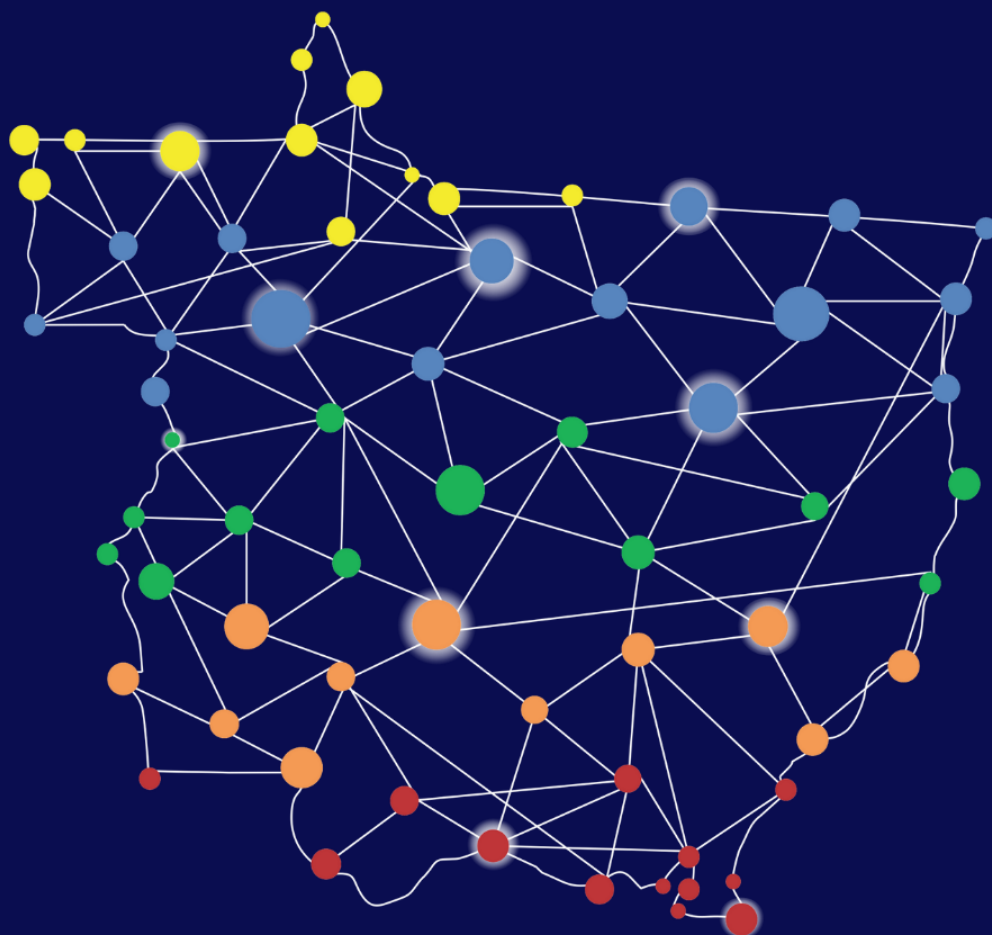


**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE BUCAL**



Guia Orientador para Organização e Gestão da Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso.

**EDIÇÃO REVISADA
JANEIRO/2025**

Gilberto Gomes de Figueiredo
Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

Juliano Silva Melo
Secretário Adjunto de Atenção e Vigilância em Saúde

Lenil da Costa Figueiredo
Superintendente de Atenção à Saúde

Regina Paula de Oliveira Amorim Costa
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde

Andrea Regina do Nascimento Vrech Coelho
Coordenadora de Saúde Bucal

Alessandra Stefan Pottratz
Gerente de Monitoramento da Atenção Primária à Saúde

Equipe de Elaboração:

Cristhiane Candido Duarte
Elisabete Maria de Jesus Preza Nogueira
Glaucie Pinheiro Cavalcante
Hugna Mayre de Oliveira
Inês de Cássia Franco Pedrosa
José de Figueiredo Loureiro Júnior
Laura Fabiane de Oliveira Patrício
Niciane Okumura
Pablo Berticelli
Susilei Lourenço dos Santos
Valéria Cristhian Meneghin

Revisão Geral:

Alessandra Stefan Pottratz
Regina Paula de Oliveira Amorim Costa

Siglas:

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada
AB – Atenção Básica
AC – Atenção Contínua
ACE – Agentes de Combates a Endemia
ACG – Atenção Compartilhada a Grupo
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
ACSR – Agentes Comunitários de Saúde em Assentamentos Rurais
AD – Atenção Domiciliar
AGSUS – Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS
APS – Atenção Primária à Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAP – Coordenadoria da Atenção Primária
CaSAPS – Carteira de Serviços da APS
CCE – Comissão de Coordenação Estadual
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CD – Cirurgião-Dentista
CDS – Coleta de Dados Simplificados
CIR – Comissão Intergestores Regional
COAPES – Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSABU – Coordenadoria de Saúde Bucal
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM – Diabetes Mellitus
DPT – Diretrizes de Processo de Trabalho
DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DW – Data WareHause
EaD – Educação à Distância
EAP – Equipes de Atenção Primária
EAPP – Equipes de Atenção Primária Prisional
ECR – Equipe de Consultório na Rua
EM – Entrevista Motivacional
E-MULTI – Equipes Multiprofissionais
ERS – Escritório Regional de Saúde
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipes de Saúde da Família
ESFF – Equipes de Saúde da Família Fluviais
ESFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESP – Escola de Saúde Pública
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GBSES – Gabinete da Secretaria Estadual de Saúde
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HUJM – Hospital Universitário Júlio Müller

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária
ICMS – Imposto de circulação de mercadorias e serviço
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INE – Indicador Nacional de Equipes
INTERMAT- Instituto de Terras de Mato Grosso
IPM - Índices de Participação dos Municípios
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS – Ministério da Saúde
MT – Mato Grosso
MTT- Modelo Transteórico de Mudança
M&A – Monitoramento e Avaliação
NASF AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NSP – Núcleo de Segurança do Paciente
NTI – Núcleo de Tecnologia da Informação
NTC – Núcleo Técnico Científico
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Pisos de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS – Planificação da Atenção à Saúde
PASCAR – Programa de Apoio à Saúde Comunitária em Assentamentos Rurais
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM – a Mais Médicos
PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil
PMpB – Programa médico pelo Brasil
PNAB – Política Nacional de Atenção Primária
PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNO – Pré-Natal Odontológico
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP – Procedimentos Operacionais Padrão
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa de Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
QUALI-APS – Qualificação para os Profissionais da Atenção Primária à Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
SAAVS - Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS – Superintendência de Atenção à Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SIMAP – Sistema de informação da Atenção Primária
SIMPAPS – Sistema de Monitoramento e Planejamento da Atenção Primária a Saúde
SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SPCA – Sistema de Programação de Controle e Avaliação
SUS – Sistema Único de saúde
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial
UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso
UOM – Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1.	Organização da Gestão Estadual da Atenção Primária	9
1.1	Coordenadoria da Atenção Primária	10
1.1.1	Gerência de Monitoramento da Atenção Primária.....	11
1.2	Coordenadoria de Saúde Bucal.....	12
1.3	Como Posso Entrar em Contato com a Equipe de Suporte das Coordenadorias Estaduais da Atenção Primária à Saúde?.....	13
1.4	Escritórios Regionais de Saúde.....	13
1.5	Como Posso Entrar em Contato com a Equipe de Suporte da Atenção Primária à Saúde nos Escritórios Regionais de Saúde	15
2.	Como Organizar a Atenção Primária a Saúde no Município?	26
2.1	Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde	29
2.2	Tipos de Equipes da Atenção Primária	30
2.2.1	Equipe de Saúde da Família (ESF)	30
2.2.2	Equipe de Atenção Primária – EAP	31
2.2.3	Equipe de Saúde Bucal na Atenção Primária:	32
2.2.4	Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	33
2.2.5	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR).....	33
2.2.6	Consultório na Rua.....	34
2.2.8	Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)	37
2.3	Organização dos Processos de Trabalho na Atenção Primária à Saúde.....	38
2.3.1	Intervenções na Estrutura e Macroprocessos Básicos da APS	41
2.3.2	Microprocessos Básicos da APS	48
2.3.3	Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos (condições agudas e condições crônicas não agudizadas).....	52
2.3.4	Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não Agudizadas, Enfermidades, Pessoas Hipertulizadoras	54
2.3.5	Macroprocessos de Atenção Preventiva	60
2.3.6	Macroprocessos Administrativos	62
2.3.7	Macroprocessos de Atenção Domiciliar	63
2.4	Atividades Estratégicas para Organização das Equipes de APS	68
2.5	Metodologia de Monitoramento e Apoio na APS.....	71
2.5.1	Etapas de Monitoramento e Apoio	73
2.5.2	Sistema de Monitoramento e Planejamento da Atenção Primária a Saúde - SIMAPS	74

3.	O Financiamento das Ações da Atenção Primária	76
3.1	Cofinanciamento Estadual	78
3.1.1	Cofinanciamento Estadual para as Equipes de Saúde da Família (ESF)	83
3.1.2	Cofinanciamento Estadual para Agente Comunitário de Saúde em Assentamentos Rurais (ACSAR)	85
3.1.3	Cofinanciamento Estadual para Saúde Bucal	86
3.1.4	Cofinanciamento Estadual para as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)	87
3.1.5	Programa de Saúde Digital de Mato Grosso	88
3.1.6	Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária (SIMAP)	88
3.2	Cofinanciamento Federal do Piso de APS no âmbito do SUS	90
3.3	Suspensão e Pedido de Crédito Retroativo	97
4.	Ferramentas de Apoio à Gestão Municipal.....	99
4.1	e-Gestor AB.....	100
4.2	Fundo Nacional de Saúde	104
4.3	Sistemas de Informação da APS.....	107
4.3.1.	e-SUS APS (Atenção Primária à saúde):.....	107
4.3.2.	SISAB (Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica): ..	108
4.3.3.	TabNet/DATASUS:.....	108
4.3.4.	CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde):	109
5.	Outras Ações, Programas e Estratégias do Governo Federal	109
5.1.	PNPIC	109
5.2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)	110
5.3	Programa Mais Médicos.....	112
5.4	Programa Médicos pelo Brasil	116
5.5	Segurança do Paciente na Atenção Primária	118
5.6	Saúde Bucal	119
6.	Bibliografia	123
8.	Publicações	126
9.	Anexos	128

Figura 1. Relação dos 16 Escritórios Regionais de Saúde e seus respectivos municípios. Mato Grosso, 2021.	14
Figura 2. Atributos e funções da atenção primária à saúde.....	27
Figura 3. A metáfora da casa na construção da APS.	39
Figura 4. Intervenções na Estrutura e macroprocessos Básicos	41
Figura 5. microprocessos básicos.....	48
Figura 6. Macroprocessos de Atenção aos eventos agudos (condições agudas e condições crônicas agudizadas).....	52
Figura 7. Macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras	54
Figura 8. Macroprocessos de Atenção Preventiva	60
Figura 9. Macroprocessos Administrativos.....	62
Figura 10. Macroprocessos de atenção domiciliar	63
Figura 11. Macroprocessos de Autocuidado Apoiado.....	64
Figura 12. Macroprocessos de Cuidado paliativo	67
Figura 13. Acesso ao "Financiamento APS" no Portal e-Gestor.....	102
Figura 14. Gerando o relatório de Financiamento da APS	103
Figura 15. relatório dos valores repassados pelo MS aos municípios	104
Figura 16. Painéis de informação do Fundo Nacional de Saúde	105
Figura 17. Paineis de consulta dos recursos destinados ao SUS	106
Figura 18. Painéis de informações do Fundo nacional de Saúde.....	106
Figura 19. equipes de Saúde Bucal, segundo as modalidades	120
Gráfico 1. Número de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e ACS em Assentamentos Rurais, financiadas pelo governo do estado. Mato Grosso, 2010-2024*.	17
Gráfico 2. Coberturas de população estimada de equipes de Atenção Primária (AP), e equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária (eSB na AP). Mato Grosso 2010 a 2024.	19
Mapa 1. Cobertura Populacional Estimada da Atenção Primária, segundo municípios. Mato Grosso, Abril/2024.	20
Mapa 2. Cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária, segundo municípios. Mato Grosso, abril/2024.	23
Quadro 1. Recursos repassados pelo governo estadual para o Programa de Cofinanciamento da APS, segundo Equipes de Saúde da Família (ESF), Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários em Assentamentos Rurais (ACSAR) e Equipes de Atenção Primária Prisional (eaPP).....	82
Quadro 2. Percentual, Tipo e Motivo de suspensão dos incentivos financeiro	Erro! Indicador não definido.
Quadro 3. Contatos para acesso a CCE/MT	116
Quadro 4. Tipos de Equipes de Saúde Bucal, segundo a vinculação	122

Apresentação

A Atenção Primária representa um conjunto abrangente de práticas de saúde que abarca a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Essas ações são realizadas de forma integrada e eficiente por equipes multiprofissionais, direcionadas à população de uma área delimitada, assumindo responsabilidade sanitária, conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017.

Ela desempenha o papel central como a porta de entrada primordial e o elo de comunicação na Rede de Atenção à Saúde (RAS), liderando o cuidado e coordenando as ações e serviços disponibilizados na rede. Deve ser oferecida de maneira abrangente e gratuita a todos os cidadãos, adaptando-se às suas necessidades e demandas locais, levando em consideração os fatores que influenciam na saúde.

No estado de Mato Grosso, as Equipes de Saúde da Família desempenham um papel fundamental na organização da Atenção Primária em Saúde (APS), embora haja espaço para outras formas de organização, desde que estejam alinhadas com as diretrizes da APS mencionadas anteriormente.

A Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES-MT), através da Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) e da Coordenadoria da Atenção Primária (COAP), assume a responsabilidade de apoiar financeiramente e tecnicamente os municípios. Nesse contexto, apresenta o "Guia Orientador para Organização e Gestão da APS em Mato Grosso", que tem como objetivo orientar gestores, coordenadores municipais e profissionais de saúde na organização e implementação da Atenção Primária em Saúde nos municípios mato-grossenses.

Este documento tem a finalidade de fornecer informações essenciais a fim de ajudar os gestores municipais a compreender a

gestão da atenção primária e a sua organização. Isso permitirá que a APS assuma o papel central na coordenação do cuidado, identificando as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e direcionando essas necessidades em relação aos outros pontos de atenção à saúde. Isso, por sua vez, contribuirá para que os serviços de saúde sejam programados com base nas necessidades dos usuários.

Entendendo que o processo de atenção à saúde é dinâmico e está sempre evoluindo para atender às crescentes necessidades dos usuários, o documento também se compromete a permanecer em constante atualização.

1. Organização da Gestão Estadual da Atenção Primária

No contexto do estado de Mato Grosso, as Equipes de Saúde da Família desempenham um papel fundamental como a principal estratégia de organização da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, é importante destacar que isso não exclui a possibilidade de estabelecer outras formas de organização, desde que estejam alinhadas com as diretrizes da APS aqui descritas.

Mato Grosso, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, atualizados em 27/10/23, conta com uma população de 3.658.649 habitantes, distribuídos em 141 municípios, além do município de Boa Esperança do Norte, o qual a Portaria nº 01/2024/Casa Civil, informa sua criação (Lei Estadual nº 7.264, de 29/03/2000) e orienta seu reconhecimento jurídico e administrativo.

A divisão administrativa do estado envolve a criação de 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS) pela Secretaria de Estado de Saúde

de Mato Grosso (SES-MT), com o objetivo de assegurar a eficiente gestão do Sistema Estadual de Saúde nas diferentes regiões mato-grossenses.

É relevante notar que o estado apresenta atualmente uma cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária de 88,02%. Esse cálculo baseia-se nas pessoas cadastradas na APS e que recebem financiamento do Ministério da Saúde (MS), conforme informações do sistema e-Gestor AB, na competência de abril de 2024.

1.1 Coordenadoria da Atenção Primária

A Coordenadoria da Atenção Primária integra a Superintendência de Atenção à Saúde (SAS), vinculada à Secretaria Adjunta de Atenção e Vigilância em Saúde (SAAVS) da Secretaria de Estado de Saúde - SES-MT.

Sua missão central é coordenar a organização da atenção primária à saúde, de forma que seja a ordendora da rede de atenção à saúde e a coordenadora do cuidado da população em Mato Grosso. Suas atribuições incluem:

- coordenar a organização da atenção primária à saúde, com base na Política Nacional de Atenção Primária;
- coordenar a planificação da atenção primária à saúde, por linha de cuidado, integrada aos demais níveis de atenção;
- conduzir a estratégia saúde da família como prioritária para a operacionalização da atenção primária à saúde;
- coordenar o monitoramento e avaliação das ações e serviços da atenção primária à saúde;
- coordenar os processos de financiamento estadual da atenção primária à saúde;

- desenvolver projetos integrados de educação permanente em atenção primária à saúde, por meio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da SAS/SPCA, em conjunto com a Escola de Saúde Pública MT e/ou entidades afins;
- contribuir com a implementação de programas interinstitucionais da atenção primária à saúde, no âmbito do estado de Mato Grosso;
- efetivar apoio institucional em atenção primária à saúde aos Escritórios Regionais de Saúde e municípios;
- promover a equidade na organização da atenção primária à saúde, integrada aos demais níveis de atenção.

1.1.1 Gerência de Monitoramento da Atenção Primária

A Gerência de Monitoramento da Atenção Primária tem a missão de gerenciar os processos de planejamento, monitoramento e apoio institucional da Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso, competindo-lhe:

- ✓ elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento da atenção primária à saúde;
- ✓ orientar o processo de monitoramento e avaliação da atenção primária à saúde, priorizando a estratégia saúde da família;
- ✓ gerenciar a elaboração e execução de planos de ação para qualificação da atenção primária à saúde;
- ✓ realizar apoio institucional aos Escritórios Regionais de Saúde e municípios nos processos de monitoramento e avaliação da atenção primária à saúde;
- ✓ desenvolver projetos de qualificação e Educação Permanente em monitoramento e avaliação da atenção primária à saúde, por meio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da

SAS/SPCA ,em conjunto com a Escola de Saúde Pública MT e/ou entidades afins.

1.2 Coordenadoria de Saúde Bucal

A Coordenadoria de Saúde Bucal tem como missão de coordenar a organização da Atenção à Saúde Bucal de forma regionalizada e integrada em todos os níveis de atenção para a saúde da população em Mato Grosso, competindo-lhe:

- ✓ Coordenar a organização da Atenção à Saúde Bucal de forma regionalizada com base nas Políticas de Saúde Bucal;
- ✓ Coordenar o monitoramento e a avaliação da atenção em Saúde Bucal e a vigilância das condições de saúde no território;
- ✓ Gerir os processos de cofinanciamento estadual das equipes de saúde bucal (ESB);
- ✓ Desenvolver projetos integrados de Educação Permanente em Saúde Bucal, por meio do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da SAS/SPCA (NEPS), em conjunto à Escola de Saúde Pública (ESP) e/ou entidades afins;
- ✓ Coordenar a planificação da atenção à saúde bucal, integrada aos níveis de atenção;
- ✓ Efetivar apoio institucional em Atenção Primária à Saúde aos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) e municípios;
- ✓ Promover a equidade na organização da Atenção Primária à Saúde, integrada aos demais níveis de atenção.

1.3 Como Posso Entrar em Contato com a Equipe de Suporte das Coordenadorias Estaduais da Atenção Primária à Saúde?

Setor	Telefone	E-mail
Coordenadoria da Atenção Primária	(65) 3613-5338	coatba@ses.mt.gov.br
Gerência de Monitoramento da APS	(65) 3613-5338	coatba@ses.mt.gov.br
Coordenadoria de Saúde Bucal	(65) 3613-5338	saudebucal@ses.mt.gov.br

1.4 Escritórios Regionais de Saúde

A Resolução CIB/MT Nº 057 de 26 de julho de 2018, agrega geograficamente os municípios do estado de Mato Grosso em 6 macrorregiões (Leste, Oeste, Norte, Sul, Centro Norte e Centro Noroeste) e 16 regiões de saúde (Figura 1). Com a finalidade de garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nessas regiões ficou estabelecido ainda, 16 Escritórios Regionais de Saúde (ERS) no município sede de cada região. Destaca-se que esta conformação administrativa busca fortalecer as regiões no processo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada, sendo esta uma das principais diretrizes do SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde em Mato Grosso.

Nesta dimensão, cada ERS dispõe de diferentes estruturas de apoio técnico, logístico e de gestão, como meios para garantir referência técnica mínima responsável pelo monitoramento e apoio institucional das ações da Atenção Primária e Saúde Bucal no território. Segue abaixo relação de contatos.

FIGURA 1. RELAÇÃO DOS 16 ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE E SEUS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS. MATO GROSSO, 2021.



1.5 Como Posso Entrar em Contato com a Equipe de Suporte da Atenção Primária à Saúde nos Escritórios Regionais de Saúde

Escritórios Regionais	Contato
Água Boa	(66) 3468-1918 (66) 3468-3902 (66) 3468-3916 (66) 98437-6936
Alta Floresta	(66) 3521-2772 (66) 984377943
Baixada Cuiabana	(65) 3324-1081 (65) 98464-6004
Barra do Garças	(66) 3401-6211 (66) 98438-1008
Cáceres	(65) 9 99639602 (65) 99601-3465
Colíder	(66) 99646-4383
Diamantino	(65) 3336-1225 (65) 98414-1951 (65) 99908-6561
Juara	(66) 3556-4247 (66) 99602-5739
Juína	(66) 3566-5002 (66) 999472175
Peixoto de Azevedo	(66) 3575-1750 (66) 99985-1756
Pontes e Lacerda	(65) 98432-0251 (65) 99235-9102
Porto Alegre do Norte	(66) 3569-1222 (66) 3569-1188 (66) 98437-7420
Rondonópolis	(66) 3422-4554 (66) 99968-7258
São Félix do Araguaia	(66) 3522-1425 (66) 99717-8236
Sinop	(66) 3531-5484 (66) 99717-8236
Tangará da Serra	(65) 3326-4937 (65) 3326-1027 (65) 98433-0152

1.6 Capacidade Instalada da APS em Mato Grosso

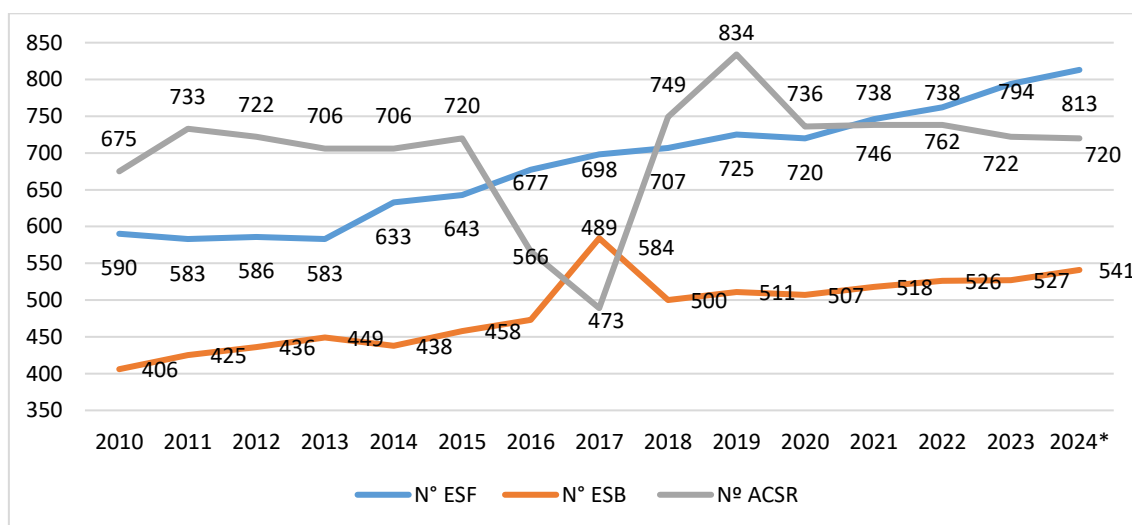
Segundo dados do CNES/DATASUS e eGestor APS, a estrutura da Atenção Primária está composta da seguinte forma (MS, dezembro/2023):

- ✓ 1.151 Centros de Saúde/Posto de Saúde/Unidade Básica;
- ✓ 953 equipes de Saúde da Família e 36 eAP cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, das quais apenas 810 equipes de Saúde da Família são consideradas implantadas recebendo o cofinanciamento estadual, em conformidade com a legislação vigente;
- ✓ 16 equipes de Saúde Indígena (conforme cadastro CNES);
- ✓ 630 equipes de Saúde Bucal cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, das quais apenas 544 equipes de Saúde Bucal são consideradas implantadas recebendo o cofinanciamento estadual, em conformidade com a legislação vigente;
- ✓ 06 Equipes de Saúde Bucal de carga horária diferenciada, sendo 05 equipes de 20 hs e 01 equipe de 30 hs, cofinanciadas pelo Ministério da Saúde;
- ✓ 04 Equipes de Consultório na Rua;
- ✓ 16 Equipes de Atenção Primária Prisional credenciadas, porém apenas 11 equipes estão recebendo cofinanciamento federal e estadual;
- ✓ 720 Agentes Comunitários de Saúde Rural (ACSR) implantados e recebendo o cofinanciamento estadual;
- ✓ 5.295 Agentes Comunitários de Saúde cofinanciados pelo Ministério da Saúde;
- ✓ 75 Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária - eMulti recebendo cofinanciamento federal;
- ✓ 20 Polos de Academias da Saúde credenciadas;

1.7 Cobertura da APS em Mato Grosso

Em 1996, as primeiras equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da família (PSF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB), foram introduzidas em Mato Grosso. No entanto, a expansão significativa ocorreu a partir da formalização do programa de cofinanciamento estadual da APS em 2001. A evolução ao longo dos últimos 14 anos, destacada no gráfico 01, reflete a institucionalização das ESF e o fortalecimento da APS no estado.

