



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Secretaria de Relações Institucionais
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares
Gabinete/Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

OFÍCIO Nº 396/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR

Brasília, na data da assinatura.

A Sua Excelência o Senhor
Deputado Federal **LUCIANO BIVAR**
Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados
Câmara dos Deputados - Praça dos Três Poderes
CEP 70160-900 - Brasília DF

Assunto: Proposta de Indicações Parlamentares / Encaminha resposta.

Senhor Primeiro-Secretário,

- Cumprimentando-o cordialmente, dirijo-me a Vossa Excelência, em nome do Sr. Ministro de Estado da Secretaria de Relações Institucionais, para reportar-me ao Ofício 1ªSEC/I/E/Nº 22/2023 (4035646), por meio do qual essa Primeira Secretaria encaminha relação de Indicações apresentadas pelos nobres Parlamentares dessa egrégia Casa de Leis.
- A este respeito, faço menção às Indicações abaixo relacionadas e às respectivas manifestações dos ministérios:

Proposição	Autor	Órgão	Documentos
Indicação Parlamentar nº 71/2023	Deputado Federal Duarte Júnior	Ministério do Planejamento e Orçamento	Ofício SEI Nº 3627/2023/MPO (4499729)
Indicação Parlamentar nº 155/2023	Deputado Federal Thiago de Joaldo	Ministério do Planejamento e Orçamento	Ofício SEI Nº 3629/2023/MPO (4405104)
Indicação Parlamentar nº 95/2023	Deputado Federal Marcos Tavares	Ministério da Educação	Ofício Nº 2909/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4509994)
Indicação Parlamentar nº 91/2023	Deputado Federal Marcos Tavares	Ministério da Educação	Ofício Nº 2912/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4510047)
Indicação Parlamentar nº 85/2023	Deputado Federal Marcos Tavares	Ministério da Educação	Ofício Nº 2921/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4510092)

Indicação Parlamentar nº 198/2023	Deputado Federal Zé Neto	Ministério da Educação	Ofício Nº 2922/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4510124)
Indicação Parlamentar nº 112/2023	Deputado Federal Rafael Brito	Ministério da Educação	Ofício Nº 2923/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4510160)
Indicação Parlamentar nº 54/2023	Deputada Federal Maria Rosas	Ministério da Educação	Ofício Nº 2936/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4511111)
Indicação Parlamentar nº 88/2023	Deputado Federal Rafael Brito	Ministério da Educação	Ofício Nº 2972/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4513039)
Indicação Parlamentar nº 51/2023	Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Educação	Ofício Nº 2935/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4513086)
Indicação Parlamentar nº 20/2023	Deputado Federal Kim Kataguirí	Ministério da Educação	Ofício Nº 2978/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4513227)
Indicação Parlamentar nº 37/2023	Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Educação	Ofício Nº 2980/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4513352)
Indicação Parlamentar nº 130/2023	Deputado Federal Tião Medeiros	Ministério da Saúde	Ofício Nº 1145/2023/ASPAR/MS (4530785) Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4530787) Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4530788)
Indicação Parlamentar nº 79/2023	Deputado Federal André Fufuca	Ministério da Saúde	Ofício Nº 1248/2023/ASPAR/MS (4530928) Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4530931)
Indicação Parlamentar nº 87/2023	Deputado Federal Marcos Tavares	Ministério da Saúde	Ofício Nº 1242/2023/ASPAR/MS (4531515) Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4531516) Livro Cartilha de Propostas MS (4531517)
Indicação Parlamentar nº 122/2023	Deputado Federal Ricardo Ayres	Ministério da Saúde	Ofício Nº 1195/2023/ASPAR/MS (4531670) Nota Técnica nº 67/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS (4531672)
Indicação Parlamentar nº 58/2023	Deputado Federal Murillo Gouvea	Ministério da Saúde	Ofício Nº 1225/2023/ASPAR/MS (4531704) Parecer Técnico Nº 289/2023-CGSPD/DAET/SAES/MS (4531705)
Indicação Parlamentar nº 86/2023	Deputado Federal Marcos Tavares	Ministério da Saúde	Ofício Nº 1243/2023/ASPAR/MS (4531753) Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4531754)
Indicação Parlamentar nº	Deputado Federal Leo Prates	Ministério da Saúde	Ofício Nº 1226/2023/ASPAR/MS (4531849)

