

Boletim

Atenção Primária à Saúde

Mato Grosso



Saúde da Família



APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde. Atua com base nos princípios da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da corresponsabilização e da humanização.

Importante destacar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas na PNAB.

Para atender aos princípios do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Secretaria Estadual de Saúde

de Mato Grosso por intermédio da Coordenadoria de Atenção Primária (COAP)/Superintendência de Atenção à Saúde (SAS), desenvolve programas e ações definidas no Plano Estadual de Saúde (PES), considerando a diversidade das necessidades de saúde da população mato-grossense.

A produção deste Boletim tem como objetivo subsidiar os gestores e profissionais, com intuito de apropriá-los do cenário estadual de saúde na perspectiva da APS. Assim, propõe-se a elaboração anual do presente Boletim Informativo.

Nesta primeira edição será apresentada a Atenção Primária à Saúde e suas especificidades no estado de Mato Grosso.

MATO GROSSO E SUAS REGIÕES DE SAÚDE

Mato Grosso possui 3.344.544 habitantes (IBGE, 2017), distribuídos em 141 municípios, que por meio da Resolução CIB /MT nº 154 de 10 de junho de 2010 foram organizados em 16 regiões de saúde (Figura 1).

Sendo a regionalização uma diretriz do SUS que orienta o processo de

descentralização das ações e serviços de saúde, Mato Grosso foi dividido em 16 colegiados de Gestão Regionais, os Escritórios Regionais de Saúde (ERS), que têm por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nessas regiões mato-grossenses.

As 16 regiões de saúde do estado contam com apoio e suporte de Escritórios Regionais de Saúde (ERS), instâncias administrativas da SES que tem por finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas regiões mato-grossenses. Ressalta-se que cada ERS tem na sua estrutura uma referência técnica (relação de contato abaixo), responsável pelo monitoramento e apoio institucional das ações da Atenção Primária em cada região.

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO DAS 16 REGIÕES DE SAÚDE DE MATO GROSSO – 2018



FIGURA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS ERS, DIRETORIA E SEUS CONTATOS. MATO GROSSO, 2018

NÍVEL DE ADMINISTRAÇÃO REGIONALIZADA			
ERS	Diretoria	Telefone	e-mail
Água Boa	Renata Araujo Q. Fernandes	(66) 3468-1918	ersab@ses.mt.gov.br
Ita Floresta	Sonia Vanice G. Marques	(66)3521-3198	ersaf@ses.mt.gov.br
Baixada Cuiabana	Raquel Cristina O. Pedroso	(65) 3322-6646	ersbc@ses.mt.gov.br
Barra do Garças	Mirian Sanchez L. Golembouski	(66) 3401-6211	ersbg@ses.mt.gov.br
Cáceres	Francisco Marcio R. Vigo	(65) 3322-1239	erscac@ses.mt.gov.br
Colíder	Adriano Pereira dos Santos	(66) 3541-2757	erscol@ses.mt.gov.br
Diamantino	Carlos Luciani de Almeida	(65) 3336-1322	ersdto@ses.mt.gov.br
Juara	Veronice Maria Barbosa	(66) 3556-2878	ersjra@ses.mt.gov.br
Juína	Ana Paula Marques Schulz	(66) 3566-2588	ersjina@ses.mt.gov.br
Peixoto de Azevedo	Ana Campos Pedrosa (em substituição)	(66) 3575-1750	erspaz@ses.mt.gov.br
Pontes e Lacerda		(65) 3266-5849	erspl@ses.mt.gov.br
Porto Alegre do Norte	Maria Lina Ferreira Marinho	(66) 3569-1845/1136	erspan@ses.mt.gov.br
Rondonópolis	Márcia Aurélio Esser Veloso	(66) 3422-2659/8554	ersroo@ses.mt.gov.br
São Félix do Araguaia	Crisley Suzane R. Araújo	(66) 3522-1425	ersfa@ses.mt.gov.br
Sinop	Francisca Barbosa Teixeira	(66) 3531-3135	erssnp@ses.mt.gov.br
Tangará da Serra	Sonia Regina Andrade	(65) 3326-7140	erststs@ses.mt.gov.br

FIGURA 3: DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS NAS 16 REGIÕES DE SAÚDE. MATO GROSSO, 2018.

Alto Tapajós

1. Alta Floresta
2. Apiacás
3. Carlinda
4. Nova Bandeirantes
5. Nova Monte Verde

6. Paranaíta

Baixada Cuiabana

1. Cuiabá
2. Acorizal
3. Barão de Melgaço

4. Chapada dos Guimarães

5. Jangada
6. Nossa Senhora do Livramento
7. Nova Brasilândia

8. Planalto da Serra
9. Poconé
10. Santo Antônio do Leverger
11. Várzea Grande

Araguaia Xingú

1. Porto Alegre do Norte
2. Canabrava do Norte
3. Confresa
4. Santa Cruz do Xingu
5. Santa Terezinha
6. São José do Xingu
7. Vila Rica

Centro Norte

1. Diamantino
2. Alto Paraguai
3. Nobres
4. Nortelândia
5. Nova Maringá
6. Rosário Oeste
7. São José do Rio Claro

Garças Araguaia

1. Barra do Garças
2. Araguaiana
3. Campinápolis
4. General Carneiro
5. Nova Xavantina
6. Novo São Joaquim
7. Pontal do Araguaia
8. Ponte Branca
9. Ribeirãozinho
10. Torixoréu

Médio Araguaia

1. Água Boa
2. Bom Jesus do Araguaia
3. Canarana
4. Cocalinho
5. Gaúcha do Norte
6. Nova Nazaré
7. Querência
8. Ribeirão Cascalheira

Médio Norte

Mato-Grossense

1. Tangará da Serra
2. Arenópolis

3. Barra do Bugres
4. Campo Novo do Parecis
5. Denise
6. Nova Marilândia
7. Nova Olímpia
8. Porto Estrela
9. Santo Afonso
10. Sapezal

Noroeste

Mato-Grossense

1. Juína
2. Aripuanã
3. Brasnorte
4. Castanheira
5. Colniza
6. Cotriguaçu
7. Juruena

Norte Araguaia Karajá

1. São Félix do Araguaia
2. Alto Boa Vista
3. Luciara
4. Novo Santo Antônio
5. Serra Nova Dourada

Norte Mato-Grossense

1. Colíder
2. Itaúba
3. Marcelândia
4. Nova Canaã do Norte
5. Nova Guarita
6. Nova Santa Helena

Oeste Mato-Grossense

1. Cáceres
2. Araputanga
3. Curvelândia
4. Glória D'Oeste
5. Indiavaí
6. Lambari D'Oeste
7. Mirassol D'Oeste
8. Porto Esperidião
9. Reserva do Cabaçal
10. Rio Branco
11. Salto do Céu
12. São José dos Quatro Marcos