GRÁFICO 1. NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SAÚDE BUCAL E ACS EM ASSENTAMENTOS RURAIS, FINANCIADAS PELO GOVERNO DO ESTADO. MATO GROSSO, 2010-2024*.



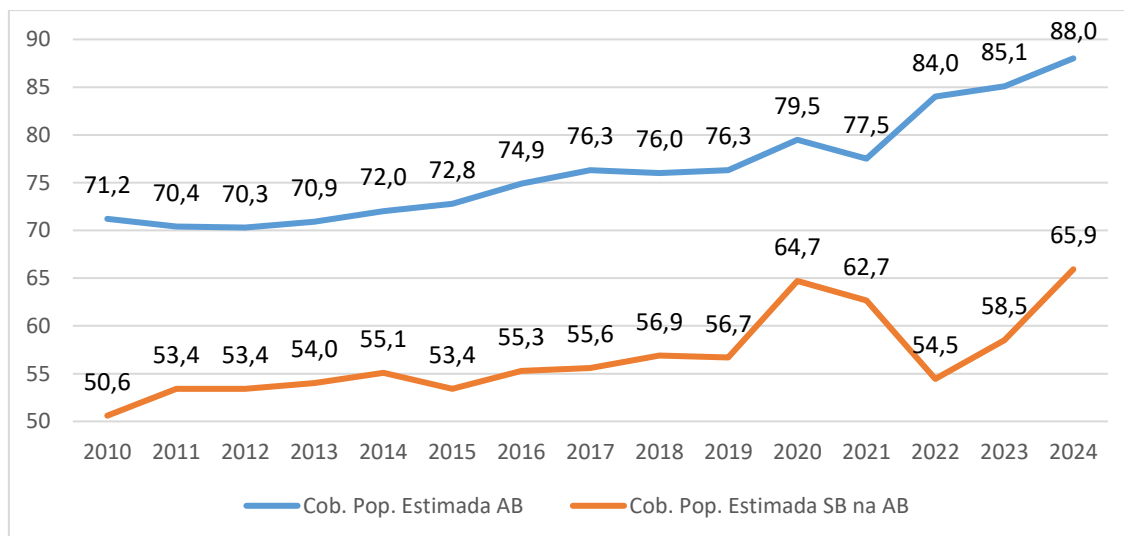
Fonte: CAP/SAS/SES-MT. Comp. novembro/2024*

Ao final de 2024 (comp. Novembro/24) contávamos com 953 equipes de Saúde da Família implantadas, das quais 813 encontravam-se financiadas pelo governo estadual. Quanto as as equipes de Saúde Bucal somavam 629 eSB implantadas, sendo 541 cofinanciadas pelo estado. Além disso, o governo estadual cofinancia Agentes Comunitários

de Saúde implantados em Assentamentos Rurais (ACSAR) formalmente reconhecidos pelo INCRA e INTERMAT, contando com 720 ACSAR.

Atualmente estima-se que 88% da população do estado dispõe de serviços básicos de saúde. O Gráfico 2, demonstra a evolução temporal dos indicadores de cobertura populacional por equipes de Atenção Primária (APS) e Saúde Bucal na APS no período de 2010 a 2024, evidenciando um crescimento de 23,6% na cobertura da população por equipes de atenção primária ao longo de 14 anos. A meta de 85,5% estabelecida para o ano de 2024 foi superada em 2,9% quando o estado alcançou o valor de 88,02% no indicador de cobertura de APS em 2024* (Fonte: e-Gestor. *dados disponíveis até comp.abril/24) representando aumento de apenas 3,43% em relação ao ano de 2023. Tal incremento relativamente discreto pode ser atribuído aos resultados parciais de cobertura disponibilizados pelo MS, em parte, ao fato de que a maioria dos municípios de pequeno porte já atingiram sua capacidade máxima para a implantação de novas equipes e ainda a dificuldade política dos municípios de grande porte ampliarem suas cobertura. Assim, aprimorar esse indicador requer foco na manutenção das equipes já implantadas, ao mesmo tempo em que se direciona esforços aos municípios de médio e grande porte que ainda apresentam coberturas insatisfatórias.

GRÁFICO 2. COBERTURAS DE POPULAÇÃO ESTIMADA DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (AP), E EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ESB NA AP). MATO GROSSO 2010 A 2024.



Fonte: e-Gestor APS/MS. Comp. abril/2024.

No que concerne à população coberta por equipes de Saúde Bucal (ESB), observa-se um aumento de 30,2% ao longo do período analisado. Apesar de atingir uma cobertura de 64,7% em 2020, o indicador registrou um declínio para 58,5% em 2023, justificado pelas recentes alterações normativas no método de cálculo para o indicador de cobertura de Saúde Bucal, contribuindo para queda significativa nos resultados. Entretanto, em 2024 a cobertura volta a subir chegando a 65,9%.

Destaca-se, assim, a importância das mudanças regulatórias nas tendências observadas, enfatizando a necessidade de uma análise contextualizada e ajustada às particularidades normativas vigentes.

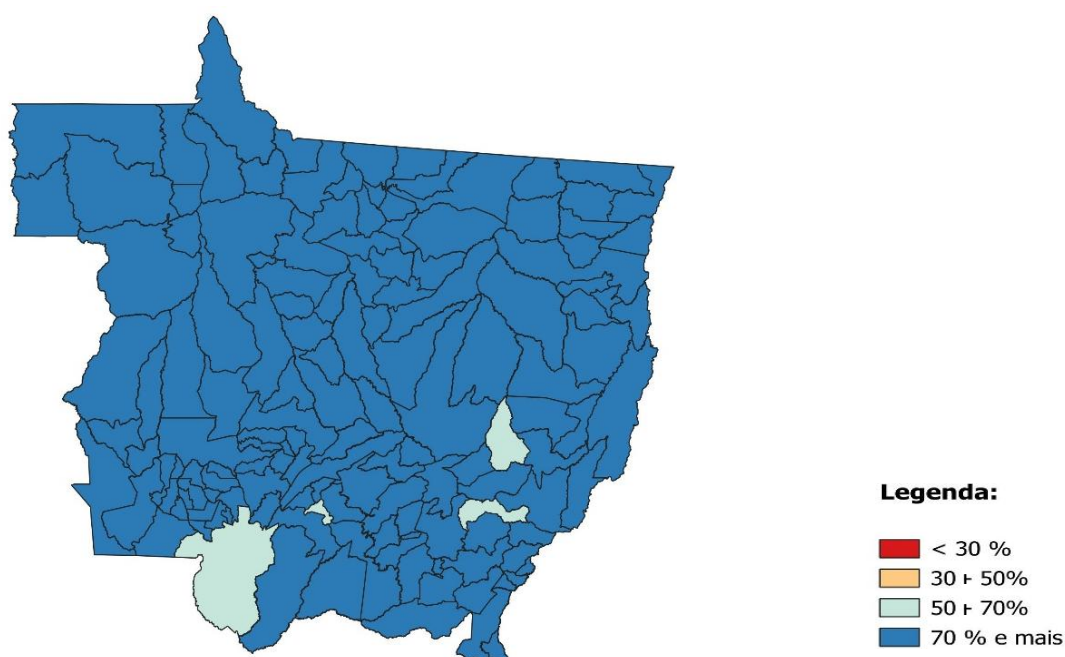
A análise geográfica dos municípios de Mato Grosso, com base nos quatro parâmetros estabelecidos para avaliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), revela uma situação caracterizada por uma importante melhoria na cobertura. Destaca-se que nenhum

município foi classificado nos parâmetros de cobertura inferior a 50%, evidenciando a abrangência efetiva da APS.

Quatro municípios, equivalendo a 2,84%, atingiram uma cobertura entre 50 e 70%, a saber: Campinópolis, Colniza, Cáceres, General Carneiro e Várzea Grande. No entanto, é imprescindível ressaltar que a esmagadora maioria, representando 97,16% dos municípios, superou a marca de 70%, demonstrando um cenário satisfatório em termos de cobertura da APS em Mato Grosso.

É crucial destacar que, embora esse panorama seja positivo, ele permanece dinâmico, sujeito a alterações mensais devido à implementação de novas equipes ou à suspensão temporária, muitas vezes causada por fatores como a perda de profissionais, inadequação de estrutura física ou questões operacionais das equipes, conforme evidenciado no Mapa 01. Essa dinâmica ressalta a importância do constante Monitoramento e Apoio para manter os elevados padrões de cobertura alcançados e a qualidade dos serviços ofertados à APS.

MAPA 1. COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SEGUNDO MUNICÍPIOS. MATO GROSSO, ABRIL/2024.

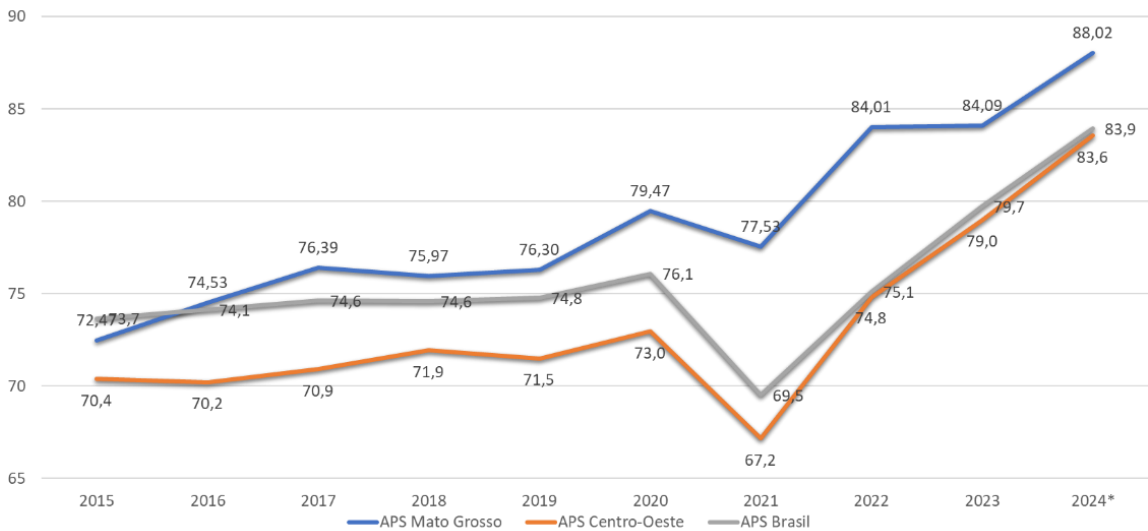


Fonte: e-Gestor APS/MS, Comp. Abril/2024

O cenário Matogrossense revela um desempenho positivo no indicador de cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente quando comparado aos resultados nacionais e da Região Centro-Oeste (Gráfico 3). Observa-se que, com exceção do ano de 2015, a cobertura no estado se destacou de maneira consistente, apresentando resultados superiores aos do Brasil e da região centro oeste, ao longo do período de 2015 a 2024.

A queda dos resultados de cobertura apresentada em 2021 refere-se a uma mudança no método de cálculo do indicador, mas Mato Grosso conseguiu manter uma trajetória de crescimento consistente e positiva em seus resultados.

GRÁFICO 3. COMPARATIVO ENTRE AS COBERTURAS DE POPULAÇÃO ESTIMADA DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (AP). MATO GROSSO, REGIÃO CENTRO OESTE E BRASIL, 2010 A 2024.



Fonte: e-Gestor APS/MS, Comp. Abril/2024

O Mapa 02 oferece uma representação visual da distribuição do indicador de cobertura de Saúde Bucal na APS nos municípios de Mato Grosso no ano de 2024. Este indicador tem por base a cobertura populacional estimada de equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes

de Saúde da Família (ESFSB) e pela Saúde Bucal na Atenção Básica utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base nos parâmetros estabelecidos para análise dos dados do estado observa-se que apenas o município de Colniza ainda se apresenta com cobertura inferior a 30%, enquanto que em 2023 eram 3 os municípios que se encontravam nesse parametro. Na categoria de 30% a menor que 50% encontram-se 7 (5,0%) municípios, são eles: Aripuanã, Cáceres, Cuiabá, Colniza, Juína, Tangará da Serra e Várzea Grande enquanto que no ano anterior totalizavam 20 (14,2%) municípios.

No parâmetro de 50 a menor que 70% foram encontrados 22 (15,6%) municípios, sendo: Acorizal, Barra do Bugres, Brasnorte, Campinápolis, Chapada dos Guimarães, Confresa, Figueirópolis D'Oeste, Itaúba, Juara, Mirassol D'Oeste, Nossa Senhora do Livramento, Nova Xavantina, Paranatinga, Pedra Preta, Peixoto de Azevedo, Pontes e Lacerda, Poxoréu, Primavera do Leste, Ribeirão Cascalheira, Sapezal, São José dos Quatro Marcos e Vera. Observa-se também diminuição de municípios nesta categoria, em relação a 2023, que era composta por 26 (18,4%) municípios.

Entre os municípios que superaram o parâmetro de 70% de cobertura com Equipes de Saúde Bucal destaca-se a maioria totalizando 78,7% (111) dos municípios, enquanto em 2023 essa categoria era composta por apenas 82 (58,2%) municípios. Tal categoria ainda se destaca com 77 (54,6%) municípios com exatos 100% de cobertura.

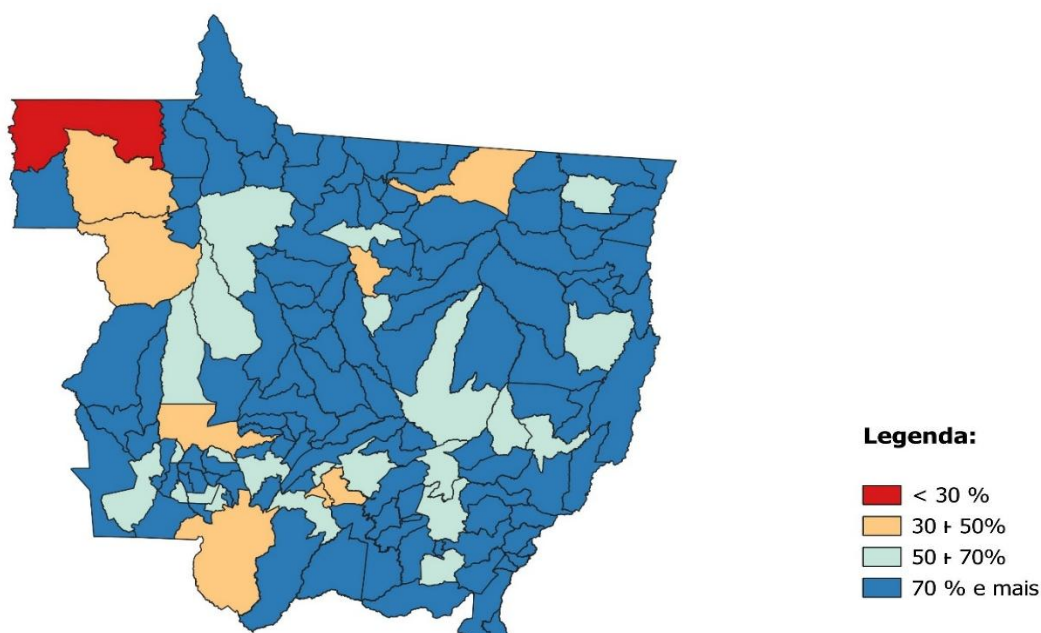
O expressivo aumento do percentual de cobertura de saúde bucal no Estado do Mato Grosso alcançado no último ano é o reflexo de uma gestão estratégica e do fortalecimento do apoio técnico dos governos federal e estadual aos municípios, propiciando o credenciamento de ESB que estavam a algum tempo represadas. A

Coordenadoria Estadual de Saúde Bucal desempenhou um papel fundamental nesse avanço, promovendo capacitações direcionadas aos profissionais de saúde bucal e gestores, garantindo a melhoria contínua do atendimento odontológico e melhorando a qualidade de informações.

Além disso, o monitoramento sistemático e as visitas técnicas constantes aos ERS e municípios permitiram identificar e corrigir falhas pontuais, possibilitando novos credenciamentos de equipes pelo Ministério da Saúde. Essa abordagem não apenas fortaleceu os serviços municipais, mas também promoveu maior adesão ao atendimento odontológico, com impactos positivos em todos os níveis de atenção.

Esses esforços coordenados refletem o compromisso do estado com a atenção à saúde bucal, consolidando Mato Grosso como referência nacional em indicadores de desempenho no setor.

MAPA 2. COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SEGUNDO MUNICÍPIOS. MATO GROSSO, ABRIL/2024.



Fonte: e-GESTOR AB/MS 09/01/2025.

1.8 Internações por Condições Sensíveis à APS

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), são condições pelas quais a internação hospitalar deveria ser evitável se os serviços de atenção primária fossem efetivos e acessíveis. As condições sensíveis à atenção primária representam um conjunto de problemas de saúde para os quais uma atenção primária efetiva diminuiria o risco de internações, isto é, as atividades próprias da atenção primária, como: prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas.

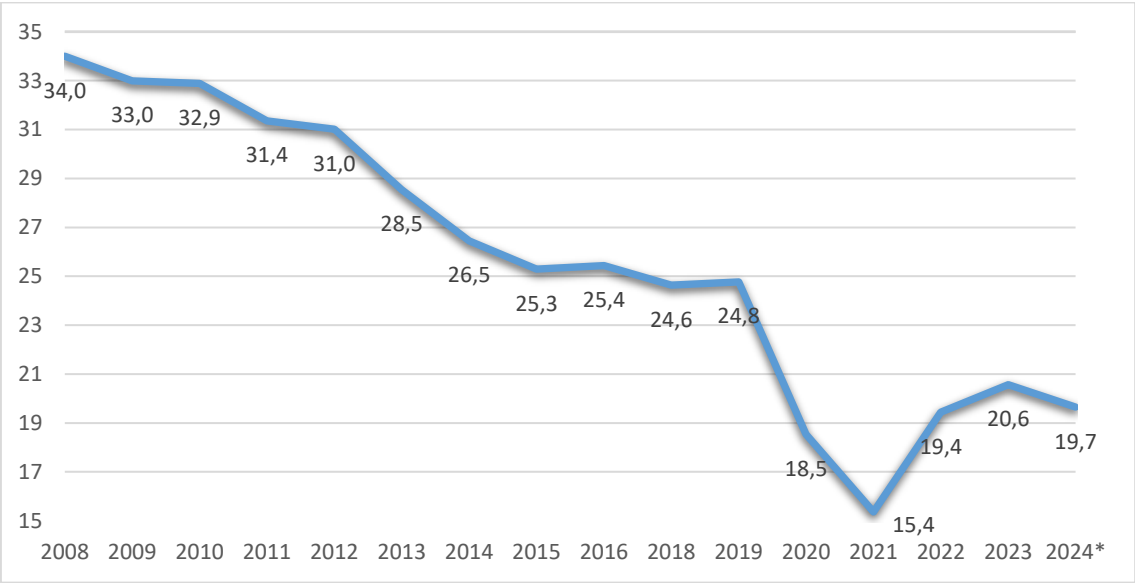
Inúmeros estudos surgiram, mostrando que altas taxas de ICSAP foram correlacionadas com baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família ou inadequada capacidade de resolução da atenção primária para determinados problemas de saúde.

Utilizado como estratégia para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde e da qualidade da atenção primária, assim como para avaliar a efetividade dos serviços de saúde, o indicador de ICSAP também ganha destaque como importante informação aos gestores, neste guia. Entre outras fontes de arrecadação municipal de recursos para investimentos na saúde, o Decreto Estadual Nº 1.514, de 04 de novembro de 2022, que regulamenta a Lei Complementar nº 746 de 25 de agosto de 2022, consolida no território Mato-grossense as normas relativas ao cálculo dos Índices de Participação dos Municípios (IPM) do Estado de Mato Grosso no produto da arrecadação do ICMS - IPM/ICMS e estabelece entre outras providências, o **Coeficiente de Participação da Saúde**, que é calculado com base nos resultados da proporção de cura de doenças endêmicas (Tuberculose e Hanseníase), proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças com até dois anos de idade e as **internações por condições**

sensíveis à atenção básica, ponderados pela taxa de cobertura das equipes de atenção primária que desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde primários à população.

O Gráfico 4 apresenta uma análise do comportamento das ICSAPS em Mato Grosso ao longo do período de 2008 a 2024. Evidencia-se uma tendência de queda linear até 2019, quando atingiu a taxa de 24,8%. O período entre 2019 e 2021 intensificou essa tendência, com uma variação negativa de 37,90%, atribuída, entre outros fatores, à inclinação natural de declínio do indicador e aos impactos da pandemia de coronavírus.

GRÁFICO 4. SÉRIE HISTÓRICA DA PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. MATO GROSSO, 2008-SET/2024



FONTE: DW/CAP/SAS/SES/MT, COMP. SETEMBRO/2024

Entre 2021 a 2024 observa-se uma alteração no cenário estadual que após atingir 15,4% em 2021, o indicador apresentou diferentes oscilações representando ao final do período um incremento de 27,9% quando o indicador alcançou o resultado de 19,7%. Trata-se de dados parciais uma vez que nas competências outubro e novembro do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) não foram consolidados as internações dos hospitais Estaduais e a competência dezembro ainda encontra-se em processamento no Data SUS. Ressalta-se que os resultados da série histórica buscam uma coerência de ajustes no gráfico, marcado pelo

período pandêmico, para a retomada da queda linear, próxima aos 24,8% registrados em 2019, o que aponta um ajuste nos resultados dessas internações.