23/2023			<p>Nota Técnica Nº 19/2023-.DATHI/SVSA/MS (4531850) Despacho SVSA/COEX/SVSA/MS (4532720) Relatório da Reunião Internacional (4533373) Plano de Contingência (4533374) Diretrizes para a Organização dos Serviços (4533375) Dengue - diagnóstico e manejo clínico (4533376) Manual de Vigilância Sentinela (4533378) Chikungunya - manejo clínico 1 (4533379) Chikungunya - manejo clínico 2 (4533381)</p>
Indicação Parlamentar nº 27/2023	Deputado Federal Leo Prates	Ministério da Saúde	<p>Ofício Nº 1186/2023/ASPAR/MS (4532218) Nota SVS (4532219)</p>
Indicação Parlamentar nº 44/2023	Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Educação	<p>Ofício Nº 3142/2023/ASPAR/GM/GM- MEC (4534051)</p>
Indicação Parlamentar nº 113/2023	Deputado Federal Felipe Carreras	Ministério da Educação	<p>Ofício Nº 3143/2023/ASPAR/GM/GM- MEC (4534154)</p>

3. Na oportunidade, renovo votos de distinta consideração e apreço.

Respeitosamente,

VALMIR PRASCIDELLI

Secretário Especial de Assuntos Parlamentares

Anexos:

Ofício 1ªSEC/I/E/Nº 22/2023 (4035646)
 Ofício SEI Nº 3627/2023/MPO (4499729)
 Ofício SEI Nº 3629/2023/MPO (4405104)
 Ofício Nº 2909/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4509994)
 Ofício Nº 2912/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4510047)
 Ofício Nº 2921/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4510092)
 Ofício Nº 2922/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4510124)
 Ofício Nº 2923/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4510160)
 Ofício Nº 2936/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4511111)
 Ofício Nº 2972/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4513039)
 Ofício Nº 2935/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4513086)
 Ofício Nº 2978/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4513227)
 Ofício Nº 2980/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4513352)
 Ofício Nº 1145/2023/ASPAR/MS (4530785)

Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4530787)
Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4530788)
Ofício Nº 1248/2023/ASPAR/MS (4530928)
Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4530931)
Ofício Nº 1242/2023/ASPAR/MS (4531515)
Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4531516)
Livro Cartilha de Propostas MS (4531517)
Ofício Nº 1195/2023/ASPAR/MS (4531670)
Nota Técnica nº 67/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS (4531672)
Ofício Nº 1225/2023/ASPAR/MS (4531704)
Parecer Técnico Nº 289/2023-CGSPD/DAET/SAES/MS (4531705)
Ofício Nº 1243/2023/ASPAR/MS (4531753)
Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS (4531754)
OFÍCIO Nº 1226/2023/ASPAR/MS (4531849)
Nota Técnica Nº 19/2023-.DATHI/SVSA/MS (4531850)
Despacho SVSA/COEX/SVSA/MS (4532720)
Relatório da Reunião Internacional (4533373)
Plano de Contingência (4533374)
Diretrizes para a Organização dos Serviços (4533375)
Dengue - diagnóstico e manejo clínico (4533376)
Manual de Vigilância Sentinela (4533378)
Chikungunya - manejo clínico 1 (4533379)
Chikungunya - manejo clínico 2 (4533381)
Ofício Nº 1186/2023/ASPAR/MS (4532218)
Nota SVS (4532219)
Ofício Nº 3142/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4534051)
Ofício Nº 3143/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4534154)



Documento assinado eletronicamente por **Valmir Prascidelli, Secretário(a) Especial**, em 04/09/2023, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida informando o código verificador **4536983** e o código CRC **73D8D935** no site:
https://super.presidencia.gov.br/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 00001.002626/2023-45

SUPER nº 4536983

Palácio do Planalto - 4º Andar - Gabinete 01 - Telefone: 3411-1440

CEP 70150-900 - Brasília/DF - <https://www.gov.br/planalto/pt-br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

CARTILHA PARA
APRESENTAÇÃO
DE **PROPOSTAS** AO
MINISTÉRIO DA **SAÚDE**
2023



Brasília - DF
2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

CARTILHA PARA
APRESENTAÇÃO
DE **PROPOSTAS** AO
MINISTÉRIO DA **SAÚDE**
2023



Brasília - DF
2023





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
3º andar, sala 305
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-2079 / 3315-2130 /
3315-2133

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
2º andar, sala 2067
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2777
Site: <https://portal.fns.saude.gov.br/>

Organização:

Adriana Diniz de Sá Carvalho
Camila Cristaldo Sanches
Dárcio Guedes Junior
Iranildes Maria José
Marina dos Santos Natividade Alves
Tatiana Malaquias Lima

Capa:

Fernando de Almeida Modesto

Projeto gráfico e diagramação:

Renato Barbosa de Carvalho

Colaboração:

Adenilson Barcelos de Miranda
Aline Gonçalves Pereira
Aline Ludmila de Jesus
Allan Houston Fraga de Oliveira
Amanda Conti Alves Costa
Ana Carolina Delgado de Almeida
Ana Kátia Melo de Aguiar
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas
Ana Paula Rodrigues dos Santos
Andreia Reis Carmo
Andreia Vieira de Moraes
Castelo Branco
Andrey Roosevelt Chagas Lemos
Andreza Birolo Joaquim
Angelo Roberto Gonçalves
Anne Caroline Oliveira Bernarde

Aretuza Santos Oliveira de Freitas
Bábilla Nunes de Souza
Barbara Luiza Viegas Paulo Lauar
Benilson Beloti Barreto
Bruno Guimarães de Almeida
Camila Rathge Rangel Pereira
Carla Fadini Mello
Caroline Endo Ougo Tavares
Carolyne Cosme de Souza
Cássia Cardoso Pereira Silva
Clauber Paiva Reges
Claudia Cury Gonçalves Braga
Claudio Maciel da Fonseca Filho
Cleide Rodrigues Barbosa
Cristiane Reis Soares Medeiros
Daiany Lataliza Alves
Daniel Nardelli Santos
Daniela Vera Cruz dos Santos
Daniely da Silva Santana
Danylo Santos Silva Vilaça
Débora Caracco Ruiz
Dianne Barbosa Soares
Dilvana Orém de Oliveira
Dirceu Ditmar Klitzke
Doralice Severo Cruz
Edson Pereira de Lima
Fábio Figueiredo da Cunha
Felipe Proença de Oliveira
Flavia do Nascimento Silva
Francisca Rejane Camilo Almeida
Frederico Pinheiro Curado
Geraldo da Silva Ferreira
Gilmara Lúcia dos Santos
Gilson Fraga Guimaraes
Gisele dos Santos Ferreira
Guilherme Firmino de Lima
Heloísa Maris Martins Silva
Igor Almeida Breustedt
Iris Renata Vinha
Izabella Barbosa de Brito
Janaina Mesquita Araujo
Jaqueline Silva Misael
Jean Augusto Coelho Guimarães
Jeann Marie da Rocha Marcelino
Jederson Gonçalves de Lima
Jomilton Costa Souza
José Eudes Barroso Vieira

Julia Cunha Vasconcelos
Juliana Valença Fiuza Lima
Kenia Milena Viana da Costa
Kesia Priscila Boss Cordeiro
Laisa Jaianne da Cunha Fonseca
Larissa Gabrielle Ramos
Layane de Fátima Silva de Faria
Lea Tiemi Ussami Justiniano
Leandro Pereira Nepomuceno
Leonardo da Costa Serran
Lícia Galindo Ronald de
Almeida Cardoso
Lilian Danielly Araújo de Oliveira
Lilian Santos Barreto
Lilianne Barros Aguiar Fatureto
Liorne Cristina Fransolin
Lissandra Monteiro Herculano
Livia Milena Barbosa de Deus e Mello
Lorena Lima Magalhães
Loyane Mota Fernandes
Lucas Junqueira de Freitas Morel
Lucas Silva Bastos
Luciana D' Abadia Rosa
Luciana Mara de Castro Moura
Lucilene Teixeira da Silva Ribeiro
Luis Eduardo Batista
Maercia Moura de Sousa Santos
Marcelo Martins de Souza
Marcio do Nascimento Paz
Marco Aurélio Pereira
Marcus Vinícius Soares Pedrosa
Maria Angélica Breda Fontão
Maria Amélia de Jesus Ribeiro
Maria Carme Mota
Maria Clara Moraes Torquato
Mariana Borges Dias
Mariana de Carvalho e Vasconcelos
Mariana Ferreira Marques Costa
Marta Lúcia Pereira
Mauro Pioli Rehbein
Michelly Hanna Wadie Castro
Nésio Fernandes de Medeiros Junior
Nilton Pereira Junior
Olívia de São Sabbas Pucú
Patrícia Arantes Torres
Patrícia Carla Sitônio Lima de Almeida
Patrícia Oliveira Souza

Patrícia Rodrigues de Almeida Leal
Patrick Heringer Reis
Paula Caroline Rodrigues Bezerra
Paula Martins e Avelar
Priscilla Azevedo Souza
Rafael Poloni
Rafaela Tavares Peixoto
Rayanna Araújo Lisboa
Renata Paula Coppini de Almeida
Roberta Shirley Alves de Oliveira
Rogério Cassio Lima Filho
Romirames Santana D'Adabia Mizuno
Rosanna Ballesterio Rodrigues
Sabrina Rodrigues da Silva Nascimento
Sacha Cristina do Nascimento Aquino
Samantha Lemos Turte-Cavadinha
Sandra Decília Aires Cartaxo
Sheila Cristiane Pacheco Carvalho
Sílvia Vaz Ibiapina
Sirley Cruz de Arruda
Suetônio Queiroz de Araújo
Tainá Silva Costa
Tânia Mara do Valle Arantes
Tannira Bueno Missiaggia
Tharso Padilha Nogueira Guimarães
Thiago Cardoso Araújo
Thiago Mendonça de Souza Almeida
Ticiano de Lourenço Filho
Valeska Masson Neves Gameiro
Vania de Freitas
Waldyr de Oliveira Neto
Wenderson Walla Andrade