Sudoeste

Mato-grossense

1. Pontes e Lacerda
2. Campos de Júlio
3. Comodoro
4. Conquista D'Oeste
5. Figueirópolis D'Oeste
6. Jauru
7. Nova Lacerda
8. Rondolândia
9. Vale de São Domingos
10. Vila Bela da Santíssima Trindade

Sul Mato-Grossense

1. Rondonópolis
2. Alto Araguaia
3. Alto Garças
4. Alto Taquari
5. Araguinha
6. Campo Verde
7. Dom Aquino
8. Guiratinga
9. Itiquira
10. Jaciara
11. Juscimeira
12. Paranatinga
13. Pedra Preta
14. Poxoréu
15. Primavera do Leste
16. Santo Antônio do Leste
17. São José do Povo
18. São Pedro da Cipa
19. Tesouro

Teles Pires

1. Sinop
2. Cláudia
3. Feliz Natal
4. Ipiranga do Norte
5. Itanhangá
6. Lucas do Rio Verde
7. Nova Mutum
8. Nova Ubiratã
9. Santa Carmem
10. Santa Rita do Trivelato
11. Sorriso
12. Tapurah
13. União do Sul
14. Vera

Vale do Peixoto

1. Peixoto de Azevedo
2. Guarantã do Norte
3. Matupá

4. Novo Mundo
5. Terra Nova do Norte

Vale dos Arinos

1. Juara
2. Novo Horizonte do Norte
3. Porto dos Gaúchos
4. Tabaporã

CAPACIDADE INSTALADA

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos com diminuição de fator de risco, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Para tanto, segundo o CNES/DATASUS (Comp. fev/ 2018), o estado conta com uma estrutura para a Atenção Primária composta pelos seguintes estabelecimentos e dispositivos de saúde:

- 968 Unidades Básicas de Saúde (UBS);

- 713 Equipes de Saúde da família implantadas;

- 516 Equipes de Saúde Bucal: 463 Modalidade I e 53 Modalidade II;

- 02 Equipes de Consultório na Rua;

- 04 Unidades Odontológicas Móvel (UOM);

- 700 Agentes Comunitários de Saúde (ACSAR);

- 75 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica NASF- AB;

- 30 Polos de Academias da saúde em funcionamento;

- 08 Equipes de Saúde Indígena.

COBERTURA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

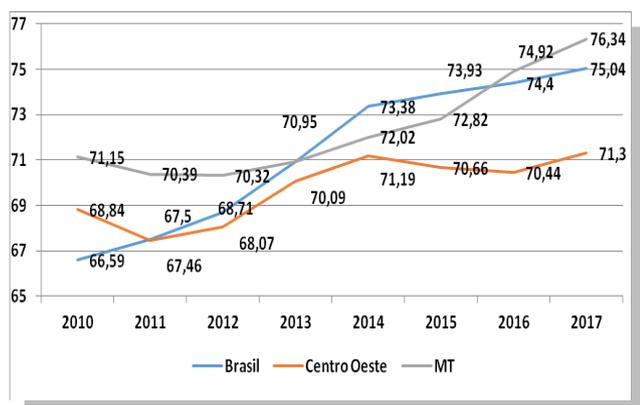
O indicador de Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica consta na Pactuação Interfederativa para o período de 2017 a 2021 e está relacionado às prioridades estaduais e nacionais em saúde. É considerado um importante indicador para o SUS, uma vez que a

Atenção Primária se constitui como coordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Este indicador mensura o acesso da população aos serviços de Atenção Primária, embora se devam considerar suas limitações, uma vez que não contempla a qualidade das práticas realizadas.

A cobertura de APS, com base na série histórica de 2010 a 2017 demonstra que, até 2012, Mato Grosso superava os parâmetros de cobertura do Brasil e da Região Centro Oeste (Figura 4).

FIGURA 4: COBERTURA DE EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, BRASIL, REGIÃO CENTRO OESTE E MATO GROSSO, 2010 A 2017



Fonte: e-Gestor. DAB/MS

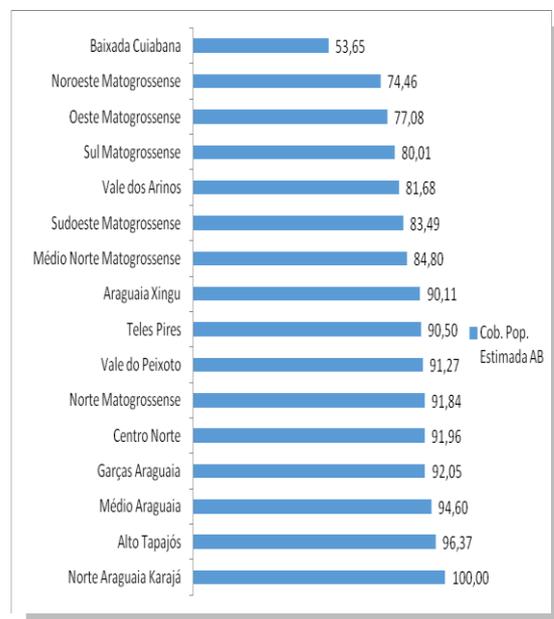
A partir de 2013, apesar do crescente aumento de cobertura nos últimos cinco anos, o estado só alcançou a média nacional em 2017. Porém, ainda há desafios a superar, especialmente no que diz respeito às iniquidades regionais quanto às diferenças de cobertura de Atenção Primária.

A figura 5 apresenta a cobertura de Atenção Primária nas Regiões de Saúde, destacando a região Norte Araguaia Karajá

com 100% da população estimada coberta com serviços de APS.

Observa-se ainda que apenas duas (12,5%) regiões de saúde não apresentaram cobertura superior à média do Estado (76,34%): a região Noroeste mato-grossense, com 74,46% e a Baixada Cuiabana, com 53,65%. Cabe ressaltar que esta última reúne a maior população do estado, inclusive a região metropolitana, que historicamente apresenta menores coberturas de APS, conforme estudos de cobertura em grandes centros urbanos.

FIGURA 5: PERCENTUAL DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA COM EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE. MATO GROSSO, DEZ/2017.

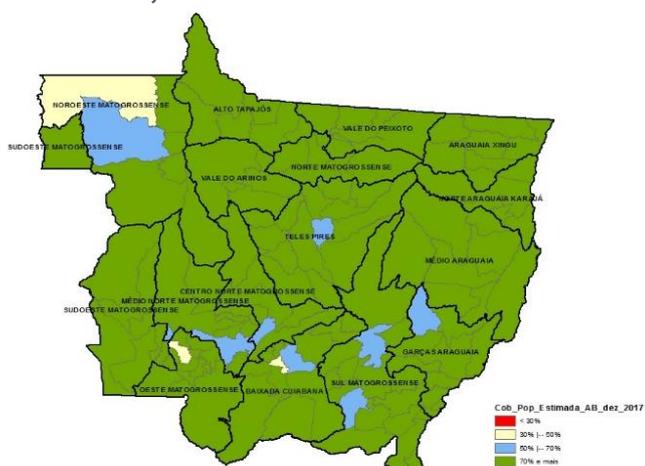


Fonte: e-Gestor. DAB/MS

O mapa abaixo apresenta a distribuição da população estimada coberta com Atenção Primária, segundo parâmetros de

70% e mais, representados por 92,2% (129) dos municípios, entre 70% até igual e maior que 50% somam 6,4% (9) dos municípios e apenas 2,1% (3) dos municípios tiveram coberturas menores que 50%. São eles: Araputanga, Várzea Grande e Colniza.