O link abaixo dá acesso a Ficha de Qualificação do indicador de internações por condições sensíveis à APS:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf

Para consultar o resultado do indicador das ICSAPS do seu município, basta acessar o Data Warehouse Web, disponibilizado no link a seguir: <http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw>

2. Como Organizar a Atenção Primária a Saúde no Município?

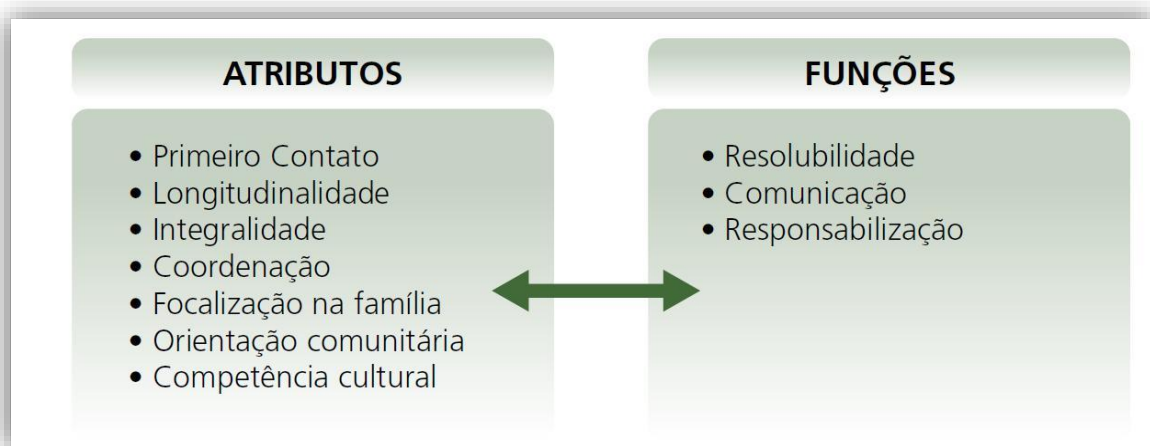
O [Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017](#), aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A PNAB, em seu Art. 2º, estabelece que a Atenção Primária é o *conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.* (Origem: [PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º](#))

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial e centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde. Isso pressupõe o exercício de sete atributos e três funções (Figura 2) e só haverá uma APS de qualidade quando estes sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade.

Os primeiros quatro (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) são os atributos essenciais e os três últimos (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) os atributos derivados.

FIGURA 2. ATRIBUTOS E FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Fonte: Mendes (2012).

O **primeiro contato** implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.

A **longitudinalidade** constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, em um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias.

A **integralidade** significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado,

da reabilitação e da palição. A responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

A **coordenação** denota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS. O que significa ter condições de ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

A **focalização na família** impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar.

A **orientação comunitária** significa o reconhecimento das necessidades das famílias em razão do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige análise situacional das necessidades de saúde das famílias.

A **competência cultural** convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias.

Da mesma forma, uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir dois papéis essenciais: a resolubilidade e a responsabilização.

O papel da **resolubilidade**, inerente ao nível de cuidados primários, significa que eles devem ser resolutivos, capacitados, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a 90% da demanda da APS.

A função de **responsabilização** implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população adscrita (MENDES, 2012).

A Saúde da Família é a estratégia prioritária adotada pelo estado de Mato Grosso para expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde, sendo reconhecidas outras estratégias de Atenção Primária, desde que observados os princípios e diretrizes previstos na [Política Nacional de Atenção Básica](#), que prevê o estímulo à conversão em Estratégia Saúde da Família.

2.1 Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Primária à Saúde

Para entender o processo de trabalho na gestão do SUS é importante dizer que o exercício da gestão é um grande desafio e requer uma considerável habilidade em lidar com situações imprevisíveis e problemas complexos. Isso requer, entre outras competências, a arte de conduzir e realizar trabalhos compartilhados.

Para atuar na coordenação da gestão do SUS como gestor ou componente da equipe gestora, é importante estabelecer uma “rota de voo” e embasar-se em evidências e instrumentos a fim de otimizar esforços e recursos.

O processo de trabalho em saúde é a forma como os trabalhadores de saúde realizam a produção dos serviços. Portanto, o processo de trabalho reflete o cotidiano do trabalho em saúde.

O que o trabalhador utiliza para realizar o trabalho em saúde?

- O saber manusear materiais e equipamentos (balança, seringa, estetoscópio, etc.);
- O saber aplicar os conhecimentos científicos e tecnológicos (saber clínico, assistencial);
- O saber estabelecer relações com os outros (comunicação, fala, diálogo).

O que o gestor deve considerar na organização da atenção primária do seu município?

- Deve ser composta por equipe multidisciplinar;
- Deve ter cobertura garantida para toda a população;
- Deve atuar de forma integral, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde das pessoas do seu território.

2.2 Tipos de Equipes da Atenção Primária

2.2.1 Equipe de Saúde da Família (ESF)

A equipe de Saúde da Família tem a equipe composta pelos seguintes profissionais:

- Médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- Auxiliar ou Técnico de enfermagem;
- Agentes Comunitários de Saúde.

Na sua composição complementar, podem ser inseridos os seguintes profissionais:

- Equipe de Saúde Bucal: Cirurgião-Dentista e Técnicos e Auxiliares em saúde bucal;
- Agentes de Combates a Endemia (ACE).

ATENÇÃO: todos os profissionais que compõem a ESF e ESB na eSF deverão cumprir carga horária mínima de 40h semanais.

Como definir o número de ACS por equipe?

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com a base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e

socioeconômicos, de acordo com definição local. Para as áreas de grande dispersão territorial, de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Todos os profissionais devem cumprir a carga horária de 40 horas semanais e se cadastrar em apenas uma equipe.

2.2.2 Equipe de Atenção Primária – EAP

Estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2.539, de 26 de setembro de 2019. Tem como diferença principal, em relação à equipe de Saúde da Família – eSF, a sua composição, sendo necessário observar as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

Composição mínima das eAP:

- Médicos, preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade;
- Enfermeiros, preferencialmente especialistas em saúde da família.

Modalidades das EAP:

- ✓ Modalidade I:
 - Carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais;
 - A população adscrita deve corresponder a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF
- ✓ Modalidade II:
 - Carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais;
- População adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF.

É vedada a substituição de ESF por EAP, sob pena de suspensão da transferência dos incentivos financeiros.

2.2.3 Equipe de Saúde Bucal na Atenção Primária:

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (ESF) podem se organizar nas seguintes modalidades (Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017):

- Modalidade I: Cirurgião-Dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;
- Modalidade II: Cirurgião-Dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Enquanto os profissionais da saúde bucal que irão compor as equipes de atenção primária (EAP) apenas poderão ser de Modalidade I.

Independente da modalidade adotada, os profissionais da Saúde Bucal devem compartilhar a gestão e o processo de trabalho das equipes da APS, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adscrito que a equipe de Saúde da Família ou de Atenção Primária a qual integra.

A [Portaria MS nº 37, de 18 de janeiro de 2021](#), redefiniu o registro das equipes de APS no SCNES e, de acordo com esse documento, as equipes de Saúde Bucal passaram a ser reclassificadas com o código 71 - eSB - Equipe de Saúde Bucal, e deverão ser desvinculadas das outras estratégias de atenção primária e gerar um número de Identificação Nacional de Equipes (INE) específico para as equipes.

Para solicitar credenciamento de equipes de Saúde Bucal, sejam elas de 20h, 30h ou 40h, o município solicitante deve seguir as orientações explicitadas na [Nota Técnica Nº 282/2023-COHC/CGFAP/SAPS/MS, de outubro de 2023](#).

2.2.4 Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense. Elas buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

ESFF - Equipes de Saúde da Família Fluviais: desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

Essas equipes deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente a 8h/dia) e 2 dias para atividade de educação permanente, registro de produção e planejamento de ações.

Mato Grosso não possui nenhuma eSFF implantada.

2.2.5 Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (em contexto da Amazônia Legal), foram incluídas na Política Nacional de Atenção Básica ([Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 03 de Outubro de 2017 \(Anexo XXII - Política Nacional de Atenção Básica PNAB 2017\)](#) com o intuito de ampliar a capacidade resolutiva da atenção primária considerando as diferentes populações e modelagens de equipes que vão ao encontro das necessidades específicas em saúde.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em comunidades pertencentes a áreas em que estão acrescentadas, cujo acesso é por rio. Pela grande dispersão territorial, essas áreas necessitam de embarcações para atender às comunidades dispersas no território.

Em função dessa particularidade, as eSFRs devem ser compostas por, no mínimo: um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem.

Entretanto, uma equipe de Saúde da Família Ribeirinha também pode contar com profissionais de saúde bucal, e outros profissionais de nível superior, além de profissionais de nível médio. O número máximo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é 24.

Nas regiões endêmicas, por exemplo, ainda é possível incorporar o microscopista à equipe.

Mato Grosso não possui nenhuma eSFR implantada.

2.2.6 Consultório na Rua

A estratégia Consultório na Rua regulamentada pela [Portaria GM/MS nº 1.255, de 18 de junho de 2021](#), visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Chamamos de Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde frente às necessidades dessa

população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território.

Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua como de qualquer outro cidadão é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR, a atenção deverá ser prestada pelas demais modalidades de equipes da Atenção Primária. É importante destacar, ainda, que o cuidado em saúde da população em situação de rua deverá incluir os profissionais de Saúde Bucal e as e-Multi do território onde essas pessoas estão concentradas.

As equipes dos Consultórios na Rua podem ser organizadas em três modalidades:

Modalidade I: equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, entre os quais 2 (dois) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra **A** (descrição abaixo) e os demais entre aqueles descritos nas letras **A** e **B**;

Modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, entre os quais 3 (três) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra **A** (descrição abaixo) e os demais entre aqueles descritos nas letras **A** e **B**;

Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

A) enfermeiro, psicólogo, assistente social, cirurgião dentista e terapeuta ocupacional;

B) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, profissional/professor de educação física.

2.2.7 Equipe Multiprofissional na Atenção Primária (eMulti)

As equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti) foram regulamentadas pela Portaria [GM/MS Nº 635, de 22 de Maio de 2023](#), que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho dessas equipes.

Dentre as diretrizes que norteiam o processo de trabalho destaca-se: “ampliar o escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território”; “favorecer os atributos essenciais e derivados da APS, conforme orientado pela PNAB, por meio da atenção interprofissional, de modo a superar a lógica de fragmentação do cuidado que compromete a corresponsabilização clínica”; e “contribuir para aprimorar a resolubilidade da APS”.

“A estratégia eMulti ressignifica o acesso ao cuidado integral e longitudinal, com ênfase na importância da multiprofissionalidade e das especialidades para ações que abrangem desde a promoção da saúde até o tratamento e reabilitação” [NOTA TÉCNICA Nº 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.](#)

As eMulti são classificadas em 03 (três) modalidades de acordo com a carga horária de equipe, vinculação e composição profissional, a saber:

I – equipe Multiprofissional Ampliada, vinculada a no mínimo 10 (dez) e no máximo 12 (doze) equipes de atenção primária e cumprir com uma carga horária mínima de 300 (trezentas) horas semanais, somando-se a carga horária de todos os profissionais que compõe a equipe;

II – equipe Multiprofissional complementar, vinculada a no mínimo 05 (cinco) e no máximo 09 (nove) equipes de atenção primária e cumprir com uma carga horária mínima de 200 (duzentas) horas semanais, somando-se a carga horária de todos os profissionais que compõe a equipe;

III – equipe Multiprofissional estratégica, vinculada a no mínimo 01 (uma) e no máximo 04 (quatro) equipes de atenção primária e cumprir com uma carga horária mínima de 100 (cem) horas semanais, somando-se a carga horária de todos os profissionais que compõe a equipe;

Atualmente (out/2024) contamos com um total de 84(oitenta e quatro) eMulti credenciadas em Mato Grosso, sendo: 03 eMulti Ampliada; 18 (dezoito) eMulti Complementar e 63 (sessenta e tres) eMulti Estratégica.

2.2.8 Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)

De acordo com a [Portaria GM/MS 2.298, de 9 de setembro de 2021](#), que estabelece as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), são definidos três tipos de equipes de atenção primária prisional, a saber:

1. Equipe com carga horária compartilhada com eSF/eSB;
2. Equipe Essencial;
3. Equipe Ampliada.

Além disso, há a possibilidade de inclusão do adicional de saúde bucal e da equipe complementar psicossocial, ampliando ainda mais a cobertura assistencial. O quadro a seguir apresenta a tipologia das equipes, a carga horária semanal recomendada e a composição mínima de profissionais para melhor visualização e compreensão.

eAPP	CH	Composição mínima
eSF/eSB*	6h	5 profissionais: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem, dentista e téc./aux. de saúde bucal.
Essencial	20h	4 profissionais: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem e dentista.
	30h	
Ampliada	20h	5 profissionais: médico, enfermeiro, téc./aux. de enfermagem, dentista, e mais um entre: <i>médico, enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.</i>
	30h	
Adicional		
Equipe Comp. Psicossocial	20h	2 profissionais: psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental e um entre: <i>psicólogo ou assistente social</i> ; OU 3 profissionais: enfermeiro e dois entre: <i>psicólogo e/ou assistente social.</i>
	30h	
Profissional Saúde Bucal	20h	1 profissional: téc./aux. de saúde bucal complementar a uma eAPP essencial ou ampliada.
	30h	

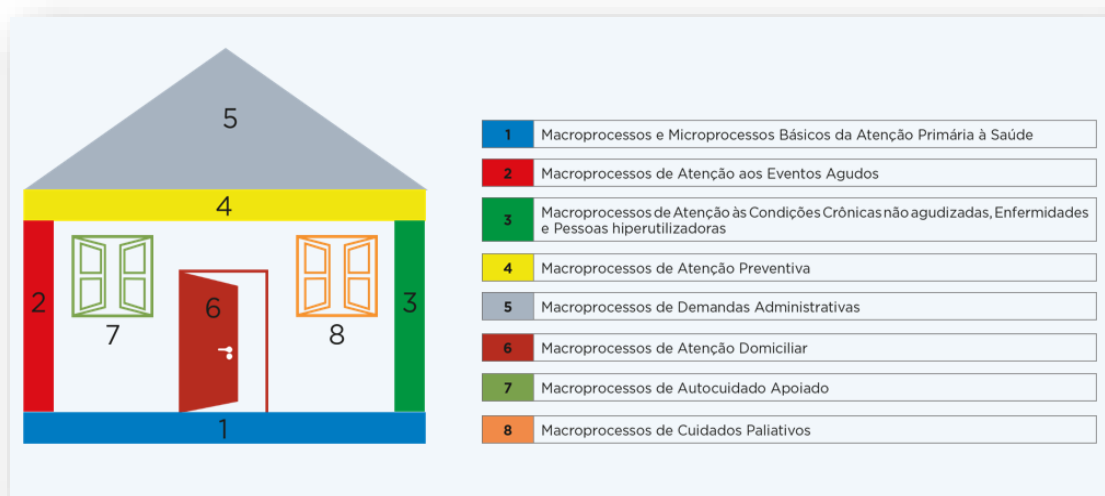
2.3 Organização dos Processos de Trabalho na Atenção Primária à Saúde

Na concepção da conformação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS deve ser capaz de desempenhar suas funções essenciais, coordenando o cuidado e sendo responsável pelo fluxo do usuário na RAS, em seus diversos pontos de atenção, conforme as necessidades apresentadas.

Com o objetivo de organizar a APS e seus processos de trabalho e responder às demandas da população, na perspectiva da RAS, Mendes propôs em 2015 o modelo de Construção Social da APS (revisado em 2019), que implica no estabelecimento da coerência entre a estrutura da demanda e da oferta nos serviços da APS.

Para a **organização da Atenção Primária à Saúde em Mato Grosso**, a Secretaria de Estado de Saúde assume como base teórica e metodológica a “Construção Social da APS” (Figura 3) descrita por Mendes et. cols. (2019), onde propõe a metáfora da construção de uma casa, citando vários momentos para organização dos macroprocessos da APS.

FIGURA 3. A METÁFORA DA CASA NA CONSTRUÇÃO DA APS.



Fonte: Planifica/SUS

Como estratégia para operacionalizar a construção social da APS, favorecendo a capacidade de desempenhar suas funções de coordenadora do cuidado e ordenadora RAS, **a SES MT adotou a Planificação da Atenção à Saúde (PAS)**, sendo esta uma proposta metodológica, desenvolvida e ofertada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), como um instrumento de gestão para o fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Essa proposta metodológica tem se mostrado uma das mais consistentes na qualificação da APS e AAE, com vistas à organização das redes de atenção à saúde.

A planificação, além de apoiar o corpo técnico gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde na organização dos macro e microprocessos, desenvolve competências nas equipes das unidades básicas de saúde do município para o planejamento e organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

A PAS considera a estratégia saúde da família (ESF) como modelo mais eficaz para organização da APS, fortalecendo a sua compreensão prática/operacional, como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

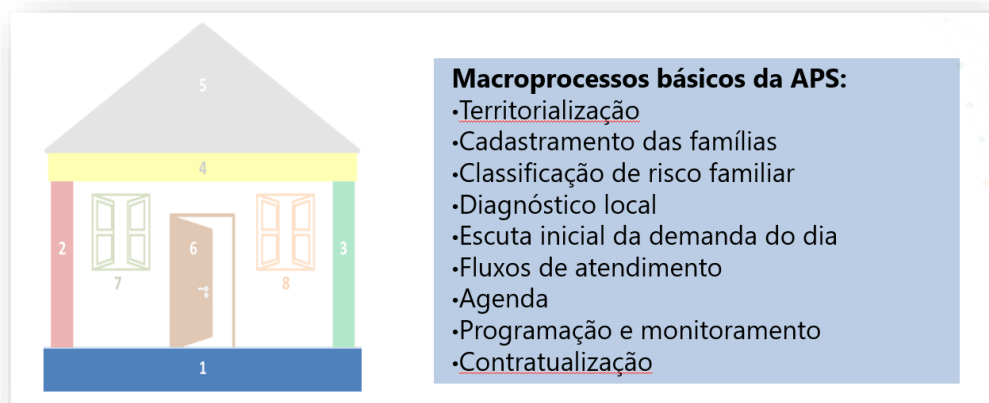
Neste sentido, a planificação disponibiliza ferramentas e possibilidades para que a atenção primária possa coordenar o cuidado, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo assim para que a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde dos usuários.

A base teórica da planificação encontra-se nas publicações disponíveis pelo CONASS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com foco na implantação das RAS, a saber: As Redes de Atenção à Saúde, O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde e [A Construção Social da Atenção Primária à Saúde](#).

O processo da construção social da APS resultará em uma nova clínica que se caracterizará por alguns movimentos: da cura para o cuidado; da queixa problema para o plano de cuidado interdisciplinar; da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa; da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família e na comunidade; no equilíbrio entre a atenção programada e a atenção não programada; da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional e interdisciplinar; na introdução de novas formas de encontro clínico; no estabelecimento de novas formas de relação entre a atenção especializada e a APS; no equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção à distância; no equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por pares; e no fortalecimento do autocuidado apoiado (MENDES, 2012; MENDES, 2019).

2.3.1 Intervenções na Estrutura e Macroprocessos Básicos da APS

FIGURA 4. INTERVENÇÕES NA ESTRUTURA E MACROPROCESSOS BÁSICOS



Fonte: Planifica/SUS

As mudanças nos processos organizativos nas unidades envolvem a organização dos macro e microprocessos básicos. Os macroprocessos básicos dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população e representam o alicerce, necessitando serem construídos com solidez, para que a casa da APS não corra o risco de ruir.

Intervenções na estrutura – Deve partir de um diagnóstico estrutural da APS, elaborando um plano de intervenção. A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Primária, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios, necessários para o desenvolvimento da Relação de Ações e Serviços da Atenção Primária/Carteira de Serviços da APS. O Instrumento de avaliação de

estrutura e ambiência da unidade orienta o gestor no levantamento e identificação das inconformidades.

Em relação aos recursos humanos, deverá ser garantida uma equipe multiprofissional que além de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, agregue novos profissionais, considerando as necessidades de saúde do território.

Sugere-se que os recursos financeiros assegurem a possibilidade de contratos de gestão com as equipes envolvendo uma parte de pagamento por desempenho, bem como a provisão de insumos, medicamentos e exames contidos na carteira de serviços.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

[- Instrumento de Avaliação de Estrutura e Ambiência da Unidade](#)

[- Avaliação das instalações e segurança do paciente.](#)

Territorialização – A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

[- Roteiro do Processo de Territorialização](#)

[- Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica E Vigilância Em Saúde](#)

Cadastramento das famílias – O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados e instituir a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das Redes de Atenção à Saúde, sendo este, uma das funções fundamentais do trabalho na eSF. Na ausência de profissional ACS para cadastramento, o município poderá adotar outras estratégias (mutirão, estagiários, parcerias com outras instituições de ensino).

Com o Previner Brasil, o cadastro da população assume uma grande importância no repasse financeiro realizado pelo MS para Atenção Primária do município. O componente – Capitação Ponderada – considera o cadastro da população com seus fatores de ajustes como vulnerabilidade socioeconômica, o perfil da idade e a classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

[- Roteiro para o Processo de Cadastro Familiar](#)

Classificação de risco familiar – O objetivo é identificar os fatores de risco presentes nas famílias e fazer a classificação das mesmas em: risco menor, risco médio e risco máximo. Os critérios de riscos expressam-se nas prioridades de atendimento das famílias, de tal forma que identifique as de maior risco. A classificação de risco das famílias deve ser confrontada com os riscos biopsicológicos e com a capacidade de autocuidado, para definir a programação final das intervenções relativas a cada usuário do SUS.

Importante destacar que, para as famílias classificadas como risco máximo, é importante que a equipe avalie a possibilidade de elaborar um Plano de Cuidado Familiar.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

[- O processo de classificação de risco familiar](#)

[- Instrumento de Classificação de Risco Familiar](#)

[- Plano de Cuidado Familiar.](#)

[- Texto de apoio: As Ferramentas de Abordagem Familiar: genograma, ciclo de vida das famílias, F.I.R.O., P.R.A.C.T.I.C.E., APGAR familiar e mapas de redes](#)

Diagnóstico local – O diagnóstico de saúde é a caracterização de uma situação, visando analisar dada realidade com vistas a desenhar um quadro de necessidades e soluções, é a etapa fundamental no planejamento das ações de uma Equipe de Saúde.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

[- Guia para Orientação do Diagnóstico Local](#)

Programação – O componente fundamental para a regulação assistencial é a programação da condição de saúde. É por meio da programação feita na APS que o acesso regulado a outros pontos de atenção torna-se previsível. A programação é de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada equipe de saúde da família. Inclui-se ainda o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, neste ponto é importante destacar que **deve-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias, dificultando o acesso dos usuários.**

A Programação e implementação das atividades de atenção à saúde devem estar de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, baseada na estratificação de risco das condições crônicas.

No [link](#) a seguir, poderá ser acessada uma planilha em Excel que, ao ser preenchida com as informações locais, conforme tutorial disponibilizado na própria planilha, poderá fornecer uma programação local para a equipe, podendo esta ser consolidada para o município.

Clique no link abaixo para acessar a planilha de programação da APS :
[- Planilha de programação da APS](#)

Agenda de atendimentos – As equipes devem possuir agendamento dos usuários para demanda programada e demanda espontânea, observando a flexibilidade e a organização para o cuidado. É importante a oferta de atendimento em horário diferenciado, como à noite ou finais de semana, a fim de ampliar o acesso. A agenda dos profissionais se torna um recurso chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento quanto para a continuidade do cuidado, por isso é importante a programação, o planejamento e gestão das agendas que contemple as diferentes situações.

ATENÇÃO: Importante planejar e monitorar a agenda dos profissionais de nível superior de modo a garantir o atendimento em tempo oportuno para todos os tipos de demandas (programadas e espontâneas). A meta é conseguir uma agenda flexível, que proporcione encaixes de atendimentos com tempo variável, de acordo com a necessidade do usuário. O gerenciamento da agenda serve para evitar que a disponibilidade de agenda esteja muito distante e para que a APS possa atender os casos de urgência, evitando encaminhamentos para prontos-atendimentos, sendo essencial para garantir a resolutividade do acolhimento.