Fotografias:

Reprodução/Acervo Conasems
Amanda Fedevjcyk de Vico
Beatriz Rossetti
Vinícius Lemes da Silva

Normalização:

Delano de Aquino Silva –
Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. –
Brasília : Ministério da Saúde, 2023.
176 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_propostas_ministerio_saude_2023.pdf
ISBN 978-65-5993-427-0

1. Administração em saúde. 2. Orçamento. 3. Recursos financeiros em saúde. I. Título. II. Fundo Nacional de Saúde.

CDU 614:354.53

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0077

Título para indexação:

Booklet for submission of proposals to the Brazilian Ministry of Health – 2023

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1 FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS	9
1.1 TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS DA UNIÃO	10
1.2 TIPOS DE RECURSOS	10
1.3 CRITÉRIOS PARA RECURSOS DE INVESTIMENTOS	12
1.3.1 Alocação de Recursos de Investimentos	12
1.3.2 Parâmetros para Propostas de Investimentos	12
1.3.3 A Análise de um Projeto de Investimento Deve Considerar Aspectos de Elegibilidade Jurídico-Administrativa e Técnico-Assistencial	13
1.3.4 Planejamento Integrado das Despesas de Capital e Custeio para os Investimentos em Novos Serviços de Saúde ..	13
1.4 RESPONSABILIDADES NA EXECUÇÃO DAS EMENDAS	14
1.5 QUEM É QUEM NO PROCESSO	15
1.5.1 Concedente	15
1.5.2 Proponente	15
1.5.3 Conveniente	15
1.5.4 Contratante	15
1.5.5 Mandatária da União	15
1.5.6 Contratado	15
1.5.7 Interveniente	15
1.5.8 Dirigente	16
1.5.9 Representante do Proponente	16
1.5.10 Executor/Fornecedor	16
1.5.11 Órgãos de Controle	16
1.6 INSTRUMENTOS DE REPASSE	16
1.6.1 Transferências Fundo a Fundo – FAF	16
1.6.2 Convênios	17
1.6.3 Contrato de Repasse	17
1.6.4 Termo de Execução Descentralizada – TED	18
1.6.5 Aplicações Diretas	18
2 FINANCIAMENTO	21
2.1 O QUE CONSTITUI A IDENTIFICAÇÃO DA DESPESA?	22
2.1.1 Código da Funcional Programática – CFP	22
2.1.2 Classificação Funcional da Despesa	22
2.1.3 Estrutura Programática	22
2.2 CATEGORIA ECONÔMICA DA DESPESA	23
2.2.1 Grupo de Natureza de Despesa	23
2.2.2 Modalidade de Aplicação	23
3 CELEBRAÇÃO/FORMALIZAÇÃO DE CONVÊNIOS E DE CONTRATOS DE REPASSE	27
3.1 CADASTRAMENTO DO PROPONENTE PARA CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS OU CONTRATO DE REPASSE	28
3.2 CONTRAPARTIDA	28
3.3 VIGÊNCIA	28
3.4 CONDIÇÕES PARA CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS	30
3.4.1 Habilitação	30
3.4.2 Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social – Cebas	31
3.4.3 Hipóteses de Vedação de Celebração de Convênios e de Contratos de Repasse	32
3.5 MARCO LEGAL DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO	33