FIGURA 6: COBERTURA DE POPULAÇÃO ESTIMADA COM ATENÇÃO PRIMÁRIA, SEGUNDO MUNICÍPIOS E REGIÕES DE SAÚDE. MATO GROSSO, 2017

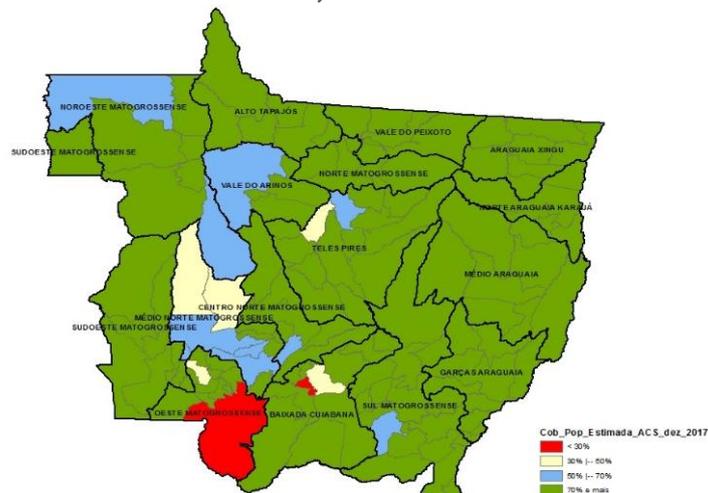


Fonte: e-Gestor. DAB/MS

Ainda utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Primária, a cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde foi alterada pela nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Desta forma, a implantação dos ACS passa a ser definida pelos gestores locais, considerando a análise de necessidades e vulnerabilidades do território. Assim, foram estendidas suas atribuições de forma a proporcionar maior resolutividade aos atendimentos realizados à população a partir de programas de qualificação.

No Brasil a população estimada coberta com ACS alcançou 61,14%, enquanto a Região Centro Oeste 57,91% e Mato Grosso 71,73%, superando todos os parâmetros nacionais.

FIGURA 7: COBERTURA DE POPULAÇÃO ESTIMADA COM ACS, SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE. MATO GROSSO, 2017



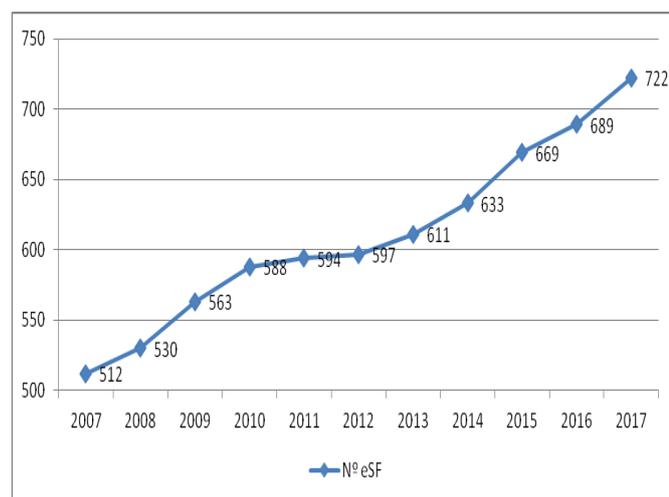
Fonte: e-Gestor. DAB/MS

A distribuição de população coberta com ACS em Mato Grosso, apresentada no mapa abaixo, demonstra os municípios onde a população coberta com ACS é igual ou superior a 70%, destacando-se as Regiões Norte Mato-Grossense e Norte Araguaia Karajá, com 100% de cobertura em todos os municípios que a compõem. Por outro lado, as quatro regiões com população coberta com ACS inferior a 70% apresentam situações singulares para cada município. São elas: Vale do Arinos (69,59%), Médio Norte Mato-Grossense (61,15%), Oeste Mato-Grossense (59,31%) e a Baixada Cuiabana com (44,18%).

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em Mato Grosso a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se em 1997 com oito equipes em seis municípios. Em 2001, as equipes somavam 289 e ao final de 2017, com 722 equipes implantadas, o programa alcançou 69,6% da população com a Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme demonstra gráfico de série histórica abaixo.

FIGURA 8: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. MATO GROSSO, 2001- 2017



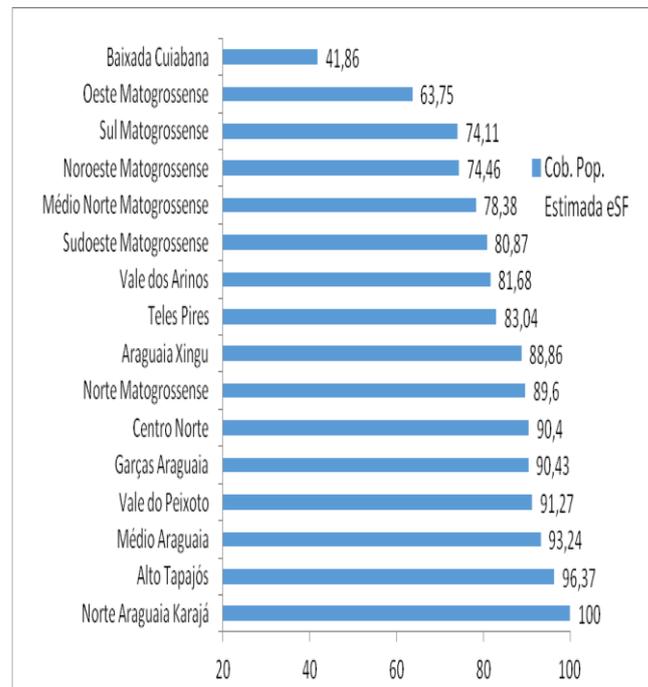
Fonte: e-Gestor. DAB/MS

Neste cenário, duas formas de organização do modelo de Atenção Primária à Saúde são observadas no estado: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), também denominadas de UBS tradicionais e UBS com modelo de Atenção em Saúde da Família, que se constituíram na principal estratégia de organização da APS no estado. Entretanto, sua consolidação configura-se hoje como o

maior desafio colocado para as instâncias gestoras do SUS-MT, ou seja, a garantia da qualidade da atenção prestada aos seus usuários.

Em relação ao percentual de cobertura das equipes de saúde da família, distribuídos por regiões de saúde no estado, em 2017 destaca-se a região Norte Araguaia Karajá com 100% da população coberta com a ESF. Duas regiões não atingiram a média estadual, são elas: Oeste Mato-Grossense (63,75%) e Baixada Cuiabana (41,86%).