Evitar reservas de vagas por condições de saúde/programas: A agenda deve proporcionar que qualquer usuário seja atendido na APS, independente de sexo, idade ou problema de saúde, nos horários mais convenientes para ele. As reservas de turnos específicos para cada

condição desconsideram a disponibilidade do usuário e podem dificultar o acesso de outros perfis de usuários.

Importante destacar que a adoção das diretrizes orientadoras para construção social da APS demanda uma repactuação das atribuições de cada profissional na equipe, com ampliação da capacidade clínica/assistencial dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Neste processo é fundamental a estratificação de risco dos usuários com condições crônicas para definição do melhor manejo clínico para cada caso. Este movimento ajuda em muito também na ampliação do leque de ofertas da equipe, tirando o foco da consulta médica como único recurso terapêutico.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

[- Orientações para a Implantação do Agendamento por Bloco de Horas](#)

[- Diretrizes de Processo de Trabalho \(DPT\): gerenciamento de Agenda na Atenção Primária à Saúde.](#)

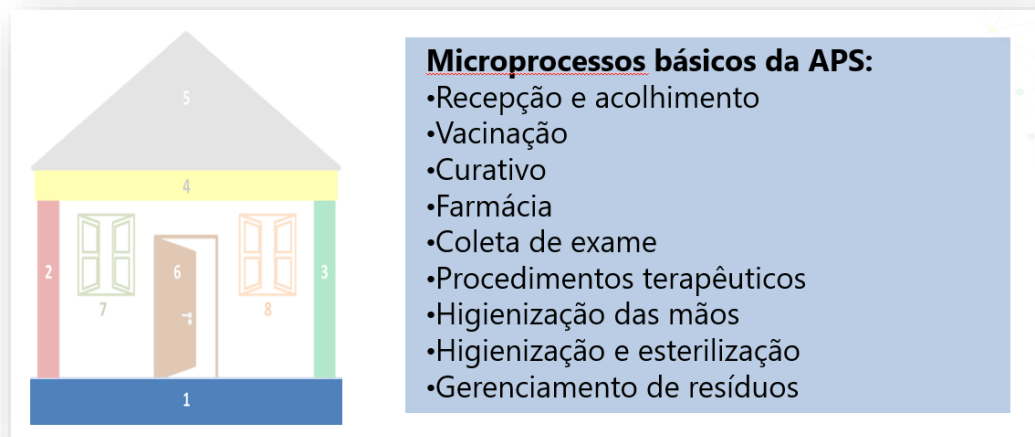
Fluxos de atendimento – O fluxo das pessoas usuárias nas unidades de atenção primária, quando bem elaborado, pode ser traduzido em segurança e satisfação dessas pessoas, em satisfação e estabilidade dos profissionais e em tranquilidade administrativa. Quando o fluxo de pessoas usuárias é inadequado, os problemas aparecem e as reclamações das pessoas, dos profissionais e dos gestores ocorrem. Fluxos certos contribuem para o empoderamento dos profissionais de saúde, para a formação de equipes efetivas e para a criação de um ambiente positivo para o trabalho. Deve resultar de um processo eficiente ou oportuno em termos de tempo, o que se mede pelo tempo de resposta às necessidades das pessoas. A redução dos tempos de respostas aumenta a eficiência da atenção e reduz os custos. A gestão dos fluxos assistenciais deve ser vista como uma capacidade de balanceamento entre a demanda e a oferta, um enorme desafio nos serviços de saúde.

Importante que a equipe identifique e quantifique os vários tipos de variedade no fluxo de pessoas usuárias (demanda) e os recursos disponíveis para diferentes grupos de pessoas usuárias (oferta), com o objetivo de reduzir os tempos de espera. Baseia-se em separar pessoas usuárias em grupos semelhantes, como pessoas que querem acesso no mesmo dia, demandas de eventos agudos, os que podem ser programados, como pessoas com condições crônicas não agudizadas para retorno, hiperutilizadoras e outras demandas. Por meio da utilização de instrumento para avaliar o mapa de fluxo e o ciclo de atendimento, avalia-se os fluxos atuais identificando os gargalos que restringem o fluxo das pessoas usuárias, como: espaço físico disponível, velocidade do trabalho, falta de competência específica do profissional e os passos intermediários que não geram valor para as pessoas e devem ser eliminados. A partir desses resultados os fluxos devem ser (re)desenhados, de acordo com as demandas da unidade de saúde, eliminando os gargalos, os passos intermediários e realiza-se o monitoramento do desempenho do fluxo de pessoas usuárias. Podemos considerar que os principais fluxos nas unidades de atenção primária se apresentam da seguinte forma: Fluxo de atenção aos eventos agudos; Fluxo de atenção programada para as condições crônicas; Fluxo para microprocessos, demandas administrativas e outras demandas.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

- [Texto de apoio: A Construção de Fluxos Assistenciais nas Unidades de Atenção Primária à Saúde](#)
- [Instrumento Para avaliar o mapa de fluxo e ciclo de atendimento.](#)
- [Texto de apoio: as tecnologias de alisamento dos fluxos de atendimento.](#)

FIGURA 5. MICROPROCESSOS BÁSICOS



Fonte: PlanificaSUS

Os microprocessos básicos da APS (Figura 5) são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. São eles: recepção, vacinação, curativo, farmácia, coleta de exames, procedimentos terapêuticos, higienização e esterilização e gerenciamento de resíduos.

A implantação dos microprocessos básicos envolve o mapeamento desses microprocessos, o seu redesenho, a elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP's); a implantação dos mesmos e o monitoramento da sua implementação. Todos dependem de uma infraestrutura física adequada para realização das atividades das equipes. Neste sentido, é importante verificar a oferta e as condições desses espaços nas UBS.

Recepção – A recepção dos usuários deve ser realizada com respeito e atenção, de forma humanizada pelos profissionais da saúde, além disso,

é importante uma infraestrutura confortável, acolhedora e suficiente para atender à população usuária.

Vacinação – As vacinas permitem a prevenção, o controle, a eliminação e a erradicação das doenças imunopreveníveis, assim como a redução da morbimortalidade por certos agravos, sendo a sua utilização bastante custo-efetiva. O acompanhamento dos cartões de vacina é uma das atribuições fundamentais e prioritárias no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), principalmente a verificação periódica da Caderneta de Saúde da Criança, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção à saúde. A equipe deve realizar a vacinação na UBS e dispor de dados confiáveis de gestão de seu trabalho e dados da cobertura vacinal na rotina e em campanhas. Cumprir com o Calendário Vacinal, manter os cuidados com a rede de frio, Investigar eventos adversos pós-vacinais, realizar a busca de faltosos de vacina, instituir a vigilância da cobertura vacinal, ofertar imunobiológicos especiais para populações de alto risco/vulnerabilidade, quando indicado, realizar bloqueio vacinal, quando aplicável, realizar campanhas de vacinação, entre outras atividades.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

- [Rotina de Atividades - Sala de Vacina .](#)
- [Matriz de Gerenciamento de Processo - Sala de Vacina](#)
- [Documentos Sala de Vacinas - Fluxograma;](#)
- [Documentos Sala de Vacinas - Procedimentos Operacionais Padrão;](#)
- [Instrumento de autoavaliação da organização da sala de vacina.](#)
- [Instrumento de avaliação do microprocesso de vacinação.](#)
- [Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.](#)

Curativo – Assim como em todo tipo de assistência ao paciente, o tratamento de feridas deve ocorrer de forma integral, sem que o foco seja apenas o curativo, já que uma cicatrização eficaz envolve outros fatores. Embora essa assistência possa ser realizada por toda a equipe multiprofissional, é o enfermeiro que tem esta atribuição, pois é quem avalia a lesão, prescreve o tratamento adequado, orienta e supervisiona a equipe de enfermagem na execução do curativo.

Farmácia – As equipes de saúde devem se comprometer com a garantia do acesso aos medicamentos essenciais, seja na própria UBS ou na farmácia centralizada do município, bem como pelo acompanhamento e avaliação de sua utilização pelos usuários, seguindo os princípios do uso racional de medicamentos. É importante que os municípios organizem a sua Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) identificando quais estão disponíveis na rede municipal de saúde, com todas as informações quanto à apresentação (concentração e forma farmacêutica), bem como indicação do local de acesso. Cada UBS pode planejar ações para promoção do uso racional de medicamentos, contando com o apoio de farmacêuticos.

Coleta de exame – Para coleta de exames a equipe participa do procedimento na orientação e preparo do paciente, além dos cuidados para o correto acondicionamento e transporte do material até que seja enviado ao laboratório para análise. No exame de prevenção de câncer de colo de útero é importante o preparo da sala de exames, sendo que os profissionais habilitados para esse tipo de coleta são médicos generalistas e enfermeiros, além de técnicos de enfermagem devidamente capacitados.

Procedimentos terapêuticos – As Unidades Básicas de Saúde para serem efetivamente resolutivas precisam estruturar a oferta de um grande leque de procedimentos. Sem dúvida, ao se tornarem mais resolutivas, a APS

tende a ter maior reconhecimento social e político da população. Alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos podem ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma eletiva ou durante o atendimento à demanda espontânea, tais como: suturas, retirada de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas, e o tratamento de feridas, pela menor complexidade de técnica, materiais, insumos e medicamentos. Desta forma evita-se o estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e, com isso, contribui para o aumento da efetividade da APS.

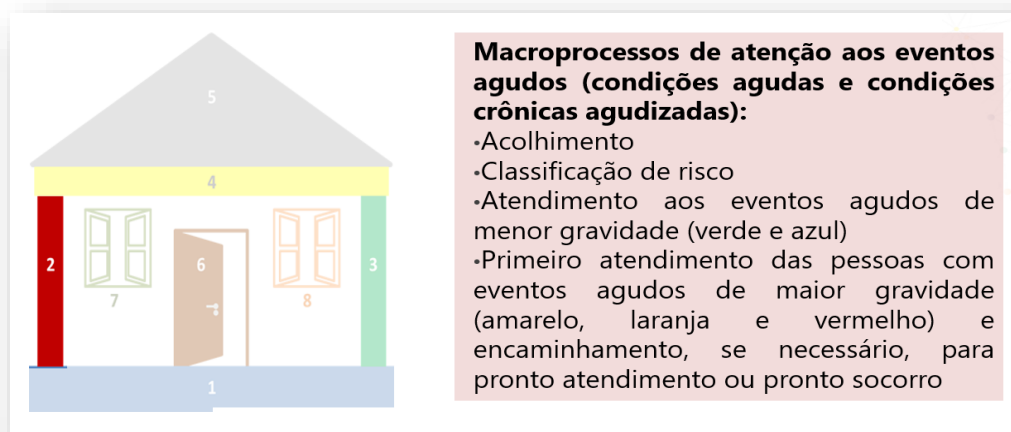
Higienização e esterilização - Todos os instrumentais e materiais de consumo que necessitam de esterilização devem passar por esse processo para proporcionar um atendimento ao paciente isento de risco de infecção. Há uma preocupação com o processo de esterilização que ocorre nas Unidades de Saúde, bem como com a qualificação dos insumos necessários para realização desse procedimento. Os materiais que mais demandam esterilização são os de curativos e odontológicos, para tanto é necessário que a Unidade tenha materiais/equipamentos adequados para esterilização.

Gerenciamento de resíduos – O processo de manuseio dos resíduos necessita ser realizado adequadamente, contemplando todas as suas fases do Programa de Gerenciamento dos Serviços, desde a segregação até o destino final, devido aos riscos químicos, biológicos e radioativos que apresentam.

Importante destacar que todos os Procedimentos acima descritos deverão ser sistematicamente revisados, de forma a garantir a atualização e adequação de seus processos e disponibilizados sempre que alterados aos profissionais da Atenção Primária.

2.3.3 Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos (condições agudas e condições crônicas não agudizadas)

FIGURA 6. MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS (CONDIÇÕES AGUDAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS)



Fonte: PlanificaSUS

Os eventos agudos são o somatório das condições agudas, das agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas que se manifestam, em geral, de forma aguda. Apesar de se apresentarem em três formas de demandas diferentes, o padrão da resposta social é único e informado por um **modelo de atenção aos eventos agudos** proposto por Mendes (2014).

Para a atenção às condições agudas é preciso identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema.

Acolhimento com classificação de risco – A organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os **processos de acolhimento** e de **classificação de risco**. Ou seja, organizar,

sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado.

A capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. O Acolhimento se dá através da escuta qualificada, constitui mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia do cuidado e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, exige-se que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação das condições dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o seu potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento; o profissional de saúde deverá ouvir as queixas, medos e expectativas do usuário. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado.

Destamos que a escuta da demanda espontânea não pode se restringir apenas no início dos turnos de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento”. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção primária. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado.

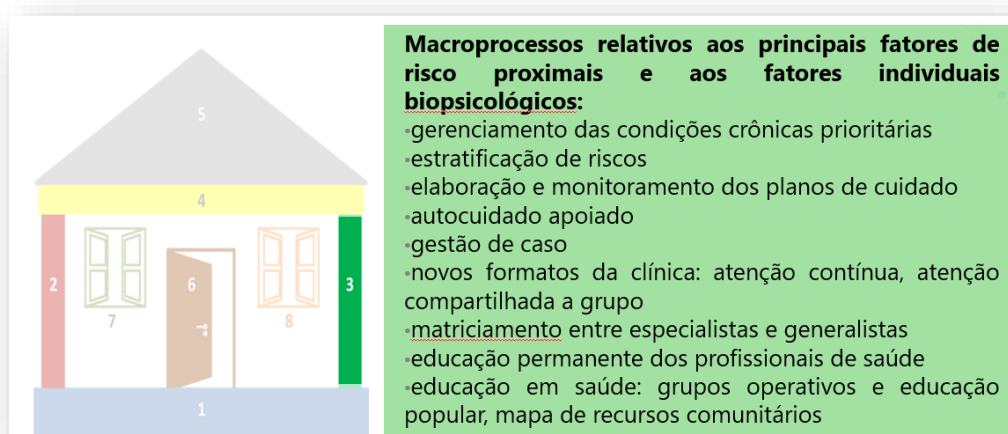
Seguem links de acesso a textos de apoio, ferramentas e instrumentos que orientam a organização deste macroprocesso:

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

- Os Macroprocessos da Atenção aos Eventos Agudos na APS
- Matriz de Gerenciamento de Processo - Acolhimento com Classificação de Risco;
- Checklist para Implantação do Macroprocesso de Atenção ao Evento Agudo;
- Ficha de Atendimento de Classificação de Risco;
- Classificação Geral dos Casos e Fluxogramas de Atendimento de Demanda Espontânea na Atenção Primária;
- Escalas de Avaliação de Dor, Nível de Consciência, Temperatura e Termos na Área da Saúde;
- Materiais e Procedimentos para Assistência à Urgências e Emergências na APS
- Instrumento para controle de medicamentos, dispositivos e materiais para urgência e emergência.

2.3.4 Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não Agudizadas, Enfermidades, Pessoas Hipertulizadoras

FIGURA 7. MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO AGUDIZADAS, ENFERMIDADES E PESSOAS HIPERTULIZADORAS



Fonte: PlanificaSUS

Na metáfora da casa esses macroprocessos correspondem à construção da parede verde. Esses macroprocessos são colocados juntos

porque, não obstante incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza, ou seja, uma resposta social articulada de forma inovadora e que se expressa em um conjunto variado de tecnologias de intervenção. A implantação desses macroprocessos exige a adoção do modelo de atenção às condições crônicas.

Estratificação de risco das condições crônicas - É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em **diretrizes clínicas**, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde. Tem por objetivo diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral. A estratificação de risco da população adstrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

Seguem links de acesso a Notas Técnicas, ferramentas e instrumentos que orientam a organização deste macroprocesso, bem como o cuidado do usuário:

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

- [Texto de Apoio - A Estratificação de Riscos das Condições Crônicas não Agudizadas.](#)
- [Formulario de estratificação de risco da saúde da mulher na gestação.](#)
- [Formulário de estratificação de risco da criança.](#)
- [Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério.](#)
- [Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial](#)

Especializada - Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

- Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Criança.

- Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Pessoa Idosa.

- Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde Mental

- Instrumento de Registro Coletivo para Estratificação de Risco da Criança

- Instrumento de Registro Coletivo para Estratificação de Risco da Gestante

- Instrumento de Registro Coletivo para Estratificação de Risco de Hipertensos e Diabéticos

Elaboração e monitoramento dos planos de cuidado – o plano de cuidados é compatível com que é esperado de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma vez que ambos são ferramentas com um conjunto de propostas estratégicas para a gestão dos casos mais complexos que necessitam de maior mobilização dos recursos disponíveis no território, acompanhamentos sistemáticos e planejados entre os envolvidos (MENDES, 2011). Desta forma, o plano de cuidados se configura como uma ferramenta de compartilhamento do cuidado entre profissionais de saúde e usuário, família, outros apoiadores e todos que estão envolvidos na assistência; proporciona apoio para a gestão da condição de saúde centrada no usuário, além da comunicação e integração dos diversos pontos de atenção da RAS; possibilita processos educativos entre as equipes e usuários; possibilita a indução da interdisciplinaridade, da

priorização dos problemas e identificação das estratégias de intervenção com a participação ativa do usuário.

Como podemos perceber, todos os usuários da APS com condição crônica precisam de um plano de cuidados. Porém, precisamos começar de algum lugar, para tanto propõe-se iniciar por aqueles estratificados como alto ou muito alto risco, com alta demanda de coordenação de cuidado.

Clique nos links abaixo para ter acesso aos documentos e instrumentos que orientam a organização deste macroprocesso:

- [Texto de apoio: A elaboração e a implementação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado.](#)
- [Plano de cuidados da APS.](#)
- [Plano de cuidados da aps materno infantil.](#)
- [Plano de cuidados AAE materno infantil.](#)
- [Plano de Cuidado Integrado – APS para Atenção Pré e Hospitalar](#)
- [Plano de Cuidado Integrado – Atenção Hospitalar para APS](#)

Pessoas hiperutilizadoras - São as que utilizam de maneira superior à média de atendimentos ou ao preconizado para o acompanhamento durante um determinado período. As demandas de pessoas hiperutilizadoras afetam significativamente a racionalização do acesso aos cuidados primários. Não há uma interpretação simples para o fenômeno das pessoas hiperutilizadoras. É um grupo heterogêneo, que inclui pessoas que necessitam, de fato, dos cuidados que procuram, mas que, ademais, inclui pessoas que criam uma carga de trabalho aparentemente desnecessária para as equipes de APS. Às vezes existe uma mistura dessas duas situações.

Têm sido propostos critérios quantitativos variados para identificar essas pessoas hiperutilizadoras: mais que cinco por ano; além do percentil

97 do padrão de demanda; 7, 11, 12 ou 20 consultas. E pela percepção subjetiva: quando um profissional percebe que uma determinada pessoa busca consulta com frequência superior à esperada, tendo em vista a situação clínica e de saúde na perspectiva do profissional, essa pessoa passa a ser hiperutilizadora, independentemente de um critério numérico.

Clique no link abaixo para acessar o documento:

[- Roteiro para organização da atenção às pessoas hiperutilizadoras.](#)

Novos formatos da clínica: atenção compartilhada a grupo, atenção

contínua – A clínica da eSF no SUS é extremamente concentrada nos encontros clínicos individuais face-a-face, as consultas médicas e de enfermagem. Há, certamente, atividades de grupos, mas realizadas, em geral, de forma tradicional, muitas vezes sob a forma de palestras para conjuntos de pessoas. As inovações de novas formas de atenção profissional, incorporadas pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), ainda não se institucionalizaram na eSF brasileira. A expansão da equipe multiprofissional é uma condição necessária para a introdução de novas formas de atenção profissional na eSF. Uma APS ancorada, fortemente, em médicos e enfermeiros não possibilita a utilização consequente das novas formas de atenção profissional. Outra condição fundamental para a introdução de novas formas de atenção profissional é ampliar o espectro de atendimentos da agenda da eSF. Em geral, a programação da agenda dos profissionais faz-se com consultas médicas e de enfermagem e de grupos. Essas novas formas de atendimento profissional devem estar incluídas na agenda da equipe e devem ser propostas para atenção programada, não se aplicando, portanto, para a atenção à demanda espontânea. Dentre essas novas formas de atenção profissional na ESF destacam-se duas: a atenção compartilhada a grupo e a atenção contínua (MENDES, 2012).

Atenção Compartilhada a Grupo (ACG): A ACG não é um grupo de educação em saúde, já que opera numa lógica muito distinta, não se destina a uma pessoa individualmente, nem é provida por um único profissional, mas se foca em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes (atenção a grupo), contando com a participação de vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo (atenção compartilhada). Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas. Tem sido indicada para pessoas que necessitam de monitoramento contínuo, pessoas portadoras de condições crônicas estáveis, pessoas que precisam de maior tempo de atendimento e pessoas com necessidades intensas de apoio emocional ou psicossocial. A ACG mostra à pessoa que ela não é a única com aquela condição; gera esperança ao ver casos de sucesso em outras pessoas; compartilha informações; diminui ansiedade; permite o desempenho de papéis de modelagem entre os pares; oferece aprendizagem interpessoal e cognitiva; e aumenta a coesão do grupo (MENDES, 2012).

Atenção Contínua (AC): A AC foi desenvolvida para o manejo de pessoas portadoras de condições crônicas na APS. Ela foi proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, num mesmo turno de trabalho. Em geral, o último horário é dedicado a um trabalho de grupo, com objetivo de educação em saúde.

A AC é feita para pessoas que são agendadas, em sequência, para atendimentos individuais com cada membro da equipe de saúde. Por exemplo, uma pessoa portadora de diabetes pode ter uma consulta com o médico de 9h a 9h15; com o enfermeiro de 9h15 a 9h30; com o farmacêutico de 9h30 a 9h45; e com o nutricionista de 9h45 a 10h. Ao final, faz-se uma atividade educacional em grupo que pode ser agendada de 10h a 10h45. Com isso, a atenção torna-se mais confortável para a pessoa usuária porque, numa única manhã, ela se

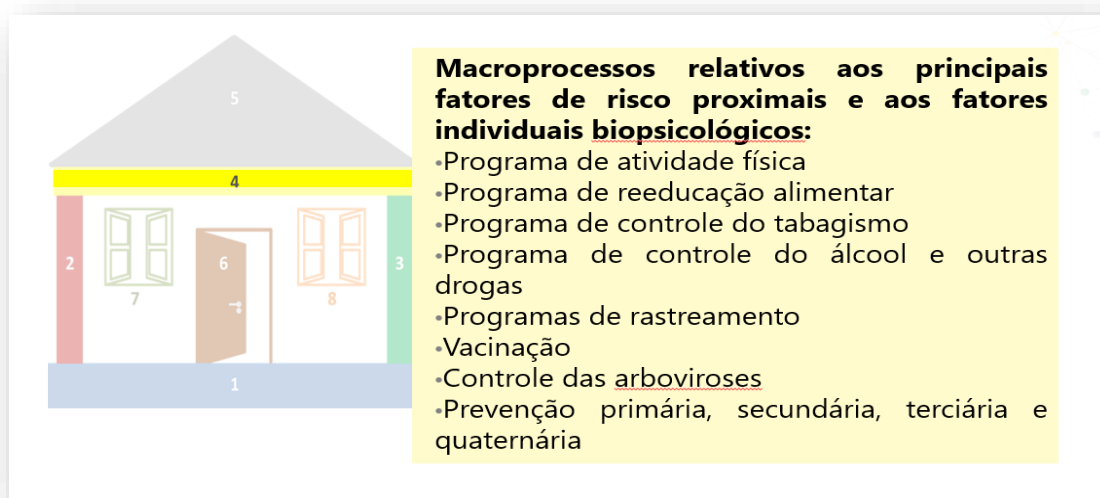
desloca para um único lugar e tem a atenção prestada por diferentes profissionais da equipe da eSF (MENDES, 2012).