4.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA E CICLOS DE VIDA	37
4.1.1	Programa Estratégico: Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde - PAP	37
4.1.2	Programa Estratégico: Saúde em Família	39
4.1.3	Programa Estratégico: Promoção da Saúde	48
4.1.4	Programa Estratégico: Práticas Integrativas e Complementares no SUS	53
4.1.5	Programa Estratégico: Rede Cegonha	55
4.1.6	Programa Estratégico: Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa	62
4.1.7	Programa Estratégico: Atenção Integral à Saúde do Homem	65
4.1.8	Programa Estratégico: Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem	66
4.1.9	Programa Estratégico: Atenção à Saúde da Criança	68
4.1.10	Programa Estratégico: Atenção à Saúde da Mulher	70
4.1.11	Programa Estratégico: Políticas de Promoção da Equidade	72
4.2	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	77
4.2.1	Programa Estratégico: Incremento Temporário do Teto da Média e Alta Complexidade – MAC	77
4.2.2	Programa Estratégico: Atenção Especializada à Saúde	78
4.2.3	Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar	81
4.2.4	Programa Estratégico: Sistema Nacional de Transplantes	82
4.2.5	Programa Estratégico: Política Nacional de Sangue e Hemoderivados	83
4.2.6	Programa Estratégico: Rede de Urgência e Emergência	85
4.2.7	Programa Estratégico: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	88
4.2.8	Programa Estratégico: Rede de Atenção Psicossocial – Raps	93
4.3	VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE	96
4.3.1	Programa Estratégico: Imunização e Doenças Imunopreveníveis	96
4.3.2	Programa Estratégico: Doenças Transmissíveis	98
4.3.3	Programa Estratégico: HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis	103
4.3.4	Programa Estratégico: Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador	105
4.3.5	Programa Estratégico: Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente	106
4.3.6	Programa Estratégico: Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis	108
4.3.7	Programa Estratégico: Emergências em Saúde Pública	109
4.3.8	Programa Estratégico: Instituto Evandro Chagas	110
4.3.9	Programa Estratégico: Centro Nacional de Primatas	111
4.4	CIÊNCIA E TECNOLOGIA	112
4.4.1	Programa Estratégico: Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde	112
4.4.2	Programa Estratégico: Gestão, Avaliação e Incorporação de Tecnologia em Saúde ao Sistema Único de Saúde	115
4.4.3	Programa Estratégico: Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde – Procis	116
4.4.4	Programa Estratégico: Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	120
4.4.5	Programa Estratégico: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS – Qualifar-SUS	121
4.5	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	123
4.5.1	Programa Estratégico: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Pneps	123
4.5.2	Programa Estratégico: Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde	124
4.5.3	Programa Estratégico: Capacitação de Trabalhadores e Gestores da Saúde para a Gestão de Emergências em Saúde Pública	125
4.5.4	Programa Estratégico: Pesquisa, Desenvolvimento e Implementação de Modelo Referencial de Dimensionamento da Força de Trabalho em Regiões de Saúde no Brasil	126
4.5.5	Programa Estratégico: Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde	127
4.5.6	Programa Estratégico: Regulação do Trabalho na Saúde	128
4.5.7	Programa Estratégico: Desprecarização do Trabalho na Saúde	129
4.5.8	Programa Estratégico: Ambiência e Condições de Trabalho das Áreas Responsáveis pela Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no SUS	130
4.6	AUDITORIA INTERNA GOVERNAMENTAL	131
4.6.1	Programa Estratégico: Fortalecimento da Auditoria do Sistema Único de Saúde	131
4.7	SAÚDE DIGITAL	133
4.7.1	Programa Estratégico: Gestão e Organização do SUS	133
4.8	SAÚDE INDÍGENA	135
4.8.1	Programa Estratégico: Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	135

5	ACESSO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS SISTEMAS.....	139
5.1	COMO OBTER SENHA DE ACESSO AOS SISTEMAS DO FNS.....	140
5.2	PARLAMENTARES.....	140
5.3	CADASTRO DA PROPOSTA.....	141
5.3.1	Indicação de Objetos Financiáveis.....	142
6	CANAIS DE COMUNICAÇÃO.....	151
6.1	ATENDIMENTO ELETRÔNICO.....	152
6.2	ATENDIMENTO TELEFÔNICO.....	152
6.3	ASSESSORIA PARLAMENTAR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – ASPAR.....	152
7	ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE.....	155
7.1	PROCEDIMENTOS ADOTADOS APÓS A INSERÇÃO DA PROPOSTA.....	156
7.1.1	Fundo a Fundo.....	156
7.1.2	Convênios.....	156
7.1.3	Contrato de Repasse.....	157
7.1.4	Termo de Execução Descentralizada.....	158
7.2	EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE REPASSE.....	158
7.2.1	Etapas da Execução dos Contratos de Repasse.....	158
7.2.2	Alteração de Plano de Trabalho dos Contratos de Repasse.....	159
7.3	PARECERES TÉCNICOS.....	159
7.3.1	Análise Técnica do Mérito.....	159
7.3.2	Propostas com Objeto de Construção, Ampliação e Reforma.....	160
7.3.3	Propostas com Objeto de Equipamento.....	160
7.4	ANÁLISE TÉCNICO-ECONÔMICA.....	161
7.4.1	Análise Técnico-Econômica de Obras.....	161
7.4.2	Análise Técnico-Econômica de Equipamentos.....	162
7.4.3	Especificação Técnica.....	163
7.4.4	Valores de Referência.....	164
7.5	EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES FINANCIÁVEIS PARA O SUS.....	164
	REFERÊNCIAS.....	173

APRESENTAÇÃO

A estrutura tripartite que alinha União, Estados e Municípios numa interlocução institucional, é resultado da construção participativa e democrática do SUS. Isto se consolida com a prestação dos serviços de saúde pública, como garantia constitucional.