FIGURA 9: PERCENTUAL DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. REGIÕES DE SAÚDE, MT, 2017



Fonte: e-Gestor. DAB/MS

Enquanto a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) buscava estabelecer diretrizes para ambas as

formas de organização, possibilitando aos gestores municipais a condução dos processos organizacionais e assistenciais dos serviços de APS no estado, o MS aprovou a nova PNAB. Esta, propondo mudanças organizacionais de acordo com características e necessidades locais (compostas minimamente por médicos,

enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem), busca adequar suas diretrizes às diferentes realidades de hoje, enquanto mantém a Estratégia Saúde da Família, ainda, como modelo prioritário da APS, o que torna sua consolidação, para os estados e municípios, ainda, mais desafiadora.

NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram criados em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e a qualificação das ações.

Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplie e qualifique as intervenções no

território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

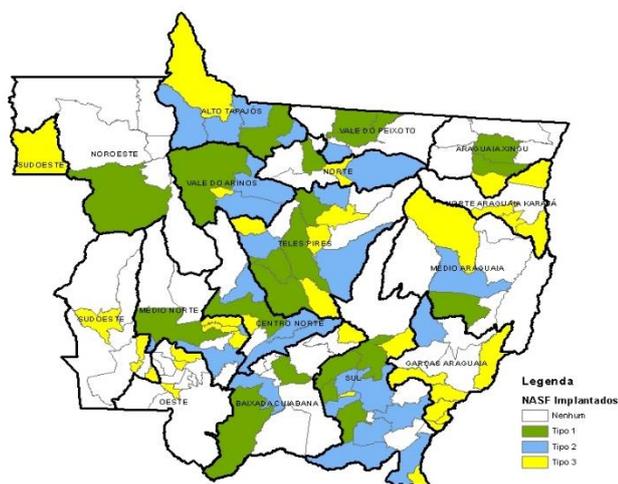
FIGURA 10: EQUIPES DE NASF- AB SEGUNDO O TIPO, NÚMERO DE MUNICÍPIOS E A SITUAÇÃO DE CREDENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO. MATO GROSSO, 2017

NASF- AB	Tipo	Nº de Municípios	Credenciado	Implantado
	I	21	26	25
II	22	25	22	
III	35	37	35	
Total	78	88	82	

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade para qualquer município do Brasil realizar a implantação de equipes

NASF-AB, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

FIGURA 11: DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE NASF- AB, SEGUNDO MUNICÍPIOS E REGIÕES DE SAÚDE. MATO GROSSO, 2018



Fonte: DW/CNES-Datasus

Atualmente, existem 88 equipes de NASF- AB credenciadas em Mato Grosso, das quais 82 estão implantadas em 78 municípios mato-grossenses. Das equipes implantadas, 25 são modalidade de NASF- AB 1, 22 são modalidade NASF- AB 2 e 35 equipes de modalidade NASF- AB 3.

FIGURA 12: NÚMERO E PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM AS EQUIPES DE NASF- AB, SEGUNDO CATEGORIAS PROFISSIONAIS. MATO GROSSO, 2017

Categorias	nº	%
Psicólogo	31	17,32
Nutricionista	28	15,64
Fisioterapeuta	25	13,97
Assistente social	24	13,41
Farmacêutico	15	8,38
Fonoaudiólogo	11	6,15
Profissional de educação física na saúde	11	6,15
Outras categorias	34	18,99
Total Geral	179	100

Fonte: DW/CNES-Datasus

Atuam nessas equipes 179 profissionais, sendo que as categorias profissionais que mais aparecem na composição dos NASF- AB são: Psicólogo, Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Farmacêutico Fonoaudiólogo e Educador Físico.

SAÚDE BUCAL

A resolução de uma dívida social de grande amplitude fez com que a saúde bucal integrasse ao campo da saúde coletiva.

Este momento teve como principal objetivo a incorporação de toda população

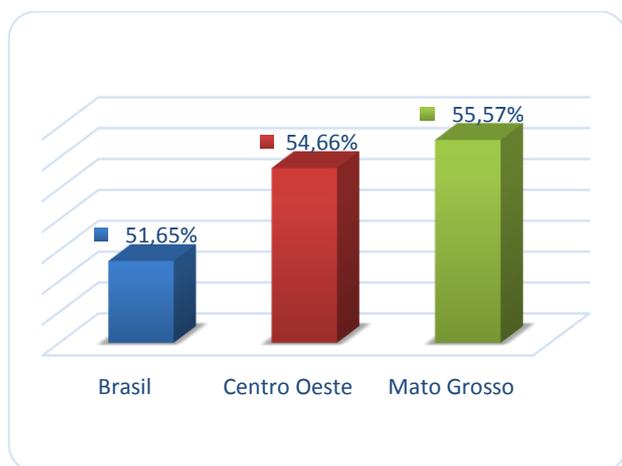
dentro do espectro das ações e serviços em saúde bucal.

Isto implicou na reformulação de processos que interferem diretamente na melhoria do acesso, na prática alternativa

de agendamento e na ampliação da oferta de serviços.

Neste contexto, em Mato Grosso, a estratégia SF foi a grande motivadora para o aumento da cobertura destes serviços à população em geral.

FIGURA 13: COBERTURA DE EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL, BRASIL, REGIÃO CENTRO OESTE E MT, 2017



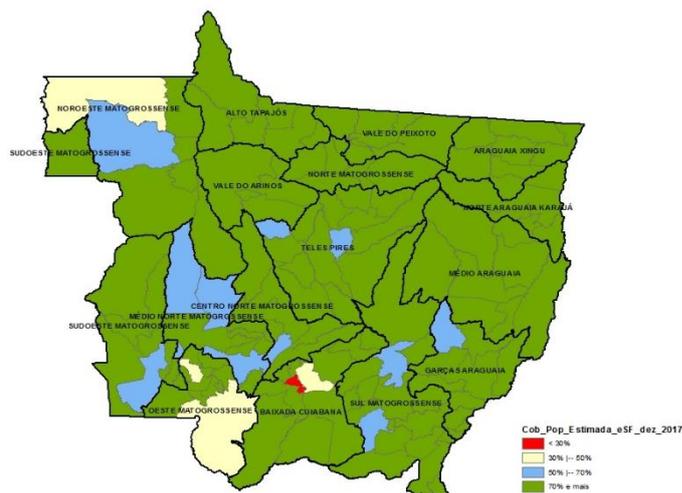
Fonte: e-Gestor, relatório público, histórico de cobertura, 2017.

O estado de Mato Grosso apresenta uma cobertura de equipes de saúde bucal na Atenção Básica (55,57%) maior quando comparada aos percentuais nacional (51,65%) e regional (54,66%). Porém, o resultado deste indicador não é considerado o ideal e demonstra a necessidade de implementar esforços no sentido de ampliação às ações e serviços em saúde bucal destinadas a nossa população.