Clique no link abaixo para acessar os documentos:

[- Texto de apoio: Novos formatos da clínica atenção compartilhada e atenção contínua.](#)

2.3.5 Macroprocessos de Atenção Preventiva

FIGURA 8. MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO PREVENTIVA



Fonte: PlanificaSUS

Na APS há uma demanda significativa por ações preventivas relativas aos fatores de risco definidos como características ou atributos, cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde (**Tecnologias de suporte à mudança de comportamento**).

Os fatores de risco proximais são considerados fatores de risco modificáveis como a alimentação inadequada, a inatividade física, o

excesso de peso, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o tabagismo e outros, associados aos comportamentos e estilos de vida. Por essa razão, as ações em relação a esses fatores de risco envolvem mudanças de comportamento das pessoas que os apresentam. A mudança comportamental para estilos de vida saudáveis é um grande desafio para a prevenção das condições de saúde e depende de esforços das pessoas e do apoio por parte dos profissionais de saúde. Para aumentar a efetividade dos processos de mudança, deve-se levar em consideração o contexto cultural, a motivação das pessoas para mudarem e o incremento da autonomia. Mudança de comportamento é uma decisão pessoal, mas que pode ser apoiada por uma equipe de saúde bem preparada na APS.

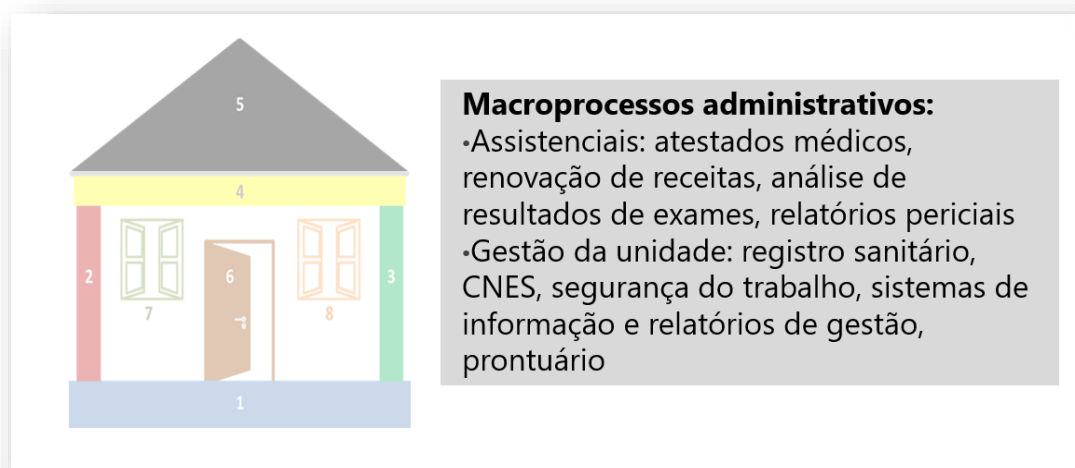
A organização desse macroprocesso implica implantar os seguintes processos: as tecnologias de prevenção de fatores de risco proximais como controle do tabagismo, reeducação alimentar, atividades físicas, controle do álcool e outras drogas, manejo do sobrepeso ou obesidade; entre outros.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

[- Texto de apoio: As intervenções sobre os fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida: dieta inadequada, excesso de peso, inatividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool .](#)

[- Texto de apoio: As abordagens para as mudanças de comportamento: modelo transteórico de mudança \(MTT\), entrevista motivacional \(EM\), grupo operativo e processo de solução de problemas.](#)

FIGURA 9. MACROPROCESSOS ADMINISTRATIVOS



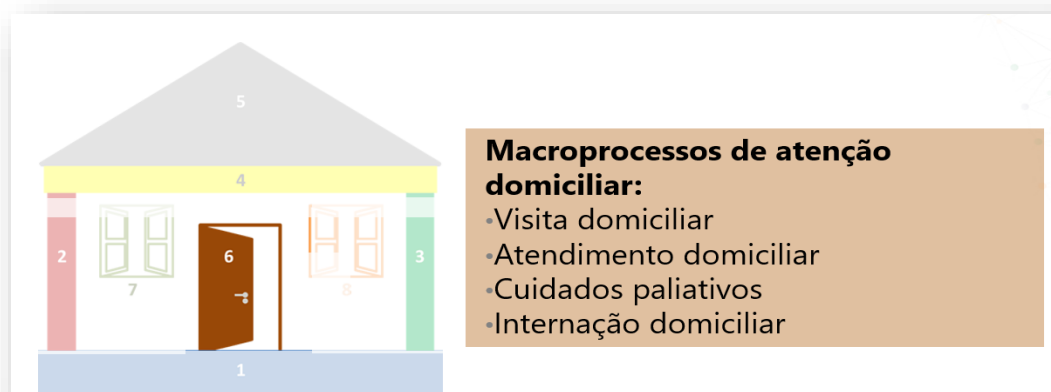
Fonte: PlanificaSUS

A demanda administrativa é aquela que tem caráter não clínico como atestados médicos, renovação de receitas e análise de resultados de exames. Como as demandas administrativas consomem muito tempo e recurso da APS é necessário que elas sejam organizadas para aumentar a eficiência.

A organização dos macroprocessos das demandas administrativas faz-se por meio do mapeamento dos processos de pedidos de atestado, de entregas e análises de exames complementares e de renovações de receitas, de redesenho desses processos, de elaboração dos POP's relativos a eles, da implantação dos POP's e de sua auditoria periódica, interna e externa.

Há, também, que se atuar sobre os macroprocessos não assistenciais das demandas administrativas que dizem respeito à gestão da unidade, como o registro sanitário, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a segurança do trabalho, os sistemas de informação e relatórios de gestão e os prontuários (MENDES, 2019).

FIGURA 10. MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Fonte: PlanificaSUS

A atenção domiciliar ou cuidado domiciliar é uma categoria ampla que se baseia na interação dos profissionais de saúde com a pessoa, sua família e com o cuidador, quando está presente, e se constitui num conjunto de atividades realizadas no domicílio de forma programada e continuada segundo a necessidade das pessoas e famílias atendidas. Envolve ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. A atenção domiciliar pode ser prestada por diferentes modalidades de cuidados, como a assistência domiciliar, a visita domiciliar, a internação domiciliar, o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar (LOPES e OLIVEIRA, 1998).

Para melhor organização da agenda da equipe e definição do profissional que fará o atendimento domiciliar é necessária a utilização de ferramentas que possibilitem a classificação de risco familiar e protocolos que definam o tipo de abordagem e cuidados a serem ofertados em cada caso. A utilização da classificação de risco familiar, conforme orientado anteriormente, contribui para o melhor planejamento das atividades de visita domiciliar do ACS e de

atendimento domiciliar realizado pelos profissionais, considerando a necessidade de priorização na agenda de visitas/atendimentos domiciliares.

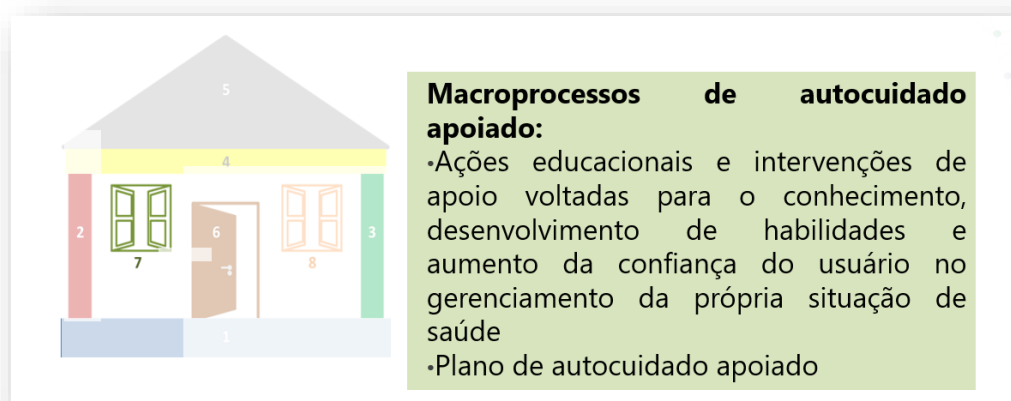
Da mesma forma, planejar quem realiza cada atendimento é fundamental, tendo-se o cuidado de manter a UBS em funcionamento com atendimento dos usuários. Neste sentido, é fundamental evitar que médico e enfermeiro se ausentem da UBS no mesmo turno.

Lembrando ainda que o atendimento realizado fora da UBS também pode ser feito em escolas/creches, abrigos/instituições de longa permanência, unidades prisionais, unidades socioeducativas, unidades móveis e na rua.

A organização dos macroprocessos da atenção domiciliar é realizada em relação aos seus principais componentes envolvidos na APS: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar. Para cada um desses processos faz-se o mapeamento dos processos, o redesenho desses processos, a elaboração dos POP's, a implantação dos POP's e sua auditoria periódica, interna e externa.

2.3.8 Macroprocessos de Autocuidado Apoiado

FIGURA 11. MACROPROCESSOS DE AUTOCUIDADO APOIADO



Fonte: PlanificaSUS

As condições crônicas que dominam a carga de doenças em nosso País têm no autocuidado apoiado um fundamento essencial. Pessoas portadoras de condições crônicas só conseguirão estabilizá-las se participarem ativamente, em estreita colaboração com as equipes da APS, do cuidado da sua saúde. Isso significa que em relação a pessoas portadoras de condições crônicas não cabe utilizar a categoria paciente (MENDES, 2019).

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades das pessoas com condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde (MENDES, 2019).

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado. Assim, a organização dos macroprocessos do autocuidado apoiado faz-se sobre esses três componentes desenhando esses processos (já que não há tradição de utilização das tecnologias de autocuidado entre nós), elaborando os POP's a eles referentes, implantando os POP's e os auditando periodicamente, interna e externamente (MENDES, 2019).

A ferramentas para o Autocuidado Apoiado são técnicas ou roteiros que auxiliam a comunicação entre o profissional de saúde e o usuário, buscando a mudança de comportamento através da **negociação**. São estratégias que contêm um estilo clínico habilidoso, para evocar dos usuários suas motivações para realização de mudanças comportamentais relacionadas à sua saúde. Possuem potencial, se utilizadas sistematicamente, de contribuir fortemente na prevenção de

doenças crônicas ou até mesmo na estabilização de condições crônicas já estabelecidas (ROLNIK, MILLER E BUTLER, 2009)

Clique nos links abaixo para acessar os documentos/vídeos:

- [Texto de apoio: O autocuidado apoiado no modelo de atenção às condições crônicas.](#)

- [Plano de Autocuidado Apoiado.](#)

- [Instrução da entrevista motivacional.](#)

- [Texto de apoio: As abordagens para as mudanças de comportamento: modelo transteórico de mudança \(MTT\), entrevista motivacional \(EM\), grupo operativo e processo de solução de problemas.](#)

- Técnica para Resolução de Problemas – vídeo

<https://vimeo.com/716423839/479045778f>

- Modelo das Três Conversas – vídeo:

<https://vimeo.com/716423424/381dcc6023>

- Entrevista Motivacional – vídeo:

<https://vimeo.com/716425420/cda36a8560>

- Plano de Autocuidado Apoiado – vídeo:

<https://vimeo.com/716424731/e02c9c66d5>

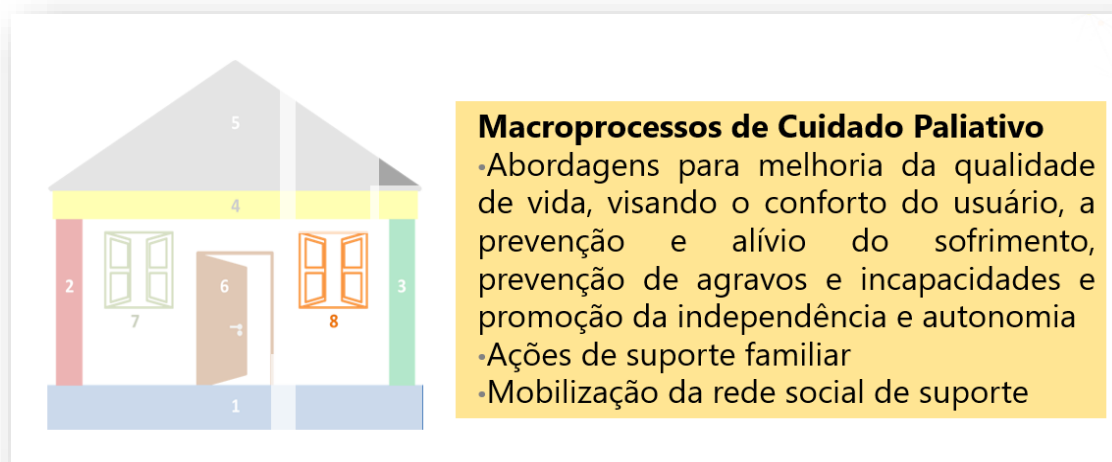
- Diferença entre Plano de Cuidados e Plano de Autocuidado Apoiado –

Vídeo: <https://vimeo.com/716425311/6de1df2f0f>

- [Roteiro de Visita Domiciliar do Agente Comunitário de Saúde.](#)

2.3.9 Macroprocessos de Cuidado Paliativo

FIGURA 12. MACROPROCESSOS DE CUIDADO PALIATIVO



Fonte: PlanificaSUS

Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos voltados a pessoas de todas as idades com sério sofrimento atrelado a uma condição de saúde grave, especialmente aquelas próximas ao final de vida. Visa melhor qualidade de vida para o paciente, seus familiares e cuidadores (IAHPC, 2019).

Como podemos observar na definição da IAHPCA, a APS é um ponto de atenção à saúde essencial para promover cuidados paliativos de forma precoce. Conhece e acompanha a pessoa em todas as fases da vida e por todo o ciclo de uma condição de saúde: antes de um adoecimento, no diagnóstico, ao longo da evolução da doença até o momento da morte, seguimento da família no processo de luto e para além dele.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos/vídeos:

[- Apostila do Curso: Cuidados Paliativos Fundamentos para a Prática.](#)

- [Texto: Instrumentos de Elegibilidade para Abordagem Paliativa.](#)
- [Abordagem Paliativa Completa - Registro e acompanhamento dos usuários elegíveis APS CGEDI.](#)
- [Texto de apoio; Orientações para Escolha do Caso Clínico SPICT-BR™ Positivo.](#)
- [Folha Registro Abordagem Paliativa Completa.](#)
- [Roteiro de Perguntas direcionadoras para o Planejamento Antecipado de Cuidados.](#)
- [Texto de apoio: Planejando o cuidado frente possibilidade de morte.](#)
- [Roteiro de ações importantes frente a possibilidade de morte .](#)
- [Roteiro de Dicas de Comunicação com o Enlutado: O que não falar e como substituir.](#)
- Podcast: Desmistificando cuidados paliativos – vídeo:
<https://vimeo.com/734406966/19dbbabf36>
- Abordagem Paliativa Completa – vídeo:
<https://vimeo.com/730450740/99af4085a6>
- Cuidados Paliativos – macroprocessos da APS – vídeo:
<https://vimeo.com/729319380/da7c7e7386>

2.4 Atividades Estratégicas para Organização das Equipes de APS

Reunião de Equipe

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelece como uma das atribuições comuns a todos os profissionais *“realizar reuniões de equipe a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis”*.

Toda equipe de APS deve ter em sua agenda um espaço para reunião, prevendo a participação de todos os profissionais, que podem

acontecer semanal, quinzenal ou mensalmente, a depender da capacidade e necessidade de cada equipe. As reuniões poderão ser programadas em horários de menor fluxo de atendimento dentro da UBS, com pautas bem planejadas e pré-definidas.

Alguns assuntos/atividades que podem ser desenvolvidos durante as reuniões de equipe: encaminhamento de questões administrativas; monitoramento e avaliação de indicadores; planejamento de ações; discussão de caso; distribuição das demandas por visita e atendimento domiciliar; análise e revisão do processo de trabalho; realização de capacitações; entre outras.

Oferta de Grupos de Usuários na APS

Os grupos compõem a agenda da equipe e devem ser organizados de forma a não sobrecarregar nenhum dos profissionais e nem mesmo desfalcar a prática do cuidado no âmbito das consultas individuais de enfermagem, médica e odontológica. Os grupos devem ser encarados como mais um importante recurso da equipe para desenvolvimento de ações em diversas frentes, desde a promoção da saúde, a exemplo dos grupos de convivência, mas também como recurso terapêutico no âmbito da clínica, a exemplo dos grupos de pessoas com condições crônicas (diabéticos, hipertensos e gestantes).

Carteira de serviços da APS

A [Carteira de Serviços da APS \(CaSAPS\)](#) é um documento que responde a uma orientação contida na atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017), que estabeleceu, nas suas diretrizes sobre funcionamento das unidades de saúde, a necessidade de definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados como forma de garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso.

A PNAB 2017 definiu, ainda, que as ações e serviços da Atenção Primária à Saúde deverão seguir padrões essenciais e ampliados.

Consideram-se padrões essenciais as ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na APS; já os padrões ampliados são ações e procedimentos estratégicos para avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na APS, observando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

Todas as equipes que atuam na Atenção Primária deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se também a realização de ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade.

Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Primária no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, de forma mais flexível, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

Os serviços estão organizados e separados da seguinte forma: “Vigilância em Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal”.

A [CaSAPS](#) é um documento orientador para todos os serviços de APS no Brasil. O gestor municipal poderá adequar (acrescentando, retirando ou reformulando) itens na Carteira de Serviços, de acordo com as necessidades e condições locais, adaptando a oferta nacional para a realidade do município, ou mesmo incorporar a [Carteira nacional](#) como carteira de serviços no seu município.

Clique nos links abaixo para acessar os documentos:

[- Texto de apoio: Grupos na APS .](#)

[- Texto de apoio: Organização da equipe da APS - Sugestão de atividades estratégicas.](#)

2.5. Metodologia de Monitoramento e Apoio na APS

Como estratégia de fortalecimento da atenção primária nos municípios, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso vem aperfeiçoando e integrando os processos existentes de monitoramento e avaliação da atenção primária desde o ano de 2005, principalmente a partir da elaboração de um Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde (M&A da APS). Ferramentas foram adotadas bem como instrumentos de monitoramento das equipes.

No período de 2009 a 2012 a estratégia Saúde da Família (SF) foi monitorada nos 141 municípios do estado, através das visitas técnicas dos Escritórios Regionais de Saúde. Desde então as análises da situação da Atenção Primária no Estado buscam induzir à reflexão acerca dos ajustes no planejamento e organização das ações e dos esforços necessários ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho nas equipes de Atenção Primária.

Assim, em 2016 foi apresentado um “Roteiro para visitas de monitoramento e apoio aos municípios de Mato Grosso” com o propósito de cooperar tecnicamente para o monitoramento e apoio dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) aos municípios na gestão da atenção primária, seja na produção do trabalho em equipe, na produção do cuidado e na implementação dos programas da Atenção Primária, bem como

introduzir e direcionar ações para formulação e implementação do apoio institucional pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

O modelo de apoio Institucional proposto, parte das dimensões de educação permanente e de monitoramento e avaliação (M&A). Nesse contexto, o M&A pode ser entendido, em sentido lato, como o conjunto de atividades – articuladas, sistemáticas e formalizadas - de produção, registro, acompanhamento e análise crítica de informações geradas na gestão de políticas públicas, de seus programas, produtos e serviços, por meio das organizações, agentes e públicos-alvo envolvidos, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão quanto aos esforços necessários para aprimoramento da ação pública.

O “Roteiro para visitas de monitoramento e apoio aos municípios de Mato Grosso” foi revisado desde 2019 incorporando a metodologia proposta pelo PlanificaSUS, Projeto que está sendo executado na região de saúde Sul Matogrossense, e tem previsão de expansão para todo estado. Além disso, adequou-se o Roteiro conforme o Previne Brasil, financiamento nacional que visa ampliar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. Portanto, o Roteiro revisado está no **“Guia Orientador para o Monitoramento e Apoio à Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso”**.

Na prática as ações no território constituem as chamadas “visitas de apoio”, em que temos a possibilidade de construir o vínculo entre a Região de Saúde, ou seja, níveis central, regional e municipal. Assim, as ações presenciais no território de referência são: visita técnica aos municípios; reuniões com equipe de técnicos da Atenção Primária dos municípios; rodas de conversa referentes à Atenção Primária; participação em espaços diversificados com este tema, como Comissão Intergestores Regional (CIR), Oficina de pactuação das metas do Sistema do Pacto pela Saúde, reuniões intersetoriais, Conferências Municipais de Saúde (FALLEIRO, 2014).

A participação nestas ações com vistas ao apoio institucional exige dos apoiadores regionais, vinculados aos Escritórios Regionais de Saúde, estudo, planejamento, construção de metodologia, preparação de material, desenvolvimento, avaliação e acompanhamento de Plano de Ação/intervenção, que precisam ser realizadas constantemente no território.

A metodologia de monitoramento e apoio a APS está ancorada no modelo de melhoria contínua, pelo qual são desenvolvidos ciclos sequenciais de melhoria, baseados no PDCA (*Plan, Do, Check e Act*). E também está alicerçada no modelo operacional “A Construção Social da Atenção Primária à Saúde” descrito por Mendes (2015), já mencionado neste Guia, para neste momento, acompanhar a organização dos macro e micro processos nas equipes da APS.

2.5.1 Etapas de Monitoramento e Apoio

A metodologia de monitoramento e apoio na APS do estado de Mato Grosso, propõe as seguintes etapas:

Etapa Preparatória:

Conhecer o perfil da saúde do município com foco na APS

Etapa de Execução da Visita de Monitoramento e Apoio:

- 1º) Reunião com a Gestão
- 2º) Visita Técnica às Equipes
- 3º) Rodas de conversa com a Equipe
- 4º) Devolutiva à Gestão

Etapa de Monitoramento do Plano de Ação e Matriz de Recomendação:

- 1º) Elaborar Relatório de Monitoramento
- 2º) Monitoramento das Recomendações

Estas etapas estão detalhadas no Guia Orientador para o Monitoramento e Apoio à Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso, recomenda-se a consulta ao documento, que tem por finalidade orientar os Escritórios Regionais de Saúde no processo de monitoramento das equipes, alinhado às principais ações e políticas voltadas para a APS em nosso estado.

O produto da visita de monitoramento são as Matrizes de Recomendação para a gestão do município e os Planos de Ação para cada equipe de Atenção Primária, ambos encontram-se no Relatório de monitoramento enviado ao município. Estes planos são acompanhados pelos Escritórios Regionais de Saúde, de forma a apoiar o município e suas equipes no cumprimento das ações propostas.

2.5.2 Sistema de Monitoramento e Planejamento da Atenção Primária a Saúde - SIMPAPS

Como forma de sistematizar o monitoramento da implantação/organização dos macro e micro processos da APS, foi desenvolvido um instrumento, inicialmente através de planilha de excel, contendo as ações/atividades que compõe cada um dos macro e micro processos da APS, facilitando dessa forma o olhar do ERS e da própria equipe, para a organização do seu processo de trabalho, identificando a situação atual da sua “casinha da APS”, oportunidades de melhoria e para onde devemos seguir, baseados no planejamento estratégico das ações.