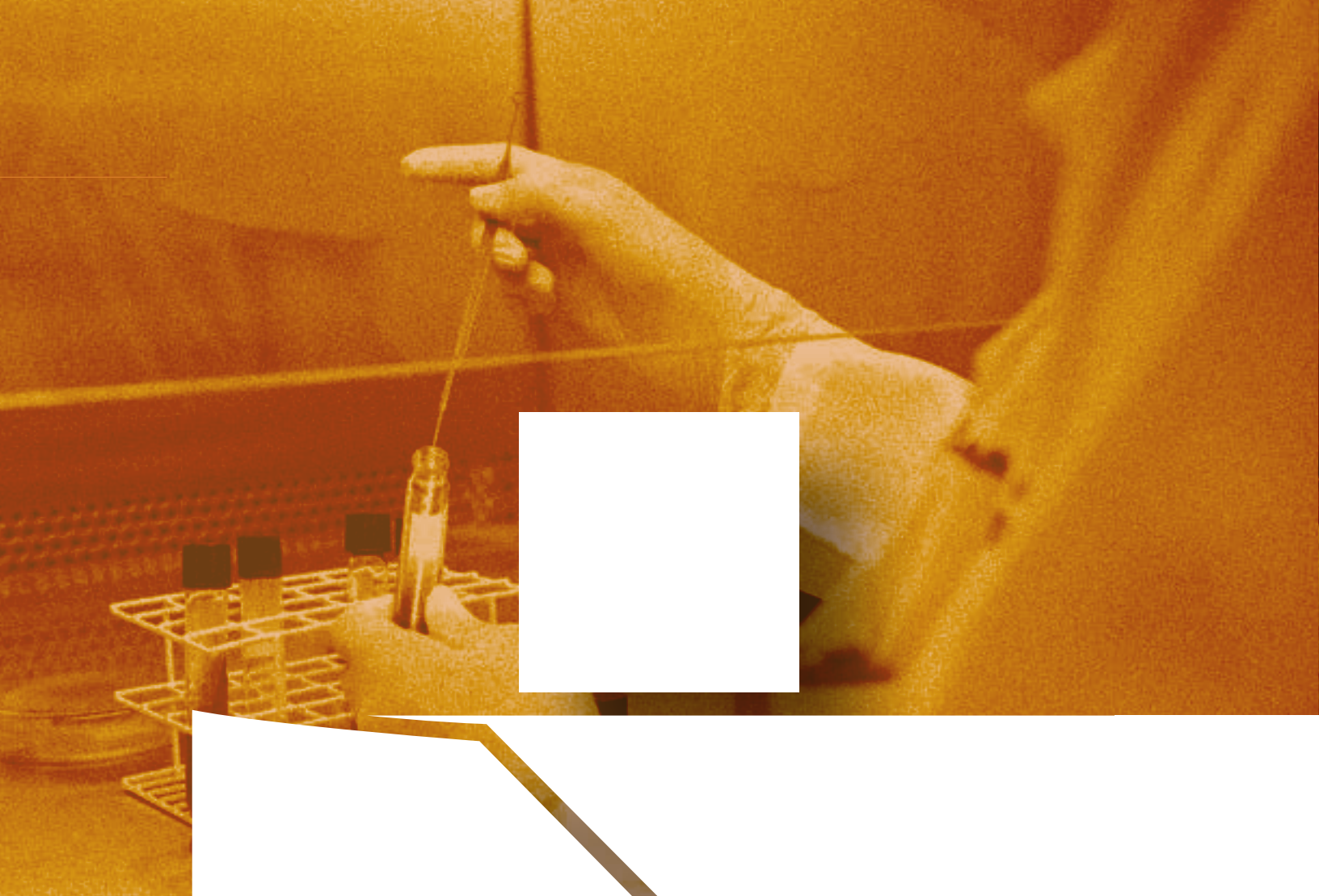
Nessa perspectiva, o acesso a recursos federais permite o atendimento das demandas de atenção primária, inclusive no enfrentamento de novas doenças, além da adoção de inovações de procedimentos e medicamentos disponibilizados a toda a população.