Dentre as 16 regiões de saúde em Mato Grosso, as que apresentam menores coberturas são as da Baixada Cuiabana (20,39%), Noroeste Mato-Grossense

(42,30%) e Médio Norte Mato-Grossense (47,99%). Ao contrário, as regiões de saúde de Norte Araguaia Karajá (96,36%), Centro Norte (92,12%) e Garças Araguaia (91,38%) são as que apresentam maior cobertura, sobressaindo-se amplamente quando comparadas com o indicador estadual.

FIGURA 14: COBERTURA DE POPULAÇÃO ESTIMADA COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SEGUNDO REGIÕES DE SAÚDE. MATO GROSSO, 2017.



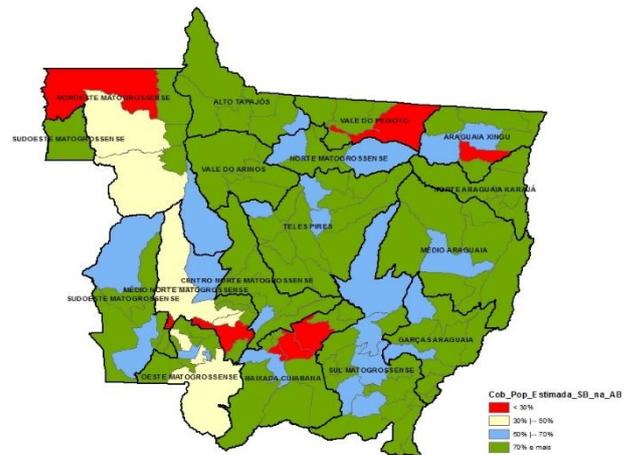
Fonte: e-Gestor, relatório público, histórico de cobertura, 2017.

Com o percentual de 48,86% para cobertura dos serviços de saúde bucal na Atenção Básica no estado de Mato Grosso, a referência na organização destes serviços por meio da estratégia de Saúde da Família se mostra bem evidente.

Quando comparamos as regiões no estado por meio dos indicadores aqui apresentados nota-se bem tal constatação. Com coberturas populacionais inferiores a

50%, as regionais da Baixada Cuiabana (12,82%), Médio Norte (39,80%), Oeste (40,50%) e Noroeste Mato-Grossense (41,48%) são as que apresentam os menores percentuais de cobertura dos serviços de saúde bucal prestados à população pela estratégia de Saúde da Família. Já as regionais do Norte Araguaia Karajá (96,06%), Garças Araguaia (88,48%), Centro Norte (87,73%) e Médio Araguaia (84,93%) são as que apresentam as maiores coberturas, evidenciando desta forma a íntima relação com o modelo proposto para a organização dos serviços na Atenção Básica em nosso estado.

Figura 15: Cobertura de população estimada com Saúde Bucal na SF, segundo Regiões de Saúde. Mato Grosso, 2017



Fonte: e-Gestor, relatório público, histórico de cobertura, 2017.

TELESSAÚDE

O Telessaúde representa a oportunidade de integrar tecnologia, comunicação e, principalmente, pessoas, mediados por ferramentas de Educação Permanente.

O Primeiro projeto para implantação do Telessaúde em Mato Grosso foi elaborado no ano de 2009, abrangendo 100 pontos iniciais. Em dezembro de 2011 foi celebrado Convênio entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde, para custeio do Telessaúde. Em 2012 foram elaborados dois Projetos para o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, um Projeto estadual e um Projeto

Intermunicipal. Os dois projetos foram aprovados, mas posteriormente o Ministério da Saúde revogou a aprovação do Núcleo Intermunicipal. Em julho de 2013, foi assinado Termo de Compromisso entre a SES e o Telessaúde RS, com o objetivo de promover a adoção do Telessaúde MT pelo Telessaúde RS para a realização de teleconsultorias.

Em dezembro de 2014 foi assinado Contrato entre a SES-MT e a Fundação Uniselva para custeio do Núcleo Técnico Científico Telessaúde Mato Grosso com execução pelo Hospital Universitário Júlio

Müller e início de suas atividades a partir de janeiro de 2015.

O Núcleo Telessaúde MT (NTC-MT) oferece apoio às redes de cuidado, qualificando a Atenção Primária à Saúde a partir de atividades de Educação Permanente em Saúde e de apoio assistencial que fortalecem a integração entre os serviços de saúde e ampliam sua resolutividade.

Está instituído no Hospital Universitário Julio Muller, com sua sede na Gerência de Ensino e Pesquisa/Unidade e-Saúde. Há um Termo de Cooperação Técnica celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES) e o Hospital Universitário Julio Muller (HUJM).

A manutenção do Núcleo Telessaúde MT é feita por meio de um Convênio assinado entre a SES e o Ministério da Saúde, que é operacionalizado pelo

contrato celebrado entre a SES e a Fundação Uniselva, com execução pelo HUJM.

A Unidade de tele-educação do Núcleo Telessaúde MT está estruturada no mesmo prédio onde são realizadas atividades da Superintendência de Vigilância em Saúde da SES, na Avenida Adauto Botelho, no Coxipó. A Unidade de campo do Núcleo Telessaúde MT está estruturada no município de Sorriso, em local cedido pela Secretaria Municipal de Saúde.

A equipe do Núcleo Telessaúde é formada por profissionais do HUJM, da SES e por profissionais contratados pela Uniselva que desenvolvem serviços de teleconsultoria, tele-educação, telediagnóstico (tele-Eletrocardiograma – Tele-ECG, tele-estomatologia) e segunda opinião formativa.

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ AB tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde, mediante um

processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa. (BRASIL, 2012).

O Programa consiste de um instrumento que possibilita produzir informações para localizar problemas sanitários, planejar as ações e tomar decisões, sendo que a qualidade e a

confiabilidade dos seus dados são condições necessárias para que possibilitem o monitoramento e avaliação acerca das condições de funcionamento, suas necessidades e potencialidades. Além disso, o programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. O Estado de Mato participou do 1º ciclo (2011-2012) com adesão de 228 equipes (38,51 %) ESF com SB, sendo classificado na certificação como “acima da média” (55,26%). No 2º ciclo (2013-2014), com adesão de 527 ESF (87,83%); 364 equipes de saúde bucal (84,45%); 20 equipes de NASF- AB; e 7 equipes CEO, o

estado foi classificado como “mediano ou abaixo da média” (64,3%). Em 2015, o programa iniciou seu 3º ciclo e atualmente no estado ocorre a 2ª fase desse ciclo, ou seja, a certificação das equipes. As equipes de AB homologadas que aderiram ao programa somam 705, sendo: 645 ESF/EB, 470 equipes de AB com SB, 175 equipes de AB sem SB e 60 equipes de NASF- AB. Destas, 650 (92,2%) equipes fizeram a autoavaliação, respondendo ao AMAQ *on line* e 558 (79,2%) equipes submeteram a matriz de intervenção. Além disso, estão participando deste ciclo as 11 equipes de CEO existentes no estado. (Fonte: Nota Técnica DAB/MS).