Com a aplicação deste instrumento observou-se a necessidade de se instituir um Sistema de Informação que fosse capaz de dar agilidade e minimizar possíveis falhas no monitoramento da APS realizado pelos ERS. Para tanto foi desenvolvido um instrumento digital para o acompanhamento de macro e micro processos da APS, capaz de

abarcando as rotinas oriundas do processo de monitoramento, visando a emissão de relatórios gerenciais que subsidiem a tomada de decisão dos gestores. Este instrumento denominou-se Sistema de Monitoramento e Planejamento da Atenção Primária a Saúde de Mato Grosso (SIMPAPS-MT) disponível no endereço: <https://simpaps.saude.mt.gov.br/>

O Sistema inclui o Instrumento que serve para o monitoramento da APS pelos ERS e tem como principais benefícios:

- Identifica oportunidades de melhoria na APS, induzindo à reflexão acerca dos ajustes no planejamento e organização dos processos de trabalho nas equipes de atenção primária do estado;
- Demonstra a situação da atenção primária a nível municipal, regional e estadual possibilitando adequações necessárias para melhoria da Rede de Atenção à Saúde;
- Gera Planos de Ação e relatórios com recomendações que auxiliam a gestão municipal na tomada de decisões;
- Facilita o apoio institucional realizado pelos Escritórios Regionais de Saúde na APS dos municípios;
- Agiliza o fluxo de informações melhorando a comunicação município estado;
- Emite informações gerenciais confiáveis, ágeis, precisas e que agregam valor ao monitoramento da Atenção Primária pela gestão estadual;
- Acompanha a Avaliação dos Macroprocessos da APS;

O sistema está preparado para permitir a gestão dos usuários em 03 (três) níveis: estadual, regional e municipal. Desta forma a Coordenadoria de Atenção Primária, Escritórios Regionais de Saúde e os gestores dos municípios, bem como as equipes de atenção primária local terão acesso ao sistema afim de elaborar e acompanhar suas ações.

Veja o Tutorial do [SIMPAPS AQUI](#).

3. O Financiamento das Ações da Atenção Primária

O financiamento das ações da Atenção Primária é de responsabilidade das três esferas de gestão: federal, estadual e municipal, de forma tripartite.

O gasto obrigatório com ações de saúde, por esfera de governo, é baseado na [Emenda Constitucional nº 29 de 2000](#) e [Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012](#), conforme detalhado a seguir:

- União: aplicará anualmente o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual;
- Estado: no mínimo 12% do orçamento para a saúde;
- Município: no mínimo 15% do orçamento para a saúde.

Para o desenvolvimento de diversas ações em saúde, as esferas de governo necessitam realizar transferências de recursos entre si. É o caso das ações da Atenção Primária à Saúde, uma vez que são desenvolvidas em âmbito municipal. Para tanto, é utilizado o repasse Fundo a Fundo, previsto na [Lei Federal nº 8142/1990](#) e [Lei Federal Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012](#).

As transferências dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde, a partir de janeiro de 2018, passaram a ser organizadas e transferidas na forma de dois blocos de financiamento – [Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017](#) - nomenclatura posteriormente alterado pela [Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020](#), sendo denominada atualmente:

- Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde;
- Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde;

Esses recursos repassados aos municípios são de domínio público e estão disponibilizados no portal do [e-gestor](#) e podem ser acompanhados mensalmente através do site do Ministério da Saúde.

É importante ficar atento quanto à origem do recurso financeiro, ou seja, identificar se o recurso financeiro se refere ao bloco de manutenção ou ao bloco de estruturação, visto que a origem do recurso implicará na sua utilização.

Os recursos do Bloco de Manutenção podem ser destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, como por exemplo: reparos, consertos, revisões, pinturas, instalações elétricas e hidráulicas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, dentre outros; conforme os termos da classificação serviço de terceiros do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, instituído pela Portaria STN/SOF nº 6, de 18 de dezembro de 2018.

Quanto aos recursos do Bloco de Estruturação destinar-se-ão, exclusivamente, aquisição de equipamentos voltados para realização de ações e serviços públicos de saúde; obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.

Para saber mais, acesse o [Manual de Ressarcimento do Fundo a Fundo aqui](#)

3.1 Cofinanciamento Estadual

A partir de 1995, com a implantação do programa de Agentes Comunitários de Saúde - ACS que, além dos incentivos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde – MS, a SES/MT, tendo em vista a dificuldade de interiorização de enfermeiros, garantiu a contratação deste profissional para atuar nos municípios prioritários para a mortalidade infantil, haja vista que as Portarias do MS recomendavam, na constituição das equipes de ACS, a disponibilidade do Enfermeiro.

Entretanto, a dificuldade de interiorizar e fixar profissionais médicos e enfermeiros era um dos grandes entraves para a consolidação da implementação das ESF no Estado, mesmo com o advento dos incentivos financeiros promovidos pelo Ministério da Saúde.

Como mecanismo fomentador para estimular os gestores municipais na implantação das ESF a SES/MT formula uma proposta para flexibilizar a utilização dos profissionais já empregados nos municípios, através da Resolução CIB/MT 041, de 03 de dezembro de 1999, da Comissão Intergestores Bipartite, além de criar um incentivo financeiro destinado a implementar o salário de médicos e enfermeiros, previsto por um Decreto governamental. Este Decreto estabeleceu mecanismos diferenciados de incentivos financeiros, respeitando o princípio de equidade, para os municípios que implantaram ESF nas regiões mais carentes do Estado (Noroeste, Araguaia Xingú e Norte Araguaia Karajá).

A partir da aprovação da [Emenda Constitucional nº 29/00](#), que garantiu a aplicação de recursos financeiros à Saúde Pública, o Governo do Estado assumiu um novo Modelo de Gestão e passou a transferir recursos por meio do Sistema de Transferência Voluntária do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde de Mato Grosso, através do Decreto 2.312, de 12/02/01/GBSES.

Em 12 de fevereiro 2001, o Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso, Júlio Strubing Müller Neto, assinou a Portaria número 026/2001/GBSES, que definiu valores de incentivos financeiros aos municípios que atingirem cobertura populacional estabelecido pela SES/MT, com o atendimento pelos programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), essa estratégia foi denominada Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária.

O objetivo do novo incentivo financeiro era de estimular os municípios a capacitar e implementar cada vez mais o PSF e o PACS em suas regiões, conseguindo, assim, a cobertura populacional, pelos programas, em todo o território do estado.

Ainda em 2001 a Secretaria de Estado de Saúde (SES) lançou um programa inédito no Brasil e que pôde ampliar a oferta de atenção à saúde nos assentamentos rurais de Mato Grosso. Trata-se do Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PORTARIA Nº 044/GAB/SES-MT/2001). Com este programa, todos os assentamentos rurais de Mato Grosso, patrocinados pelo Instituto de Terras de Mato Grosso (Intermat) e Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), e que abriguem mais de 50 famílias, passaram a contar com a possibilidade de implantar Agentes Comunitários de Saúde cofinanciados pelo estado.

Em 2005 foi instituída a primeira versão do Programa de repasse de recursos financeiros para a Saúde Bucal, através da Portaria GBSES nº 05, de 12/01/2005. Esta estabeleceu incentivo financeiro estadual às ações da Saúde Bucal, no âmbito do Programa Saúde da Família. Os valores dos incentivos financeiros concedidos foram definidos de 02 formas:

– Modalidade I: 01 (um) cirurgião dentista e 01 (um) auxiliar em saúde bucal;

– Modalidade II: 01 (um) cirurgião dentista, 01 (um) técnico em saúde bucal e 01 (um) auxiliar em saúde bucal.

Atualmente, esses recursos são repassados aos municípios através do Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde, regulamentado pela [Portaria Nº 107/2016/GBSES](#), de 23 de maio de 2016, que define a reestruturação do Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do estado de Mato Grosso.

Os recursos financeiros são destinados a manutenção das ações e serviços e devem ser transferidos mensalmente do fundo estadual de saúde para os fundos municipais de saúde, através do bloco de Atenção Primária à Saúde, o qual é constituído por três componentes: Saúde da Família, Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais.

A participação dos municípios no Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária é firmada através de Termo de Compromisso, contendo minimamente os seguintes requisitos:

I – adotar medidas para melhoria da qualidade e ambiência das Unidades Básicas de Saúde, mantendo condições necessárias de infraestrutura e insumos para realização das ações;

II – manter o número de equipes de Saúde da Família e de equipes de Saúde Bucal existentes atualmente e apresentar proposta de expansão do número de equipes, de forma a:

- a) Municípios com população inferior a 10.000 habitantes – ter no mínimo 70% da população coberta;
- b) Municípios com população igual ou superior a 10.000 habitantes e inferior a 30.000 habitantes – ter no mínimo 60% da população coberta;
- c) Municípios com população igual ou superior a 30.000 habitantes e inferior a 100 mil habitantes – ter no mínimo 50% da população coberta;

d) Municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes – ter no mínimo 30% da população coberta.

III - manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do Ministério da Saúde;

IV – manter atualizado o Cadastro das Unidades Básicas de Saúde e dos profissionais e equipes de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES e Sistema de Monitoramento da Atenção Primária/SESMT (SIMAP);

V – apoiar as equipes de atenção primária na utilização dos recursos tecnológicos disponibilizados pelo Telessaúde Mato Grosso.

VI – Elaborar Plano de Fortalecimento da Atenção Primária do Município, incluindo plano para implantação de Prontuário Eletrônico nas UBS;

VII – Elaborar a Carteira de Serviços da Atenção Primária do Município, com o apoio técnico da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

VIII – Realizar ações de Educação Permanente em consonância com a Portaria GM/MS Nº 1996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Portaria Interministerial Nº 1124, de 4 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os recursos financeiros para manutenção das ações e serviços da Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso são transferidos mensalmente do fundo estadual de saúde, por meio do Bloco de Atenção Básica, aos fundos municipais de saúde, sendo constituído por 03 (três) componentes:

I – Componente Saúde da Família;

II – Componente Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais;

III – Componente Saúde Bucal;

Assim, de acordo com suas responsabilidades, a Secretaria de Estado de Saúde destina recursos financeiros para compor o financiamento tripartite e presta apoio institucional aos municípios, com objetivo de apoiar a gestão e qualificar as ações da Atenção Primária, conforme o estabelecido pela PNAB.

O quadro 1 destaca a trajetória de implementação das equipes de APS (SF, SB e ACSAR) e a alocação de recursos financeiros ao longo de uma série temporal de 23 anos (de 2001 a 2023). Neste período de dedicação e investimento contínuo do estado de Mato Grosso, os recursos destinados à APS alcançam um montante de R\$ 983.237.734,78 (novecentos e oitenta e três milhões, duzentos e trinta e sete mil, setecentos e trinta e quatro reais e setenta e oito centavos), refletindo o compromisso do Estado com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

QUADRO 1. RECURSOS REPASSADOS PELO GOVERNO ESTADUAL PARA O PROGRAMA DE COFINANCIAMENTO DA APS, SEGUNDO EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), SAÚDE BUCAL (ESB), AGENTES COMUNITÁRIOS EM ASSENTAMENTOS RURAIS (ACSAR) E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL (EAPP).

ANO	Nº ESF	Nº ESB	Nº ACSAR	Nº EAPP	Total R\$
2001	298	-	307		3.686.600,00
2002	310	-	326		9.271.200,00
2003	370	-	384		16.621.400,00
2004	413	-	462		23.072.200,00
2005	435	239	499		28.065.680,00
2006	466	281	590		32.249.110,00
2007	486	314	585		34.269.640,00
2008	521	345	632		36.758.925,00
2009	578	353	654		41.641.520,00
2010	590	406	675		44.816.300,00
2011	583	425	733		47.411.860,00
2012	586	436	722		48.446.700,00
2013	583	449	706		21.138.854,76

2014	633	438	706		22.245.420,72
2015	643	458	720		22.245.420,68
2016	677	473	566		55.278.148,00
2017	698	584	489		56.828.160,00
2018	707	500	749		58.638.252,00
2019	725	511	834		58.669.248,00
2020	725	506	737	4	62.406.824,41
2021	746	518	738	4	62.924.916,98
2022	762	526	738	4	63.682.454,23
2023	794	527	722	10	65.220.472,00
2024*	813	541	720	10	67.648.428,00
Total					983.237.734,78

Fonte: SIMAP/CAP/SAS/SES

*Dezembro/2024

Os recursos alocados para os municípios são de conhecimento público e encontram-se acessíveis no portal da SES-MT (site: <http://www.saude.mt.gov.br/informacoes-financeiras>), permitindo um acompanhamento mensal por meio do site. Essa transparência demonstra o comprometimento em promover uma gestão aberta e acessível, proporcionando aos gestores e demais interessados uma visão detalhada e atualizada do direcionamento desses recursos.

3.1.1 Cofinanciamento Estadual para as Equipes de Saúde da Família (ESF)

Para a distribuição dos recursos destinados ao financiamento do componente Saúde da Família foram estabelecidos os seguintes critérios:

I – existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde;

II – cumprimento da carga horária semanal pelos profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, conforme os critérios estabelecidos no inciso III, artigo primeiro e Anexo I, da Portaria N°

065/2012/GBSES e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), respectivamente. [\(modificado pela Portaria nº 765/2023/GBSES\)](#)

III – cumprimento dos critérios estabelecidos na Portaria Nº 065/2012/GBSES. [\(modificado pela Portaria nº 765/2023/GBSES\)](#)

Quanto aos valores do incentivo financeiro definiu-se o repasse de R\$ 48.000,00 (quarenta e oito mil reais) anuais, às equipes de Saúde da Família que pertençam aos Municípios das Regiões de Saúde Araguaia Xingú, Norte Araguaia Karajá e Noroeste Mato-grossense e R\$ 28.800,00 (vinte e oito mil e oitocentos reais) anuais, às equipes de Saúde da Família dos demais municípios mato-grossense a serem aplicados a cada Equipe de Saúde da Família implantada no Município e que atenda aos critérios estabelecidos em Portaria.

Esses valores de incentivo terão um acréscimo de 100% (cem por cento) sobre os valores especificados anteriormente, de acordo com a cobertura populacional pelas equipes de saúde da família, assim fixadas:

I – 30% (trinta por cento) ou mais de cobertura populacional para os Municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes;

II – 50% (cinquenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os Municípios com população maior ou igual a 30 mil habitantes e inferior a 100 mil habitantes;

III – 60% (sessenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os Municípios com população maior ou igual a 10 mil habitantes e inferior a 30.000 mil habitantes;

IV – 70% (setenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios como população inferior a 10 mil habitantes.

Para efeito de cálculo da cobertura populacional considera-se: a média de 4.000 (quatro mil) habitantes sob a responsabilidade sanitária de cada equipe de saúde da família e o cálculo de cobertura populacional obtido através do percentual da população atendida pelas equipes de saúde da família em relação à população total do Município. Lembrando-se que a base populacional para o cálculo de

cobertura é definida através da estimativa populacional para Municípios, divulgada anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3.1.2 Cofinanciamento Estadual para Agente Comunitário de Saúde em Assentamentos Rurais (ACSAR)

O componente “Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais” (ACSAR) do Programa de cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso, foi definido e reestruturado pela [Portaria nº 107/2016/GBSES](#) e [Portaria nº 171/2018/GBSES](#). Foi implantado de forma pioneira no Brasil, em 2001 com o nome de PASCAR - Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais. Tinha o objetivo principal de incentivar os municípios do Estado à contínua e ininterrupta ação dos serviços de Agentes Comunitários de Saúde Rural (ACSAR) junto às comunidades de assentamentos rurais promovidos pelo INCRA e/ou INTERMAT, com mais de cinquenta (50) famílias assentadas, visando o aumento do acesso dessa população às ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (MATO GROSSO, 2001).

Atualmente, a SES-MT repassa, mensalmente, incentivos financeiros fixados no valor de R\$ 788,00 (setecentos e oitenta e oito reais) por agente comunitário, aos municípios que aderirem ao programa nos moldes do PASCAR.

Os municípios que aderem ao Programa, por sua vez, devem garantir que os recursos financeiros repassados sejam aplicados exclusivamente em ações pertinentes ao mesmo; devem garantir a manutenção de um profissional enfermeiro com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, com a responsabilidade de assumir a coordenação e supervisão dos trabalhos dos Agentes Comunitários de

Saúde Rural, podendo a correspondente carga horária de trabalho ser realizada exclusiva ou complementarmente ao serviço do Programa de Agente Comunitário de Saúde do município; garantir as condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde Rural, conforme a situação exigir (meios de locomoção, equipamentos, materiais, uniformes, equipamentos de proteção individual, etc.); entre outras responsabilidades.

3.1.3 Cofinanciamento Estadual para Saúde Bucal

Os recursos financeiros destinados ao Componente Saúde Bucal, no âmbito da estratégia Saúde da Família, foram definidos em:

I – Modalidade I: 01 cirurgião dentista e 01 auxiliar em saúde bucal ou 01 técnico em saúde bucal – R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) mensais, por equipe de saúde bucal implantada;

II – Modalidade II: 01 cirurgião dentista, 01 técnico em saúde bucal e 01 auxiliar em saúde bucal ou 01 cirurgião dentista e 02 técnicos em saúde bucal – R\$ 1.900,00 (um mil e novecentos reais) mensais, por equipe de saúde bucal implantada.

No entanto, o Município que atingir a cobertura de 70% (setenta por cento) ou mais receberá um adicional de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por equipe em atividade. Cabe lembrar que o cálculo de cobertura populacional de saúde bucal utilizado também está previsto na [Portaria nº 107/2016/GBSES](#) que define e reestrutura o componente.

Assim, os recursos repassados deverão ser aplicados a cada equipe de Saúde Bucal implantada no Município e que atenda os critérios estabelecidos na [Portaria nº 765/2022/GBSES](#) e nas Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e de Saúde Bucal e poderão ser acompanhados através do site: <http://www.saude.mt.gov.br/informacoes-financeiras>.

O gestor municipal também poderá acessar o serviço de Tele-Estomatologia do Núcleo de Telessaúde e Saúde Digital (NTSD), por meio de adesão ao Programa de Saúde Digital.

3.1.4 Cofinanciamento Estadual para as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP cabe ao estado participar do financiamento das ações e serviços previstos nesta Política.

Neste sentido a Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso estruturou o cofinanciamento estadual aos municípios que aderirem a PNAISP, por meio da [Portaria nº 136/2020/GBSES, de 14 de abril de 2020.](#)

O cofinanciamento estadual aos municípios que possuem equipes de Atenção Primária Prisional - eAPP no âmbito do Estado de Mato Grosso, foi estabelecida na proporção de 20% (vinte por cento) do valor repassado pelo Fundo Nacional de Saúde, conforme os critérios definidos na PNAISP.

O recebimento do valor de custeio mensal do estado fica condicionado ao credenciamento e homologação da equipe de APP, bem como o pagamento realizado pelo Ministério da Saúde. Desta forma a transferência do incentivo estadual ocorrerá na competência subsequente ao repasse Federal das equipes de Atenção Primária Prisional - eAPP credenciadas.

É importante que os municípios atentem para a Atenção Primária ofertada por meio das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP): que as ações e serviços de saúde estejam previstos e pactuados na Rede de Atenção à Saúde; que lancem a produção das equipes de forma regular e adequada nos Sistemas de Informação Oficiais; e que os serviços de

saúde nas unidades prisionais estejam estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

O gestor municipal poderá também aderir ao Programa de Saúde Digital, acessando o serviço de Saúde no Cárcere, por meio do NTSD.

3.1.5 Programa de Saúde Digital de Mato Grosso

O Estado de Mato Grosso instituiu, no ano 2023, o PROGRAMA DE SAÚDE DIGITAL para oferta de serviços de Telessaúde e Saúde Digital, à rede de Atenção à Saúde de Mato Grosso, incluindo especialmente a APS para Apoio e Matriciamento da rede de atenção à saúde - MRAS, Tele-Atendimento, Tele-Interconsultas, Tele-estomatologia, Tele-dermatologia, Tele-ECG, Tele-espirometria e Saúde no Cárcere, entre outros serviços aplicados aos demais níveis de atenção em saúde.

O gestor da saúde municipal deverá solicitar adesão ao PROGRAMA DE SAÚDE DIGITAL DE MT, por meio de assinatura de Termo de Adesão à Saúde Digital, a fim de acessar Cofinanciamento estadual para informatização da RAS, conforme Resolução CIB/MT nº 380 de 14 de dezembro de 2023, por meio do qual poderá acessar recursos de custeio para informatização, bem como os serviços oferecidos pelo Núcleo do Telessaúde e Saúde Digital – NTSD.

3.1.6 Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária (SIMAP)

O Sistema de Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária (SIMAP) é um software desenvolvido pela Gerência de Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas/STI/SES/MT, cuja principal finalidade é

consolidar uma base com dados das Equipes de Atenção Primária à Saúde do Estado, integrando-a ao sistema organizacional, com o objetivo de influenciar o comportamento e a tomada de decisão dos gestores de saúde.

Este sistema tem sua base de dados consolidada no Nível Central da SES, que garante sua manutenção e disponibilidade na rede. Seus dados são alimentados e atualizados mensalmente pelos técnicos dos ERS com informações advindas de monitoramento das Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Agentes Comunitários de Saúde em Assentamentos Rurais (ACSR), nos municípios. Tais informações vão gerar a Planilha Mensal de Monitoramento, utilizada na elaboração das portarias referentes a transferências de recursos financeiros do Programa de Cofinanciamento Estadual da Atenção Primária em Saúde.

Para tanto, o município deverá informar ao ERS, em formulário próprio (anexo IV), até o dia 30 de cada mês, qualquer alteração na relação dos profissionais atuantes nas equipes (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, ASB e ou TSB), como troca de profissionais de equipes da APS, saídas, novas contratações, etc, assim como o número de ACS existente em cada assentamento rural e seus respectivos nomes, em conformidade com a portaria acima mencionada. Posteriormente, **até o dia 10 do mês subsequente, sistematicamente**, após alimentação e atualização dos dados do [SIMAP](#) pelos técnicos dos ERS, a minuta de portaria é disponibilizada mensalmente ao gabinete da SES para publicação e pagamento.

3.2 Cofinanciamento Federal do Piso de APS no âmbito do SUS

Em 10 de abril de 2024 o Ministério da Saúde (MS) instituiu uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela [Portaria GM/MS Nº 3.493](#), alterada pela [Portaria GM/MS 6.907, de 29 de abril de 2025](#), que revoga a portaria [Portaria GM/MS Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019](#) do Programa Previne Brasil.

O novo modelo de financiamento altera a forma de repasse das transferências para os municípios, com o objetivo de fortalecer e valorizar a Estratégia Saúde da Família, passando a ser constituído por:

I - **componente fixo** para manutenção das equipes de Saúde da Família - eSF e das equipes de Atenção Primária - eAP e recurso de implantação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais - eMulti;

II - **componente de vínculo** e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;

III - **componente de qualidade** para as eSF, eAP, eSB e eMulti;

IV - **componente para implantação e manutenção** de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;

V - **componente para Atenção à Saúde Bucal**; e

VI - **componente per capita de base populacional** para ações no âmbito da APS.

Segundo o Ministério da Saúde - MS essa mudança é uma ação necessária para ampliar a qualidade dos atendimentos nas UBS de todo o país, permitindo que mais equipes cheguem onde ainda não há

assistência e com parâmetros adequados de atendimento, diminuindo a espera por um profissional.

O novo modelo de financiamento estabelece novos parâmetros de pessoas vinculadas, acompanhadas e cuidadas por equipe; incentiva a qualidade, a completude e atualização dos registros resgatando a dimensão do vínculo e acesso; traz previsibilidade para o gestor federal, equidade e sustentabilidade no cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde; utiliza novos critérios de classificação dos municípios brasileiros passando a aplicar o Índice de Vulnerabilidade Social; avança ainda na identificação de indicadores capazes de induzir boas práticas clínicas, territoriais e no cuidado integral.

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB continua a ser utilizado como sistema de monitoramento, e fonte de informações para definição do cofinanciamento, além do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

3.2.1 Componentes do Cofinanciamento Federal do Piso de APS no âmbito do SUS

a) Componente Fixo para manutenção das eSF e das eAP e recurso de implantação

Há um resgate da lógica de pagamento anterior ao Programa Previne Brasil, sendo estabelecido um incentivo fixo a ser repassado mensalmente para eSF e eAP e um incentivo de implantação a ser repassado em parcela única para eSF, eAP, eSB 40h e eMulti.

O cálculo do componente fixo mensal para manutenção das eSF e eAP considerará o Indicador de Equidade e Dimensionamento dos

municípios, calculado apartir do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e do porte populacional.

b) Componente de vínculo e acompanhamento territorial para eSF e eAP

O componente de vínculo e acompanhamento territorial visa estimular a qualificação do cadastro, a reorganização da atenção primária no território e a melhoria do atendimento à população.