Essa gestão complexa tem na transparência de suas ações uma ferramenta garantidora da efetividade do planejamento e para tanto a publicização de informações e conhecimento sobre o funcionamento sistêmico da grande rede de saúde pública do Brasil. Neste trabalho voltado à ação de parlamentares e gestores e gestoras de secretarias estaduais e municipais de saúde, compilamos orientações sobre as formas de acesso a recursos, programas e ações disponíveis no âmbito federal.

Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade são os princípios regentes do SUS e isso significa o compartilhamento responsável de tarefas e papéis, envolvendo gestores e gestoras locais, levando maior eficiência ao maior sistema universal de saúde do mundo!

Saúde é expressão de bem-estar social e o bom uso dos recursos públicos assegura a qualidade dos serviços que são direitos inalienáveis devidos pelo Estado.

Ministério da Saúde





1 FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS



Instituído pelo Decreto n.º 64.867, de 24 de julho de 1969, como fundo especial, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera federal.

Os recursos administrados pelo FNS destinam-se a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e de entidades da Administração direta e indireta integrantes do SUS.

Os recursos alocados no FNS destinam-se, ainda, às transferências para os estados, o Distrito Federal e os municípios, a fim de que esses entes federativos realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS. Cabe salientar que a destinação dos recursos é orientada pelas políticas e pelos programas gerenciados pelas secretarias finalísticas do Ministério da Saúde.

1.1 TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS DA UNIÃO

As transferências de recursos da União são instrumentos celebrados pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal com órgãos ou entidades públicas (administração estadual, distrital, municipal) ou privadas sem fins lucrativos, para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco que envolvam a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

1.2 TIPOS DE RECURSOS

As dotações orçamentárias destinadas às transferências de recursos são alocadas no Orçamento Geral da União de duas formas:

◆ Recurso de Programa/Ação

É a dotação orçamentária na qual as entidades públicas e privadas têm a iniciativa de cadastrar propostas de projetos mediante programas previamente elencados pelo órgão público concedente. Os recursos de programação são executados conforme o planejamento da política/programa e a disponibilidade orçamentária.

◆ Recurso de Emenda Parlamentar

É o instrumento que o Congresso Nacional possui para participar da elaboração do orçamento anual. Por meio das emendas, os parlamentares procuram aperfeiçoar a proposta encaminhada pelo Poder Executivo, visando à melhor alocação dos recursos públicos. O Ministério da Saúde realizará o processamento das emendas de acordo com a legislação vigente.

Orçamento Impositivo

As Emendas Constitucionais n.º 86, de 17 de março de 2015, e n.º 100, de 26 de junho de 2019, trouxeram à Constituição Federal novos textos para os artigos 165 e 166. Essas emendas constitucionais tornam obrigatórias as execuções orçamentária e financeira das emendas individuais e de bancadas estaduais e do Distrito Federal, inseridas pelos parlamentares na Lei Orçamentária Anual (LOA), que rege o

orçamento geral da União. Conforme determina a Constituição Federal, as emendas individuais inseridas pelos parlamentares ao Projeto de Lei Orçamentária serão aprovadas no limite de até 2% da Receita Corrente Líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, e as emendas incluídas pelas bancadas estaduais e do Distrito Federal terão seu limite fixado em até 1% da mesma Receita Corrente Líquida. Metade desse valor deverá ser necessariamente destinada pelos parlamentares às ações e aos serviços públicos de saúde.

O novo texto constitucional define ainda que, se houver limitação de empenho para cumprimento do resultado primário, as emendas parlamentares sofrerão limitação em percentual igual ou inferior ao que incidir sobre as despesas discricionárias.

Orçamento Impositivo = emendas obrigatórias individuais e de bancadas estaduais (Resultados Primários 6 e 7, respectivamente).

As emendas impositivas não serão executadas em caso de impedimento de ordem técnica, conforme disposto na LDO 2022 (Lei n.º 14.436, de 9 de agosto de 2022) e em portarias interministeriais a serem publicadas pela Secretaria de Orçamento Federal (SOF), a fim de regulamentar a execução das emendas parlamentares individuais e de bancadas estaduais.

Art. 72, § 2º, da Lei de Diretrizes Orçamentárias:

[...]

São consideradas hipóteses de impedimento de ordem técnica, sem prejuízo de outras posteriormente identificadas em ato do Poder Executivo Federal:

- I) a ausência de projeto de engenharia aprovado pelo órgão setorial responsável pela programação, nos casos em que for necessário;
- II) a ausência de licença ambiental prévia, nos casos em que for necessária;
- III) a não comprovação, por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, quando a cargo do empreendimento após a sua conclusão, da capacidade de aportar recursos para sua operação e sua manutenção;
- IV) a não comprovação de que os recursos orçamentários e financeiros sejam suficientes para conclusão do projeto ou de etapa útil, com funcionalidade que permita o imediato usufruto dos benefícios pela sociedade;
- V) a incompatibilidade com a política pública aprovada no âmbito do órgão setorial responsável pela programação;
- VI) a incompatibilidade do objeto da despesa com os atributos da ação orçamentária e do respectivo subtítulo; e
- VII) os impedimentos cujo prazo para superação inviabilize o empenho dentro do exercício financeiro. (BRASIL, 2022).