ACADEMIA DA SAÚDE

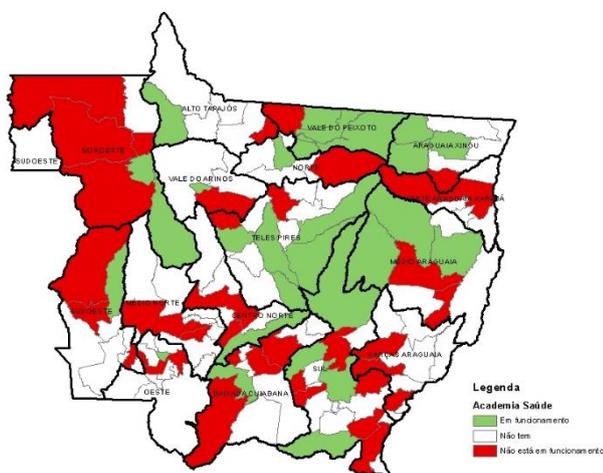
O programa Academia da Saúde, lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e

ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica e a vigilância em saúde.

Em Mato Grosso, das 77 propostas do Programa Academia da Saúde habilitadas para construção dos polos, 4 foram canceladas, restando 73 propostas em 62 municípios. Posteriormente foram habilitados mais 7 polos similares ao Programa academia da Saúde em 3

municípios, totalizando 82 polos habilitados em 65 municípios.

FIGURA 16: DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS COM ACADEMIAS DE SAÚDE. MATO GROSSO, 2018



Quanto à implantação do programa, 43 obras foram concluídas, 3 ainda estão em fase preparatória e 27 em fase de execução e conclusão. Entre polos

construídos e similares a Academia da Saúde conta, atualmente, com 30 polos em funcionamento. Segundo Academia da Saúde conta, atualmente, com 30 polos em funcionamento. Segundo monitoramento do Ministério da Saúde (2017) o principal motivo para o não funcionamento das academias foi a falta de recursos humanos e equipamentos.

FIGURA 17: SITUAÇÃO DE CONSTRUÇÃO DE POLOS DE ACADEMIA DA SAÚDE, SEGUNDO NÚMERO DE PROPOSTAS. MATO GROSSO, 2011 A 2017.

Situação de Construção Polos Academia da Saúde	Número de propostas
Propostas descadastrada/cancelada	4
Em ação preparatória	3
Em execução e conclusão	17
Obra concluída	43
Total	77

Fonte: DAB/MS

PROGRAMA MAIS MÉDICOS

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído com a finalidade de promover a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de fixar médicos em regiões com escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Desta forma, o programa busca resolver a

questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS.

O Projeto Mais Médicos, um dos três eixos pilares do Programa e que se configura na estratégia de contratação emergencial de médicos, propiciou a muitos municípios mato-grossenses com dificuldades de manter o médico, contar com a presença desse profissional de

forma contínua, o que colaborou na melhoria do acesso e da qualidade da APS.

Integram o Projeto Mais Médicos para o Brasil:

I - o médico participante, que será submetido ao aperfeiçoamento profissional supervisionado;

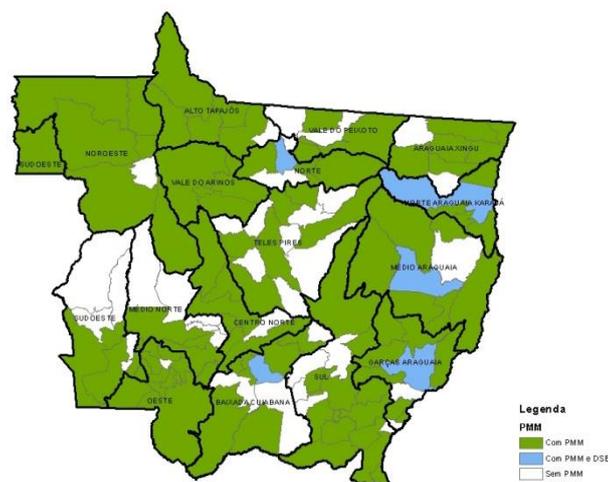
II - o supervisor, profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico; e

III - o tutor acadêmico, docente médico que responsável pela orientação acadêmica. Mato Grosso conta atualmente com 247 médicos do Projeto distribuídos em 103 (73%) municípios e nos 5 (100%) Distritos Sanitários Indígenas – DSEI (Fonte: SGP 21/07/2017).

Nem todos os municípios estão contemplados, pois desde o início do Projeto Mais Médicos (PMM) para o Brasil, em 2013, foram lançados vários editais e apenas o primeiro foi aberto para livre adesão a qualquer município. Os demais editais foram para municípios definidos como prioritários a partir de indicadores sociais determinados pelo Ministério da Saúde e para os que não tiveram suas vagas preenchidas e/ou reposição de profissionais que por alguma razão deixaram o Projeto.

As Comissões de Coordenação Estadual (CCE) do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) constituem instâncias de coordenação, orientação e execução das atividades necessárias à execução do projeto. Em Mato Grosso é composta por representantes das seguintes instituições: SES; COSEMS; UFMT; MS; OPAS, DSEI e MEC e Coordenada pela representante da SES, Coordenadora da Atenção Primária. São realizadas reuniões mensais e decididas no colegiado todas as questões polêmicas e/ou as que necessitam deliberação, como notificações a médicos ou municípios que descumpram as regras do projeto, chegada e acolhimento de médicos, visitas técnicas para apoio e monitoramento, eventos de educação permanente, entre outras.

FIGURA 18: MUNICÍPIOS E DSEI CONTEMPLADOS COM O PROGRAMA MAIS MÉDICOS. MATO GROSSO, 2018



CONSULTÓRIO NA RUA

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e 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. Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral a saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente

complexos, implicando assim os atores locais neste cuidado. Em Mato Grosso, apenas 2 municípios implantaram equipes do programa Consultório na Rua, sendo Cuiabá com uma equipe da modalidade III e Várzea Grande com uma equipe da modalidade II.

FIGURA 19: SITUAÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIOS NA RUA, SEGUNDO MODALIDADE CREDENCIADO E IMPLANTADO. MATO GROSSO, 2018

Município	Credenciado	Implantado	Modalidade
Cuiabá	1	1	III
Várzea Grande	1	1	II

Fonte: CNES/Datasus

E-SUS ATENÇÃO BÁSICA

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão e operacionalizar o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

FIGURA 20: NÚMERO DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS PARA A IMPLANTAÇÃO DO E-SUS AB, SEGUNDO O ANO DE EXECUÇÃO E A INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL. MATO GROSSO, 2013 A 2017

Ano	Profissionais capacitados	Execução
2013	149	SES/DATASUS
2014	373	SES/DATASUS
2015	187	SES
2016	115	SES
2017	22	SES

Fonte: COAP/SAS/SE

A implantação do e-SUS AB pelos gestores municipais e equipes de saúde representa um importante avanço na qualificação e uso da informação registrada

durante as ações de saúde, facilitando, dessa forma, o processo de coordenação do cuidado pelas equipes de APS. Desde outubro de 2013 foram realizadas em Mato

Grosso diversas oficinas e atividades relacionadas a implantação do e-SUS AB, de forma centralizada e regionalizada.