Para o cálculo do componente de vínculo e acompanhamento territorial será considerada a população vinculada à eSF ou eAP e acompanhada pelas eSF, eAP, eSB e eMulti.

A metodologia de cálculo do Componente Vínculo e Acompanhamento Territorial para as equipes de Saúde da Família - eSF, equipes de Atenção Primária - eAP, equipes vinculadas de Saúde Bucal - eSB e equipes Multiprofissionais – eMulti, está estabelecida na [Portaria SAPS/MS Nº 161, de 10 de Dezembro de 2024](#) e detalhada na [Nota Metodológica](#).

c) Componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti

O componente de qualidade pretende estimular o alcance dos indicadores pactuados tripartite, com o objetivo de incentivar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados na APS, buscando induzir boas práticas e aperfeiçoar os resultados em saúde.

O cálculo do incentivo financeiro do componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti será efetuado considerando os resultados alcançados pelas equipes nos indicadores.

d) Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde

O componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS visa a apoiar o processo de trabalho destas estratégias de cuidado na APS. Contemplando o custeio:

I - das equipes Multiprofissionais - eMulti;

II - das equipes de Consultório na Rua - eCR;

III - das Unidades Básicas de Saúde Fluvial - UBSF;

IV - das equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR;

V - das equipes de Atenção Primária Prisional - eAPP;

VI - para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;

VII - do incentivo aos municípios com equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na Atenção Primária à Saúde;

VIII - do Programa Saúde na Escola - PSE;

IX - do incentivo financeiro federal de custeio para implementação de ações de atividade física no âmbito da APS - IAF;

X - dos profissionais microscopistas;

XI - da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - ACS; e

XII - de outros programas, serviços, profissionais e composições de equipe que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico do Ministério da Saúde.

e) Componente para Atenção à Saúde Bucal

Este componente apoia as ações de saúde bucal nos territórios, contemplando o custeio das equipes de Saúde Bucal - eSB; Unidades Odontológicas Móveis - UOM; Centros de Especialidades Odontológicas - CEO; Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD; e Serviços de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb.

f) Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS

O componente per capita de base populacional é um incentivo financeiro a ser repassado pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de para apoiar o custeio das ações da APS.

O cálculo do componente considerará a estimativa populacional dos municípios divulgada pelo IBGE ou o Censo Demográfico do IBGE, sendo o valor per capita definido anualmente em ato normativo do Ministério da Saúde.

3.2.2 Credenciamento de Equipes, Serviços e Programas

Para solicitar credenciamento de equipes e serviços da APS o município solicitante deve seguir as orientações explicitadas na [Nota Técnica Nº 282/2023-COHC/CGFAP/SAPS/MS, de agosto de 2023](#), que traz as orientações sobre a solicitação de credenciamento e adesão de equipes, serviços e programas da Atenção Primária a Saúde (APS).

A solicitação de credenciamento para as estratégias equipe de Saúde da Família (eSF); equipe de Atenção Primária (eAP); equipe de Saúde Bucal (eSB); equipe Multiprofissional (eMulti); equipe Consultório de Rua (eCR); Agente Comunitário de Saúde (ACS); Serviço de Especialidade em Saúde Bucal (SESB); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); dar-se-á exclusivamente, por meio do sistema

Gerencia APS, no e-Gestor AB - <https://sisapsdoc.saude.gov.br/pt-br/gerenciaaps>.

Após aprovação pelo Ministério da Saúde e publicação das Portarias de credenciamento das novas equipes e serviços no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrá-los (as) no SCNES, observando os critérios exigidos para homologação dos códigos Identificador Nacional de Equipes (INE) e/ou Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), num prazo máximo de 3 (três) competências, a contar da data de publicação da referida portaria, exceto a adequação do tipo de equipe - eAPP. Caso esse prazo não seja cumprido, haverá o descredenciamento das equipes ou serviços, conforme disposto no item "III - do Credenciamento", do tópico "6 – DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA", do Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Disponibilizamos [Fluxo de credenciamento](#) resumido para consulta rápida.

Como solicitar Credenciamento de Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)

O credenciamento de **Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)** segue as regras de operacionalização da Portaria GM/MS nº 2.298 de 9 de setembro de 2021, e o gestor deverá solicitá-lo via sistema eletrônico (e-Gestor AB), conforme a [Nota Informativa nº 1/2024-DESCO/SAPS/MS](#), seguindo as orientações:

- **Especificar a tipologia da equipe:**

I - para eAPP com carga horária compartilhada com eSF e eSB do território, o gestor deverá especificar a tipologia da equipe e à unidade prisional de atuação;

II - para eAPP Essencial ou Ampliada, o gestor deverá especificar a tipologia da equipe, a modalidade de carga horária, a presença ou não de profissional complementar de saúde bucal e a unidade prisional de atuação; e

III - para equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional, o gestor poderá solicitar credenciamento caso já exista uma eAPP Essencial ou Ampliada no mesmo CNES, ou concomitantemente à solicitação de credenciamento de uma nova eAPP Essencial ou Ampliada no mesmo CNES, e deverá, ainda, especificar a modalidade de carga horária e a unidade prisional de atuação.

- O gestor de saúde deverá dar ciência ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) sobre a solicitação de credenciamento ao Ministério da Saúde.
- A solicitação de credenciamento deve ser informada ao Ministério da Saúde por meio do [e-Gestor AB](#).
- O Ministério da Saúde realizará análise do pleito de acordo com critérios técnicos e disponibilidade orçamentária.
- O gestor de saúde deverá acompanhar a situação da solicitação de credenciamento no sistema de informação e realizar adequações quando necessário, de acordo com os prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
- Após a publicação de portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal de saúde deverá cadastrar a equipe no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), no prazo de 3 (três) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da equipe caso esse prazo não seja cumprido.
- Após o cadastro da equipe no SCNES, será publicada, no Diário Oficial da União, portaria de homologação contendo os dados do

estabelecimento e o número Identificador Nacional de Equipe (INE) gerado a partir da inserção no sistema.

- A forma de contratação das equipes é de decisão do gestor municipal de saúde.

3.3 Suspensão e Pedido de Crédito Retroativo

Através da [Portaria GM/MS Nº 6.907, de 29 de abril de 2025](#), o Ministério da Saúde alterou dispositivos que tratam da suspensão dos recursos financeiros.

O quadro a seguir - Anexo I da Portaria GM/MS Nº 6.907, de 29/04/2025 - estabelece as hipóteses de suspensão proporcional e total dos incentivos financeiros de eSF, eAP e ACS.

TIPO DE SUSPENSÃO	PERCENTUAL	MOTIVO DA SUSPENSÃO
Suspensão proporcional, incidindo no componente fixo para eSF	25%(vinte e cinco por cento)	Ausência por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas de apenas um dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF: auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; ou agente comunitário de saúde.
Suspensão proporcional, incidindo no componente fixo para eSF	75%(setenta e cinco por cento)	Ausência simultânea, por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas, dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF: a) médico e agente comunitário de saúde; ou b) médico e auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; ou c) enfermeiro e agente comunitário de saúde; ou d) enfermeiro e auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem. Ausência por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas de apenas um dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF ou eAP: médico ou enfermeiro.
Suspensão proporcional, incidindo no componente fixo para eSF e eAP	50%(cinquenta por cento)	Ausência simultânea, por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas, dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF: auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde. Observada 3 (três) competências consecutivas de ausência de envio de informação sobre a produção ao Sisab. Observada 2 (duas) competências do SCNES consecutivas da ocorrência de duplicidade de profissional da eSF no SCNES.

Suspensão total de eSF e eAP	100%(cem por cento)	De forma imediata, nos casos de ocorrência de uma das seguintes hipóteses: a) ausência simultânea de três categorias profissionais da equipe mínima da eSF; ou b) ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro da equipe mínima da eSF ou da eAP; ou c) ausência do cadastro ativo da eSF ou eAP no SCNES; ou d) acumulação de carga horária superior a sessenta horas semanais por profissional cadastrado em equipes, incluídos os ACS e serviços da APS custeados pelo Ministério da Saúde, como disposto no Anexo I da PRC SAPS/MS nº 1/2021; ou e) do estabelecido no art. 12-N desta Portaria, referente as suspensões por órgãos de controle.
Suspensão total de ACS	100%(cem por cento)	Observada 6 (seis) competências consecutivas de ausência de envio de informação sobre a produção ao Sisab.

A suspensão dos recursos financeiros será mantida até a adequação das irregularidades identificadas, como estabelece a PNAB e as demais normativas vigentes.

A portaria estabelece ainda que após 12 (doze) competências consecutivas da suspensão total da transferência do valor dos componentes para eSF e eAP, será automaticamente revogado o credenciamento e a homologação referentes ao Identificador Nacional de Equipe - INE da equipe. E que após 12 (doze) competências consecutivas da suspensão da transferência dos recursos financeiros para ACS, será automaticamente revogado o quantitativo de vagas credenciadas referentes aos profissionais.

Mediante as suspensões o município pode, em situações específicas, solicitar o crédito retroativo.

Os pedidos de crédito retroativo seguem sendo realizados utilizando o Quadro Síntese do Anexo I da [Nota Técnica nº 829/2022-CGFAP/DESF/SAPS/MS](#), apresentando os motivos e justificativas, lembrando de apontar a parcela financeira que houve a suspensão, bem como o INE ou SCNES referente a equipe ou serviço de saúde suspensa. Os documentos necessários que justifiquem o pagamento retroativo devem ser anexados. Toda essa documentação deve ser encaminhada através de ofício a Coordenadoria de Atenção Primária –

SES/MT, para que esta possa efetuar os tramites junto ao Ministério da Saúde.

Caso o motivo da suspensão se der por ausência de envio da produção [e-SUS](#)/SISAB, dentro do calendário estabelecido, o município deverá realizar as adequações no sistema, regularizando o envio da produção, antes de completar 4 meses de atraso, se ultrapassar esse prazo os dados não serão processados ou validados no banco de dados do SISAB, sendo desconsiderado para quaisquer finalidade.

Destaca-se que as suspensões motivadas por duplicidade de cadastro profissional/inconsistência no SCNES, ausência de profissional durante 02 competências consecutivas e irregularidades identificadas por órgão de controle, não são passíveis de solicitação de crédito retroativo.

Para sanar irregularidade identificadas por órgãos de controle e desbloqueio da suspensão, o município deve solicitar uma visita técnica da Secretaria Estadual de Saúde/Escritório Regional de Saúde, para validação das adequações realizadas na APS.

4. Ferramentas de Apoio à Gestão Municipal

O Ministério da Saúde disponibiliza sistemas de informação e plataformas de consultas para subsidiar o trabalho da gestão municipal no acompanhamento e adesão a formatos de financiamento e opções para monitoramento da situação de saúde de seu município. Destacamos os seguintes sistemas:

- Portal e-Gestor AB
- Fundo Nacional de Saúde (FNS)

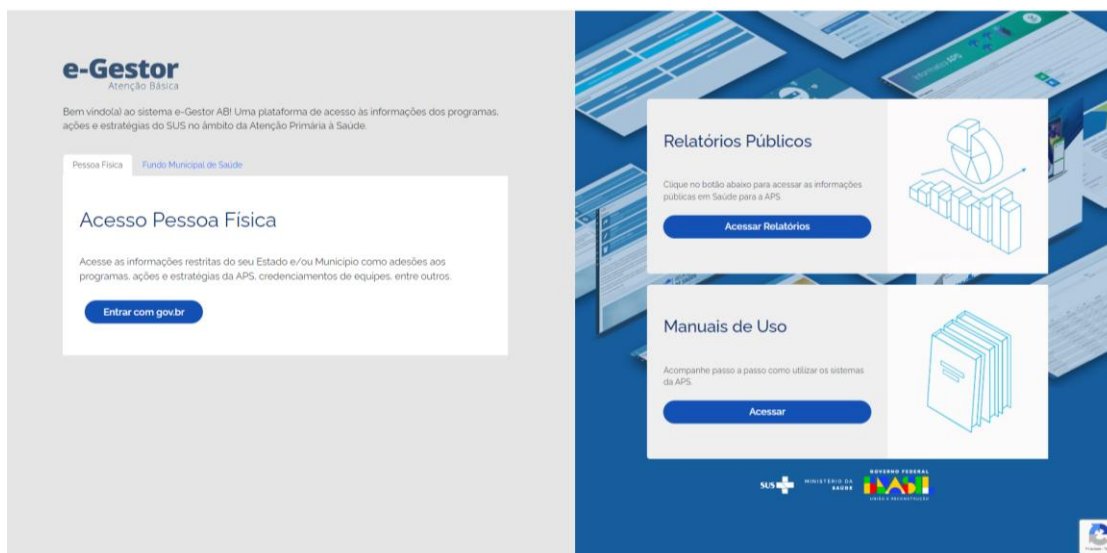
- Sistemas de Informação da APS
- e-SUS APS

4.1 e-Gestor AB

O [e-Gestor AB](#) é uma plataforma que dá acesso aos vários sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde(APS). Além de facilitar o gerenciamento de dados da APS pelos gestores e profissionais da saúde, permite o acesso a informações que podem auxiliar na organização e planejamento dos serviços de saúde. Por meio desta página é possível consultar diversos relatórios públicos que trazem informações que vão desde o financiamento e suspensões de recursos, indicadores e coberturas, dentre outras.

Como Acessar?

O município que deseja ter acesso aos sistemas da APS, para cadastrar os seus gestores e profissionais de saúde, poderão solicitá-lo mediante usuário e senha do fundo municipal/estadual. O acesso será concedido pela plataforma: [e-Gestor AB](#).



Manual Instrutivo de Navegação no e-gestor AB acesse aqui:
<https://sisapsdoc.saude.gov.br/>

4.1.1 Como consultar o Financiamento APS no e-Gestor

Para consultar o financiamento APS (Atenção Primária à Saúde) no e-Gestor, siga os passos abaixo:

1. **Acesse o Sistema e-Gestor:**

Entre no portal do e-Gestor

(<https://www.egestorab.saude.gov.br>).

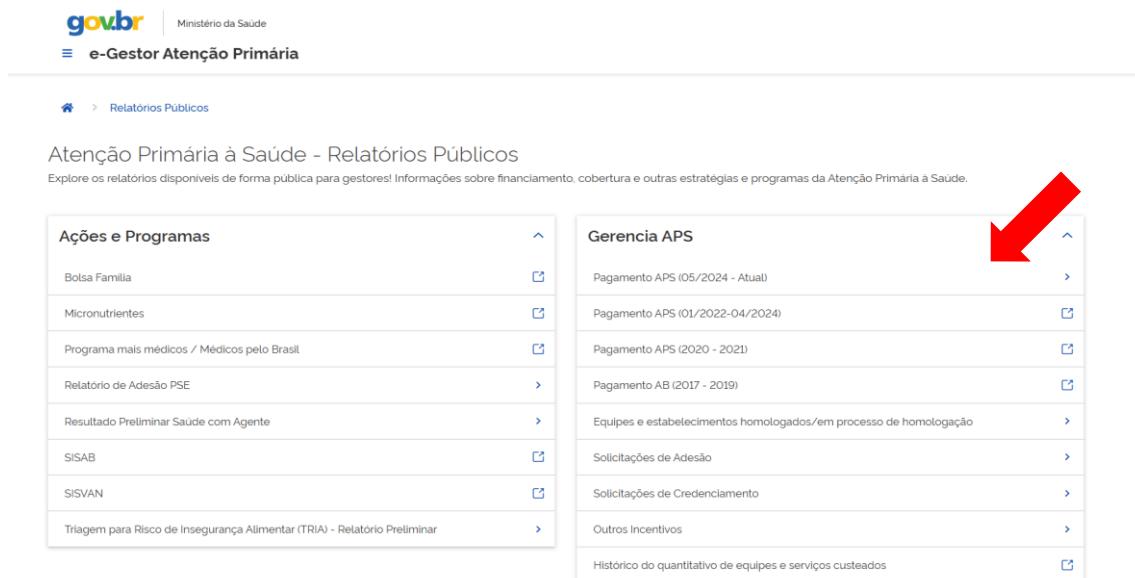
2. Clique em Relatórios da APS:

informações públicas em Saúde para APS

3. Depois no menu Gerencia APS:

E escolha a opção Pagamento APS – Atual como mostra a Figura 13.

FIGURA 13. ACESSO AO "FINANCIAMENTO APS" NO PORTAL E-GESTOR



Fonte: e-Gestor AB

Preencha os campos com o tipo de unidade geográfica e o período que deseja filtrar os dados de repasses e depois tem a opção de ver em tela ou fazer o download.

FIGURA 14. GERANDO O RELATÓRIO DE FINANCIAMENTO DA APS

Unidade Geográfica

Tipo de unidade:
Município

Estados:
MATO GROSSO

Municípios:
CUIABÁ

Período

Selecione o ano:
2025

Selecione a(s) parcela(s):
Início: 1/12
Fim: 1/12

Download

Ver em tela

Resultado da consulta

Veja o resultado do relatório gerado:

UF

MUNICÍPIO

Comp. CNES

Parcela

Incentivo

> MT CUIABA NOV/2024 1/12 R\$ 5.724.708,22

Exibindo 1 a 1 de 1 << < 1 > >> 5

Fonte: e-Gestor AB

Os valores apresentados neste relatório são referentes ao que o município faz jus a cada competência financeira. Assim, visando aumentar e qualificar a transparência das informações, a partir de agora os valores serão disponibilizados nos relatórios do e-Gestor antes de serem apresentados no site do Fundo Nacional de Saúde - FNS. Os gestores, trabalhadores e usuários do SUS poderão acompanhar os valores efetivamente transferidos pelo Ministério da Saúde por meio do site do Fundo Nacional de Saúde.

FIGURA 15. RELATÓRIO DOS VALORES REPASSADOS PELO MS AOS MUNICÍPIOS



UF	MUNICÍPIO	Comp. CNES	Parcela	Incentivo
MT	CUIABA	NOV/2024	1/12	R\$ 5.724.708,22

Ação	Gestão	Custeio	Implantação
> Equipes de Saúde da Família - eSF e equipes de Atenção Primária - eAP	MUNICIPAL	R\$ 2.796.000,00	R\$ 0,00
> Atenção à Saúde Bucal	MUNICIPAL	R\$ 739.247,71	R\$ 0,00
> Equipes Multiprofissionais - eMulti	MUNICIPAL	R\$ 226.250,00	R\$ 0,00
> Agentes Comunitários de Saúde	MUNICIPAL	R\$ 1.575.684,00	R\$ 0,00
> Demais programas, serviços e equipes da Atenção Primária à Saúde	MUNICIPAL	R\$ 64.800,00	R\$ 0,00
> Componente per capita de base populacional	MUNICIPAL	R\$ 322.726,51	R\$ 0,00

Exibindo 1 a 1 de 1 << < 1 > >> 5

Fonte: e-Gestor AB

Para detalhamento dos recursos recebidos basta clicar na seta ao lado da UF como mostra a figura 9 que uma nova aba se abrirá com todos os repasses detalhando de acordo com cada componente.

Para um passo a passo mais completo de como acessar o e-gestor [clique aqui](#)

4.2 Fundo Nacional de Saúde

Instituído pelo [Decreto Federal nº 64.867, de 24 de julho de 1969](#), o [Fundo Nacional de Saúde \(FNS\)](#) é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde bem como dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo como missão contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde o

[Fundo Nacional de Saúde](#) busca cotidianamente criar mecanismos para disponibilizar informações para toda a sociedade relativas aos custeios, os investimentos e financiamentos no âmbito do SUS.

O capital alocado junto ao FNS são transferidos para os estados, municípios e o Distrito Federal para que estes entes realizem de forma descentralizada ações e serviços de saúde, bem como investirem na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS. Essas transferências são realizadas nas seguintes modalidades: Fundo a Fundo, Convênios, Contratos de Repasses e Termos de Cooperação.

Os recursos do Ministério da Saúde repassados aos estados, municípios e ao Distrito Federal são organizados em Blocos de Financiamento, o Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde, de acordo com a [Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 2020](#).

Estando disponível, para consulta das transferências e/ou pagamentos realizados, no site: <https://portalfns.saude.gov.br/>

FIGURA 16. PAINÉIS DE INFORMAÇÃO DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Ambientes



PAINÉIS DE INFORMAÇÕES DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

CLIQUE AQUI PARA ACESSAR



Fonte: Fundo Nacional de Saúde - <https://portalfns.saude.gov.br/>

FIGURA 17. PAINEL DE CONSULTA DOS RECURSOS DESTINADOS AO SUS



Fonte: Fundo Nacional de Saúde - <https://portalfns.saude.gov.br/consultas/>

Os Painéis de Informações do Fundo Nacional de Saúde disponibilizam de forma intuitiva, informações de transferências realizadas para estados, municípios e prestadores de serviços do SUS. Uma ferramenta de consulta, informação e transparência sobre os recursos federais destinados ao Sistema Único de Saúde.

FIGURA 18. PAINÉIS DE INFORMAÇÕES DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE



4.3 Sistemas de Informação da APS

4.3.1. e-SUS APS (Atenção Primária à saúde):

Sistema eletrônico destinado ao registro e acompanhamento das informações relacionadas à Atenção Primária à Saúde. É utilizado para a gestão de prontuários eletrônicos, acompanhamento de pacientes e registro de procedimentos realizados nas unidades de saúde que compõem a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse sistema, ao fornecer informações precisas e em tempo real, tem o potencial de melhorar a tomada de decisões no SUS, promovendo mais eficiência e efetividade no atendimento à saúde da população. Para saber mais [clique aqui](#).

Precisa de Capacitação e-sus para seu município? No Portal Educa e-sus APS você terá acesso as capacitações EAD totalmente de forma gratuita e com certificação, [clique aqui](#) e saiba mais.

[Painel e-sus APS](#): O painel e-SUS APS é um software gratuito e integrado à base de dados local do sistema e-SUS APS. Reúne dados populacionais e de saúde, permitindo uma compreensão atualizada das condições do território, além de um acompanhamento longitudinal e integrado dos cidadãos cadastrados. Destinado principalmente aos profissionais da assistência e gestão em saúde, o painel aperfeiçoa o monitoramento da Atenção Primária à Saúde, a gestão do cuidado e implementação de boas práticas. Isso torna o acompanhamento

de indicadores da APS mais integrado ao processo de trabalho, além de contribuir para os Componentes Vínculo e Acompanhamento e Qualidade do Novo Modelo de Financiamento Federal.

Atualmente em fase experimental, mas já disponível para uso. Será implementado de forma gradual, com novas funcionalidades que irão ampliar o cuidado para grupos essenciais, como crianças, gestantes, mulheres e pessoas idosas.

Clique aqui para acessar os manuais: [Manual de instalação](#) e [Manual de uso](#).

4.3.2. SISAB (Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica):

Sistema voltado para a coleta e análise de dados relacionados à Atenção Básica. O SISAB apoia a gestão local, fornecendo informações para o monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nas unidades de atenção básica. Saiba mais [clikando aqui](#).

4.3.3. TabNet/DATASUS:

Plataforma que disponibiliza dados e informações em saúde, permitindo a consulta de indicadores e estatísticas. O DATASUS é uma importante fonte de dados nacionais e regionais, facilitando a análise epidemiológica e a elaboração de políticas de saúde. [Clique aqui](#) e saiba mais.

Cadastro que contém informações sobre estabelecimentos de saúde no Brasil. O CNES é fundamental para o planejamento e gestão de recursos humanos e infraestrutura, fornecendo dados sobre a localização, características e serviços oferecidos por cada estabelecimento de saúde.