REQUALIFICA UBS

O programa Requalifica UBS foi criado em 2011 pelo Ministério da Saúde, para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica. Por meio do programa, o MS estimula a melhoria da estrutura física das unidades básicas de saúde, oferecendo incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

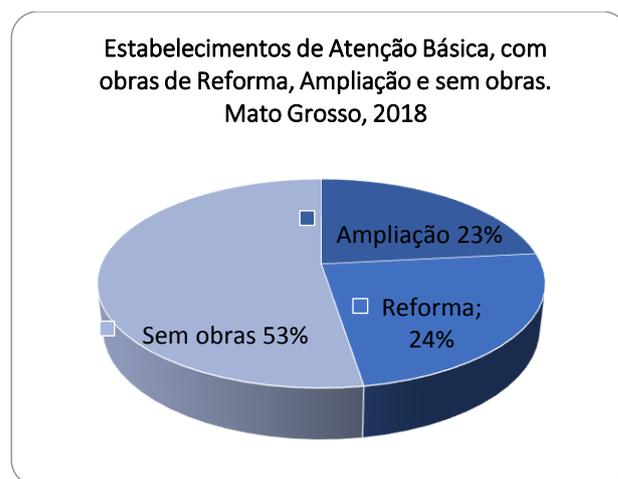
FIGURA 21: SITUAÇÃO DAS OBRAS SEGUNDO COMPONENTE DE AMPLIAÇÃO, CONSTRUÇÃO E REFORMA. MATO GROSSO, DEZEMBRO DE 2017

Situação	Ampl.	Const.	Refor.	Total
Não especificada	1	1	2	4
Em ação preparatória	20	26	31	77
Em cancelamento	2	8	-	10
Em execução e conclusão	28	74	16	118
Em funcionamento	-	103	-	103
Obra cancelada	35	8	18	61
Obra concluída	177	67	186	430
Obra paralisada	1	8	-	9
Total	264	295	253	812

Fonte: CNES, COAP/SAS/SES

Segundo o relatório de monitoramento, em Mato Grosso foram pleiteadas 812 propostas para o programa requalifica UBS, sendo 264 para o componente de ampliação, 295 do componente de construção e 253 para o componente de reforma. Os pleitos foram solicitados por 138 municípios do estado, sendo que 97 municípios solicitaram ampliação (264), 107 construção (295) e 88 reforma (253).

FIGURA 22: ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, COM OBRAS DE REFORMA, AMPLIAÇÃO E SEM OBRAS. MATO GROSSO, 2018



Fonte: DAB/MS

Considerando o número de estabelecimentos da Atenção Básica existentes em Mato Grosso e cadastradas

no CNES, atualmente o estado dispõem de 967 unidades entre postos de saúde, centros de saúde e demais unidades básicas de saúde. Destas, 47,78% (462) foram contemplados com algum tipo de obra de reforma, ampliação ou ambas (excluindo as obras canceladas e em cancelamento), sendo 23,47% (227) do componente Ampliação e 24,30% (235) do componente Reforma. Ao considerar o componente Construção, as novas

propostas (279), exceto as propostas de obras canceladas e em cancelamento, somadas aos estabelecimentos existentes, poderão atingir o total de 246. Isso contribui para melhores padrões de qualidade, facilitando o processo de trabalho e as práticas das equipes de Atenção Básica. Além disso, vale ressaltar que o investimento na infraestrutura da saúde reflete no fortalecimento das ações e serviços de saúde da Atenção Primária no Estado.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), denominadas pela Organização Mundial de Saúde como Medicinas Tradicionais e/ou Complementares, foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006.

A política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia e constitui

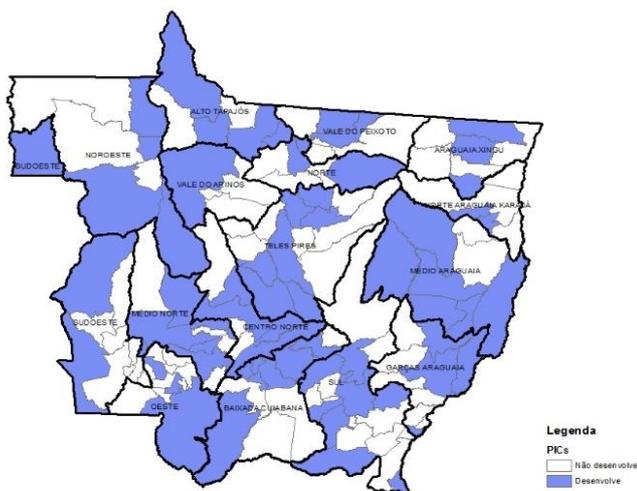
observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia.

Em 2017 foram inseridas a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala e terapia comunitária integrativa (Portaria 849 de 27/03/2017). E mais recentemente foram inclusas a apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, ozonioterapia e terapia de florais.

As práticas integrativas e complementares trazem, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, o

incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso às práticas de cuidado que tem em sua essência outro olhar sobre o indivíduo e sobre o processo saúde-doença.

FIGURA 23: DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS QUE DESENVOLVEM ALGUM TIPO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES. MATO GROSSO, 2018.



Fonte: DAB/MS

Mato Grosso possui 67 (47,52%) municípios desenvolvendo algum tipo de ações de PICs e 74 (52,48%) não as desenvolvem. O SISAB registra 144 unidades de saúde realizando algum atendimento individual e 74 unidades realizando algum atendimento coletivo. Já o CNES, este, registra apenas 11 unidades de atenção básica realizando as PICs, enquanto registra 20 unidades de Média e

Alta complexidade, desenvolvendo tais atividades.

FIGURA 24: COMPARATIVO DE INFORMAÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, SEGUNDO SISAB E CNES. MATO GROSSO, 2018

Fonte	Atividades	Nº
Informações do SISAB	Nº de UBS que fizeram algum atendimento individual em PICS registrado no SISAB	144
	Nº de UBS que fizeram algum atendimento Coletivo em PICS registrado no SISAB	74
Informações do CNES	Nº de UBS com serviço de PICS registradas no CNES (CNES--_AB_dez/2016)	11
	Nº de estabelecimentos de MAC com serviços de PICS registradas no CNES (MAC/dez/2016)	20

Fonte: DAB/MS

Vale ressaltar, que para o PMAQ, as PIC são consideradas “Padrões Gerais” de qualidade que compõem a matriz de pontuação para a certificação das equipes.

Na certificação a equipe que se adéqua a esses padrões ganha pontos se realiza a ação. Entre as ações registradas, as mais desenvolvidas são: 88 unidades desenvolvem práticas corporais/atividade física, 16 ofertam acupuntura, 1 fitoterapia, 3 outras técnicas em medicina tradicional chinesa, 1 homeopatia, 1 termalismo social crenoterapia e 1 oferta medicina antroposófica.

COFINANCIAMENTO DA APS

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso destina recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da atenção primária nos municípios desde o ano de 2.001, quando foi instituída a primeira versão dos Programas de repasse de recursos financeiros para a APS.

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 para 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 básica, o qual é constituído por três componentes: Saúde da Família, Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais.

A figura apresenta a evolução de implantação das equipes de APS (SF, SB e ACSAR) e dos recursos financeiros, numa série histórica de 2001 a 2017, onde os recursos destinados a APS totalizam R\$ 544.047.139,16 (Quinhentos e quarenta e quatro milhões, quarenta e sete mil, cento e

trinta e nove reais e dezesseis centavos) ao longo do período.

FIGURA 25: NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SAÚDE BUCAL E AGENTES COMUNITÁRIOS EM ASSENTAMENTOS RURAIS, SEGUNDO VALOR DE INCENTIVOS. MATO GROSSO, 2001-2017

ANO	Nº ESF EXIST.	Nº ESB EXIST.	Nº ACSR EXIST.	TOTAL
2001	298	82	307	3.686.600,00
2002	310	119	326	9.271.200,00
2003	370	159	384	16.621.400,00
2004	413	187	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
TOTAL				544.047.139,16

Fonte: COAP/SAS/SES

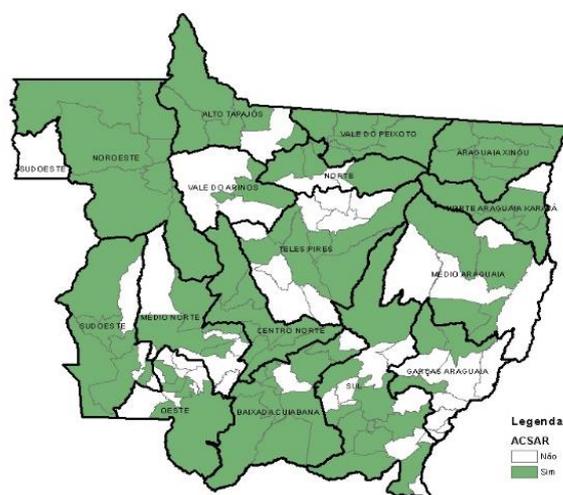
De acordo com suas responsabilidades a Secretaria de Estado de Saúde destina recursos financeiros para compor o financiamento tripartite e presta apoio institucional com objetivo de **apoiar a gestão e qualificar as ações da** Atenção Primária, conforme o estabelecido pela PNAB, apesar da dificuldade em se manter a regularidade do repasse.

Atualmente, o componente “Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais” (ACSR) 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. 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 (ACSR) 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.

Hoje, 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 quais poderão ser atualizados através de portaria específica publicada pela SES-MT. 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.

FIGURA 26: DISTRIBUIÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM ASSENTAMENTOS RURAIS (ACSR), SEGUNDO AS REGIÕES DE SAÚDE E MUNICÍPIOS. MATO GROSSO, 2018



Fonte: COAP/SAS/SES

De acordo com a Portaria, a secretaria de estado de saúde habilitou 1.344 agentes comunitários de saúde em 377 assentamentos rurais que estão distribuídos em 110 municípios do estado

aptos a receber recursos do Programa. No entanto, até dezembro de 2017, apenas 43,4% (583) ACSR haviam sido implantados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário da Atenção Primária à Saúde em Mato Grosso, embora apresente dificuldades, demonstra o grande esforço da gestão estadual pelo seu fortalecimento, na medida em que busca garantir o repasse dos incentivos financeiros às equipes de SF, SB e ACSAR para os municípios; bem como ofertar condições para que as equipes técnicas do nível central e regional desenvolvam ações de apoio institucional e cooperação técnica.

Tais esforços corroboram para um Estado com coberturas populacionais de equipes de atenção primária (incluindo as ESF), acima da média nacional.

Destacam-se ainda os esforços na implementação de diversos programas, como o Programa Mais Médico, que ampliou o acesso da população em regiões onde anteriormente não havia médicos; o Telessaúde Mato Grosso, que tem se destacado como importante ferramenta no processo de educação permanente, ampliando cada vez mais a sua utilização e

capacidade resolutiva de problemas enfrentados pelos profissionais de saúde no nível local; além de programas como o e-SUS-AB e o PMAQ, entre outros, que buscam favorecer a melhoria dos processos de trabalho das equipes e conseqüentemente a qualidade da atenção.

Apesar dos esforços, a análise da situação epidemiológica de morbidade e mortalidade demonstra a dificuldade da APS em dar respostas efetivas e em tempo oportuno as necessidades de saúde da população.

Para modificar esse cenário apontamos a urgente necessidade da transformação do modelo de atenção à saúde com a reorientação das práticas, mudanças nos micro e macro processos de trabalho da APS, desencadeamento de processos político-gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nos âmbitos das práticas de saúde promocionais, preventivas, assistenciais ou reabilitadoras, além da articulação da

atenção primária com os demais níveis de atenção. No entanto, para implantar ações robustas com vista às transformações necessárias para a reorganização do modelo de atenção, qualificação e fortalecimento da atenção primária, é imprescindível a adoção de ações complexas e coordenadas, das gestões estadual e municipal.

Nesse sentido, a cooperação técnica

estabelecida entre a SES/MT e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), pode responder a demanda de transformação que se almeja, ao propor disponibilizar a todos os municípios processos coordenados de planificação da Atenção à Saúde de Mato Grosso, cuja previsão de início foi estabelecida para 2019.

EQUIPE TÉCNICA

Secretaria de Estado de Saúde
Luiz Soares

Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde
Maria José Vieira da Silva

Superintendência de Atenção à Saúde
Elaine Morita Pereira de Souza

Coordenadora de Atenção Primária (COAP):
Regina Paula de Oliveira Amorim Costa

Gerência de Planejamento e Monitoramento da Atenção Primária:
Alessandra Stefan Pottratz

Equipe Técnica:
Claci Bortolanza
Cristhiane Cândido Duarte
Glaucie Pinheiro Cavalcante
Inês de Cássia Franco Pedrosa
Jane da Silva
Susilei Lourenço dos Santos
Valéria da Costa Marques Vuolo
coatba@ses.mt.gov.br

Fone: (65)3613-5338

Coordenadora de Saúde Bucal (COSABU)
Kely Regina de Almeida Fonseca Metello

Equipe Técnica:
Niciane Okumura
Pablo Berticelli
Rose Maria Peralta Guilherme
saudebucal@ses.mt.gov.br
Fone: (65)3613-5406

Colaborador da Superintendência de Atenção à Saúde (SAS):
Alyrio Metello Filho

Mapas:
Alexandre Marchezoni Mingarelli

Capa:
Oberdan Ferreira Coutinho Lira