5. Outras Ações, Programas e Estratégias do Governo Federal

As ações do Governo Federal estão disponibilizadas no Portal da SAPS que pode ser acessado pelo link de atalho: <https://aps.saude.gov.br/sobre>

As Ações, Programas e Estratégias do Governo Federal relacionadas à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) têm como objetivo fortalecer e aprimorar a atenção básica no país. Abaixo estão algumas das principais iniciativas:

5.1. PNPIC

A [Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares \(PNPIC\)](#) no Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de normativas e diretrizes que visam incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares (PICS) no SUS. A política baseia-se na perspectiva da prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde, com

ênfase na atenção primária para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

5.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)

Um dos problemas fundamentais para a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde das pessoas privadas de liberdade é a superação das dificuldades impostas pela própria privação de liberdade, que dificulta o acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva.

A consequência econômica e social dessa desconformidade implicou, por parte do governo federal, a elaboração e pactuação de uma política que considerasse, primariamente, o princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas privadas de liberdade.

Assim, sob essa ótica, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), através da [Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014](#), com o objetivo de garantir o acesso as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

A PNAISP nasceu da avaliação dos dez anos de aplicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), quando se constatou o esgotamento desse modelo, que se mostrou restrito por não contemplar em suas ações, entre outras coisas, a totalidade do itinerário carcerário – delegacias e distritos policiais, cadeias públicas, colônias agrícolas ou industriais e, tampouco, penitenciárias federais.

Até o ano de 2021 a adesão a PNAISP foi um compromisso político que estados e/ou municípios firmaram com a União, com o propósito de implantar a política no seu território, não implicou em repasse de recursos financeiros da União aos entes federados. Mato Grosso aderiu a PNAISP em 11/10/2016 (Conforme [Portaria GM/MS nº 1.835 de 11/10/2016](#)).

Com a Portaria [GM/MS nº 2.298, de 9 de setembro de 2021](#), que dispõe sobre as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a adesão a PNAISP, para fins de credenciamento de eAPP, passa ser facultativa.

Esta Portaria estabelece a nova composição das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), bem como a tipologia, sendo:

- ✓ Equipe de Atenção Primária Prisional com carga horária compartilhada com equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Saúde Bucal (eSB) do território;
- ✓ Equipe de Atenção Primária Prisional Essencial;
- ✓ Equipe de Atenção Primária Prisional Ampliada; e
- ✓ Adicional: Equipe Complementar Psicossocial de Atenção Primária Prisional e Profissional de Saúde Bucal. As cargas horárias variam conforme composição (6 h, 20 h ou 30 h).

O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP é de responsabilidade do Ministério da Saúde e se refere aos medicamentos constantes no anexo I e anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Este valor é repassado ao Estado, uma vez ao ano, geralmente no segundo semestre e o mesmo realiza todo o processo de aquisição dos medicamentos, que são posteriormente repassados a Coordenadoria de Saúde Penitenciária e distribuídos às Unidades Prisionais.

Em Mato Grosso foi pactuado de forma centralizada conforme [Resolução-CIB/MT nº 131 de 27 de abril de 2022](#).

Considerando as especificidades das equipes de atenção primária prisional foi elaborado um [FAQ-Perguntas e respostas PNAISP](#), que se encontra no site da SES/MT.

5.3 Programa Mais Médicos

O [Programa Mais Médicos \(PMM\)](#) é uma iniciativa do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, criado com o objetivo de melhorar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi instituído através [da Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013](#) e alterada pela Medida Provisória nº 1.165 de 20 de março de 2023.

A [Lei Federal nº 14.621, de 14 de julho de 2023](#) - Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS)

A [Medida Provisória 1.165](#) traz alterações nas regras originais do programa, prevendo a prorrogação de contratos de 3 para 4 anos e criação de indenizações para incentivar a ida de médicos para áreas de difícil fixação.

A [Portaria Interministerial MS/MEC Nº 604, DE 16 DE MAIO DE 2023](#), dispõe sobre a execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil – PMMB

e revoga, entre outras, a portaria interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013 .

A principal mudança que destacamos é a carga horária prevista pelo Projeto para os médicos participantes, que passa a ser de 44 (quarenta e quatro) horas semanais distribuídas em 36 (trinta e seis) horas assistenciais e oito horas de atividades teóricas-educacionais, com distribuição das atividades a serem estabelecidas conforme as necessidades do serviço, no âmbito da gestão municipal, essenciais à validação e ao recebimento da bolsa destinada ao médico, por meio de sistema de informação disponibilizado pela Coordenação Nacional do Projeto.

É obrigação do gestor municipal exercer, em conjunto com o supervisor, o acompanhamento e a fiscalização da execução das atividades de ensino-serviço, inclusive quanto ao cumprimento da carga horária de 36 (trinta e seis) horas semanais.

Outra novidade: avaliação de desempenho anual do médico participante.

A avaliação de desempenho anual passa a ser requisito obrigatório para a continuidade do médico no Projeto. Esta avaliação terá caráter eliminatório, com vistas a avaliar o desempenho do médico no desenvolvimento das atividades e a sua permanência no Projeto, sendo composta de:

I - avaliação do supervisor;

II - avaliação do município ou Distrito Federal.

Os critérios e o período de avaliação serão definidos em ato da Coordenação Nacional do Projeto e publicizados 60 (sessenta) dias antes de cada avaliação.

Para permanência no Projeto, o médico participante deverá obter conceito "satisfatório" nas avaliações.

Importante: As equipes de atenção primária nas modalidades previstas na PNAB e compatíveis com a carga horária do PMMB, constituídas de médicos participantes do Projeto, deverão estar devidamente cadastradas no SCNES, observando-se as regras definidas em ato específico da Ministra de Estado da Saúde. Atenção: a carga horária informada no SCNES deve ser a total e não as 36 horas de trabalho presencial.

Mais novidades!!

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi **ampliado** por meio da modalidade de coparticipação de estados e municípios. [Portaria GM/MS nº 752, de 15 DE Junho de 2023.](#)

Na modalidade de coparticipação de provimento profissional, será descontado o valor da bolsa-formação (R\$12.386,50) do médico do município no Piso de Atenção Primária. Essa forma de contratação garante às prefeituras um menor custo, maior agilidade na reposição do profissional e a permanência nessas localidades. O custeio dos auxílios moradia e alimentação ao médico permanece sob responsabilidade do município.

As vagas do edital de coparticipação são vagas de AMPLIAÇÃO para os municípios prioritários. O desconto no repasse municipal NÃO SE APLICA às vagas já existentes (EDITAIS VIGENTES) e médicos alocados nos municípios.

Mato Grosso, no mês de dezembro de 2023, conta com 308 médicos alocados em 99 municípios e nos 05 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. As vagas desocupadas foram intensamente providas nesse ano, restando para reposição somente as desocupadas recentemente.

No Programa Médicos pelo Brasil – PMpB são 38 médicos em 24 municípios.

No portal do Ministério da Saúde [Mais Médicos](#) pode-se ter acesso a inúmeras informações sobre o programa, tais como história, legislação, editais, perguntas frequentes, dentre outras.

O link - <https://aps.saude.gov.br/ape/maismedicos> - disponibiliza também as legislações e outras informações mais específicas como: pagamento de bolsa, validação do pagamento, ajuda de custo, preceptoria, licença médica e maternidade, devolução de recurso, dentre outras.

O caminho para a validação da bolsa dos profissionais Mais Médicos é realizado através do e-gestor. Foi disponibilizado um [Manual de Uso do Sistema](#). Esta informação deve ser enviada pelos gestores municipais todos os meses, conforme orientações de abertura do sistema. Ressaltamos a importância de manter atualizado o e-mail cadastrado no SGP – Sistema de Gerenciamento de Programas, por onde são enviados todos os informes.

A Comissão de Coordenação Estadual (CCE) é a instância de coordenação e orientação das atividades necessárias à execução do Projeto Mais Médicos no âmbito do estado. É de natureza permanente, segundo normatização vigente, onde se compartilham as decisões e encaminhamentos necessários.

A CCE tem por finalidade atuar na gestão política, administrativa e pedagógica das ações, projetos e programas vinculados ao Programa Mais Médicos no estado.

As deliberações da Comissão são consensuadas entre seus membros e se constitui em um espaço que proporciona o relacionamento democrático entre os entes federados que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições de ensino, instituições supervisoras e os profissionais do programa.

Em Mato Grosso a CCE está regulamentada [pela Portaria Nº 790/2023/GBSES](#), constituída por representantes: da Secretaria de Estado

de Saúde de Mato Grosso, do Ministério da Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS MT), da Instituição Supervisora do Projeto Mais Médicos – UFMT, do Ministério da Educação e dos DSEI.

QUADRO 2. CONTATOS PARA ACESSO A CCE/MT

ÓRGÃO / INSTITUIÇÃO	REPRESENTANTES	CONTATOS
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso	Regina Paula de Oliveira Amorim Costa	reginaamorim@ses.mt.gov.br (65) 3613-5338
	Gláucie pinheiro Cavalcante	maismedicosmt@ses.mt.gov.br (65) 3613-5338
	Susilei Lourenço dos Santos	maismedicosmt@ses.mt.gov.br (65) 3613-5338
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS MT)	Ana Paula Louzada	belanna12@gmail.com (65) 3644-3914/3644-2406
Instituição Supervisora do Projeto Mais Médicos – UFMT	Elias Nogueira Peres	pereselias15@gmail.com (65) 992510997

Fonte: CAP/SAS/SES

5.4 Programa Médicos pelo Brasil

Programa de provimento médico federal, o PMpB foi instituído pela [Lei Federal nº 13.958 de 18/12/2019](#) no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps, transformada em 2023 na Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS-AGSUS), responsável pela execução deste programa.

A Portaria [GM/MS nº 3.353, de 2 de dezembro de 2021](#) dispõe sobre as diretrizes para a execução do PMpB.

A [Portaria GM/MS Nº 485, DE 14 de abril de 2023](#) dispõe sobre a distribuição de vagas, as diretrizes e os critérios para seu dimensionamento e a metodologia de sua priorização em municípios no âmbito dos programas de provimento do Ministério da Saúde, substitui e revoga a [Portaria GM/MS nº 3.352, de 2 de dezembro de 2021](#), que dispõe sobre a metodologia de priorização de municípios e de dimensionamento de vagas e define a relação dos municípios elegíveis e o quantitativo máximo de vagas no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil. ([Portaria GM/MS nº 485, DE 14 DE ABRIL DE 2023](#)).

Na nova gestão do governo federal, a partir de 2023, a Adaps passou por reestruturação e teve o seu nome mudado para [Agência Brasileira de Gestão do SUS – AgSUS](#).

Na sala virtual do gestor, no site da Agência, ocorrem reuniões semanais e mensais com os gestores, para esclarecimento de dúvidas e orientações. Gestores podem e devem participar sempre que possível.

O uso da Plataforma Sênior para registro de frequência foi descontinuado a partir de 1º de outubro de 2023.

Nessa nova sistemática, nos últimos 5 dias de cada mês, os gestores de saúde municipais passam a validar os registros das atividades dos médicos bolsistas e tutores na plataforma e-Gestor, a mesma usada pelo Ministério da Saúde no Programa Mais Médicos.

O cumprimento da carga horária continua sendo obrigatório e de extrema importância.

A mudança da plataforma se deve por inconsistências identificadas no sistema de frequência. Desta forma, o Ministério da Saúde integrou as duas estratégias de provimento médico no mesmo sistema, com o objetivo de facilitar o acompanhamento dos processos pelos gestores municipais/DSEI e tornar a gestão dos respectivos programas mais eficiente.

O afastamento preventivo do médico só pode ser feito pela AGSUS, em função de vínculo contratual. Em caso de problemas locais,

usar os canais oficiais de comunicação com a Agência: gestor@agenciasus.org.br; faleconosco@agenciasus.org.br e Ouvidoria Geral falabr@cgu.gov.br

Mato Grosso possui, originalmente, 258 vagas no Programa Mais Médicos e foram abertas 429 vagas no PMpB, ampliando 171 novas vagas. Cabe ressaltar que alguns municípios perderam vagas e muitos ganharam, devido à metodologia utilizada, de acordo com portaria GM/MS nº 3.352, de 2 de dezembro de 2021 (revogada em 14 de abril de 2023 pela Portaria GM/MS Nº 485, de 14 de abril de 2023, citada anteriormente).

Orientações da Adaps para Gestores municipais de saúde, [acesse aqui. https://agenciasus.org.br/](https://agenciasus.org.br/)

Gestores e médicos poderão entrar em contato para dúvidas ou qualquer outra necessidade através do e-mail: maismedicosmt@ses.mt.gov.br.

5.5 Segurança do Paciente na Atenção Primária

O Ministério da Saúde, por meio [da Portaria GM/MS nº 529/2013](#), instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), Segurança do Paciente é reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Embora as ações tenham iniciado na atenção hospitalar, desde o princípio, o PNSP se propõe a trabalhar Segurança do Paciente em “todos os estabelecimentos de saúde no território nacional”. Considerando o papel-chave da Atenção Primária à Saúde (APS) no país

e no Sistema Único de Saúde (SUS) como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), reforçados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, trabalhar Segurança do Paciente na APS é essencial e estratégico, pela abrangência da oferta de serviços.

A APS é a principal porta de entrada no SUS e é ofertada integralmente, apresentando uma magnitude muito maior que a atenção hospitalar, considerando que em 2015 a proporção de consultas médicas na APS foi cerca de oito vezes maior do que o número de internações hospitalares no Brasil (DATASUS).

Veja as Recomendações para Criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Elaboração do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e Monitoramento e notificação de eventos adversos. Veja [Nota Técnica Nº 01/2020 CAP/COSABU/SAS/SES](#) Segurança do Paciente na Atenção Primária – APS em Mato Grosso.

5.6 Saúde Bucal

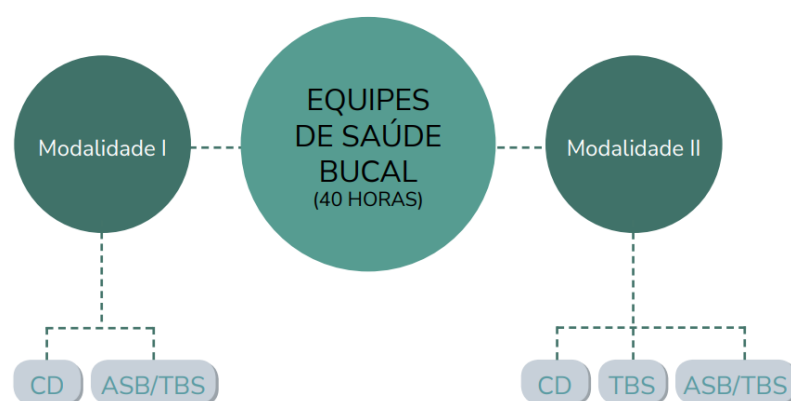
A Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e

recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter individual e coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

Existem duas modalidades de ESB, sendo modalidade I e Modalidade II, descritas na figura:

FIGURA 19. EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, SEGUNDO AS MODALIDADE



Fonte: Ministério da Saúde

Ressalta-se que só há possibilidade para as equipes de Saúde Bucal de carga horária diferenciada na configuração da Modalidade I.

Em relação a incentivos financeiros o Ministério da Saúde disponibiliza os seguintes valores:

→ **Equipes de Saúde Bucal (40h)**

Conforme a [Portaria GM/MS nº 1.924, de 17 de novembro de 2023](#), o Ministério da Saúde reajusta os valores dos incentivos financeiros às equipes de Saúde Bucal e disponibiliza recurso de implantação no valor de R\$ 14.000,00 (parcela única) para investimento nas Unidades Básicas.

Recurso de custeio:

- Modalidade I R\$ 4.014,00/mês
- Modalidade II R\$ 7.064,00/mês

Fazem jus a 50% a mais sobre os valores mensais de custeio as ESB dos municípios constantes do Anexo I da Portaria nº 822/GM/MS, de 17/04/2006, e as ESB dos municípios constantes no Anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17/01/2008, que atendam às populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitando o número máximo de equipes definido também na Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008.

→ **Equipes de Saúde Bucal de Carga Horária diferenciada (20 e 30h)**

Conforme a Portaria GM/MS nº 2.539, de 26 de setembro de 2019, as equipes de Atenção Primária (EAP) são equipes de saúde compostas minimamente por médicos e enfermeiros que sejam preferencialmente especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde. Outros profissionais poderão ser agregados à equipe, tais como agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, entre outras categorias, a depender da necessidade da população e da realidade epidemiológica local.

No que se refere à Saúde Bucal, há a possibilidade de carga horária diferenciada somente para eSB Modalidade I (compostas por cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal) conforme abaixo:

→ **Modalidade I-20h:** ESB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou

→ **Modalidade I-30h:** ESB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em

uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma ESF.

Os valores de incentivo financeiro mensal para o custeio das ESB com carga horária diferenciada são:

- Modalidade I, 20h R\$ 2.007,00/mês
- Modalidade I, 30h R\$ 3.010,00/mês

Destaca-se que as equipes de Saúde Bucal devem estar vinculadas a equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária, conforme as regras estabelecidas pela [Portaria GM/MS Nº 01, de 02 de junho de 2021](#), com origem [na Portaria SAPS nº 32, de 19 de maio de 2021](#) que agrega e atualiza itens [da Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020](#). (Quadro 3)

QUADRO 3. TIPOS DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, SEGUNDO A VINCULAÇÃO

TIPO DE ESB	VINCULAÇÃO
1 eSB de 40h semanais	Apenas 1 eSF ou a 2 eAP com carga horária de 20h semanais
1 eSB carga horária diferenciada de 30h semanais	1 eAP com carga horária de 30h semanais 1 eAP com carga horária de 20h semanais
1 eSB carga horária diferenciada de 20h semanais	1 eAP com carga horária de 20h semanais
2 eSB com carga horária diferenciada de 20horas semanais	1 eSF

6. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Ouvidoria do SUS. Ouvidoria pública de saúde de Belo Horizonte, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 1.348 de 02 de junho de 2022, que dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 3.632 de 21 de dezembro de 2020, que institui a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28);

CNES/DATASUS. Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da atenção a Saúde**. Consensus. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, Ano VI, n. 20, p. 8, jul./ago./set. 2016.

FALLEIRO, L M, org. **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática** - 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística , 2020.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE E PALLIATIVE CARE. Consensus-based definition of palliative care. 2019. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

LOPES JM, OLIVEIRA MB. **Assistência domiciliar: uma proposta de organização**. Rev. Técnico Científica do Grupo Hospitalar Conceição, 11: 28-50, 1998.

MATO GROSSO. Governo do Estado. **Caderno do gestor municipal de saúde de Mato Grosso** /Cuiabá:

MATO GROSSO. LEI Nº 12.389 de 09 de janeiro de 2024, que institui a Telessaúde no âmbito do Estado de Mato Grosso;

MATO GROSSO. Portaria Nº 814/2023/GBSES que designa profissionais especialistas como teleconsultores, teleinterconsultores e telerreguladores, da Rede Estadual de Atenção à Saúde, possibilitando o acesso mais célere às especialidades médicas, quando demandadas pelos diversos níveis de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio do Programa Saúde Digital MT;

MATO GROSSO. Decreto/MT nº 766 de 04 de março de 2024. Dispõe sobre a Estrutura Organizacional da SES/MT;

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. Ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012.

MENDES EV. O modelo de atenção aos eventos agudos. Belo Horizonte, mimeo, 2014.

MENDES, E.V.; MATOS, E.A.B.; EVANGELISTA, M.J.O. **A construção social da atenção primária da saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019.

MENDES (2015), E. V. **O papel da Atenção primária à Saúde (APS) na operacionalização das redes de atenção à Saúde**. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. A atenção Primária e as redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2015.

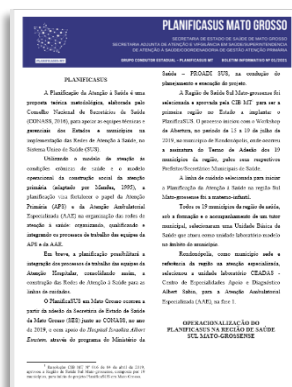
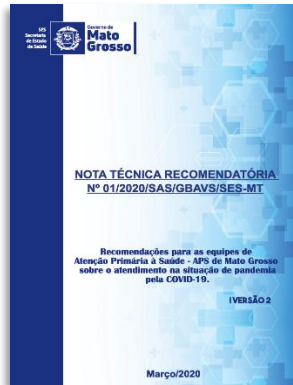
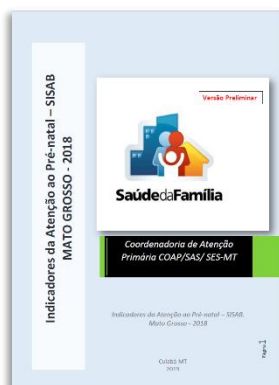
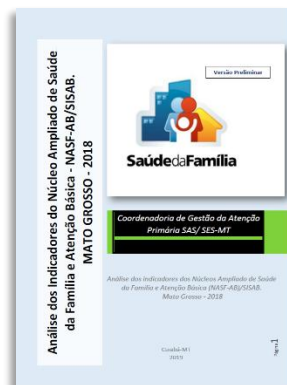
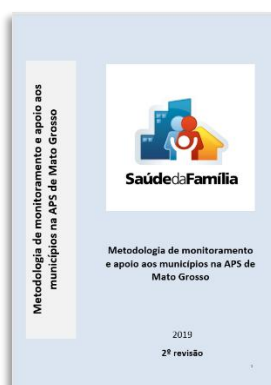
MINISTÉRIO DA SAÚDE, SBIBAE, PROADISUS. e-Planifica, 2023. **“A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde” (PlanificaSUS)**.

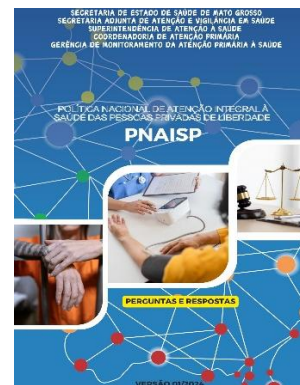
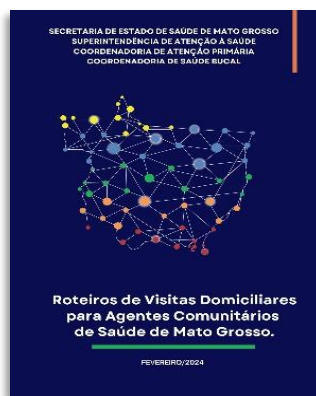
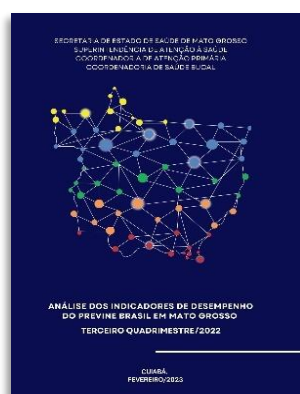
ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SES-MT. Secretaria de Estado de Saúde. **Sistema de Monitoramento da Atenção Primária – SIMAP** - Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária/Saúde da Família, acesso em 03/08/2021. Disponível em:

TELESSAÚDE URGES. **Organização da Equipe de APS.** Sugestões de atividades estratégicas. Apostila do Curso QualificaAPS.

8. Publicações





Acesso: <https://www.saude.mt.gov.br/pagina/778/publicacoes>

9. Anexos

I - Formulário SIMAP

PLANILHA MENSAL DE MONITORAMENTO DAS EQUIPES: ACSAR/ACS/ESF/ESB

PASCAR		ACS			Nº I/S	Equipes ESF/ESB									Total ESB	
Nome do Assentamento	Nº ACS Assent.	Nº Z.U	Nº Z.R	Total		Nome da UBS/ESF	Nº Aux/Tec	Nome dos Profissionais	Med	Enf	CD	ASB	TSB	Mod. I	Mod.II	

Legenda:

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Auxiliar em Saúde Bucal

CD: Cirurgião-Dentista

ESF : Equipe Saúde da Família

ESB: Equipe de Saúde Bucal

PASCAR: Programa de Agentes Comunitários de Saúde em Assentamentos Rurais

TSB : Técnico em Saúde Bucal

UBS: Unidade Básica de Saúde

Z.U: Zona Rural