Os procedimentos e os prazos para superação de impedimentos de ordem técnica são estabelecidos nos textos da Lei de Diretrizes Orçamentárias, bem como das portarias interministeriais de operacionalização das emendas parlamentares e da portaria de alterações de créditos orçamentários da Secretaria de Orçamento Federal.

1.3 CRITÉRIOS PARA RECURSOS DE INVESTIMENTOS

1.3.1 Alocação de Recursos de Investimentos

O investimento na saúde é fundamental, uma vez que se trata de setor estratégico para o desenvolvimento brasileiro, garantindo, ao mesmo tempo, inclusão social e geração de trabalho. Enfrentar as desigualdades regionais na alocação de recursos, observar a compatibilização entre investimentos em obras, equipamentos, pessoal e garantia de custeio, bem como a complexa relação entre acesso, escala, escopo e sustentabilidade dos investimentos em saúde, são de extrema relevância para aumentar a capacidade técnica do complexo produtivo da saúde do País e melhorar a qualidade de vida da população.

Assim, é indispensável propor e analisar as principais diretrizes de investimentos no SUS e os critérios e os parâmetros de alocação de recursos para que haja aperfeiçoamento contínuo de sua capacidade institucional de gestão e de oferta de serviços de saúde, com o objetivo de superar uma série de desafios que constituem obstáculos à sua consolidação e legitimação.

O principal objetivo do investimento nos próximos anos deve ser assegurar o acesso, a qualidade e a equidade da atenção à saúde da população, a valorização dos profissionais de saúde e o aprimoramento da gestão da saúde. A regionalização do SUS, assim como políticas que visem imprimir equidade ao sistema, é fundamental para atingir os objetivos propostos. Para tanto, os recursos alocados considerarão e refletirão as necessidades regionais, dando prioridade às regiões com vazios sanitários e grandes dificuldades no acesso.

As regras vigentes preveem o atendimento das especificidades das regiões. A Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 17, e a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 35, fixam as regras para o estabelecimento de valores a serem distribuídos por estados, municípios e Distrito Federal, que, combinados, podem gerar fórmulas de cálculo que atendam às peculiaridades das diversas linhas de investimento e às diferentes necessidades oriundas da heterogeneidade das regiões, dos estados e dos municípios brasileiros. São elas:

- a) Necessidade de saúde da população.
- b) Dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial.
- c) Capacidade de oferta das ações e de serviços de saúde.
- d) Perfil demográfico da região.
- e) Perfil epidemiológico da população a ser coberta.
- f) Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.

1.3.2 Parâmetros para Propostas de Investimentos

Como exposto anteriormente, a correta direcionalidade dos recursos de investimentos no setor saúde está condicionada aos critérios e aos métodos de seleção, de priorização e de aprovação de projetos que respondam às necessidades dos sistemas de saúde dentro de seu alcance, sejam locais, regionais ou estaduais.

1.3.3 A Análise de um Projeto de Investimento Deve Considerar Aspectos de Elegibilidade Jurídico-Administrativa e Técnico-Assistencial

A elegibilidade técnico-administrativa consiste em avaliar os principais aspectos técnicos relacionados à proposta, visando averiguar a sua consistência, a adequação aos princípios do SUS e os macro-objetivos do investimento no setor.

Assim, a base dos critérios de análise e de aprovação de proposta é:

- a) Coerência com as políticas nacionais, estaduais e municipais e com os objetivos e as estratégias das políticas estruturantes do SUS, aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e/ou no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e em conformidade com o Plano Nacional de Saúde (PNS).
- b) Descentralização. Haja vista sua importância na garantia de acesso, racionalização da atenção à saúde, este critério visa à promoção de infraestrutura física ou humana para a descentralização do sistema.
- c) Impacto sobre a cobertura e a integralidade. Estimulam-se ações que aumentem a cobertura dos serviços e integrem conhecimentos e outros recursos necessários para tal cobertura.
- d) Impacto sobre a promoção da equidade da saúde e do sistema de saúde. Avalia-se a abrangência do projeto a grupos populacionais que apresentam dificuldades de acesso à assistência e de grupos de risco, periferias de cidades com mais de 20 mil habitantes, em áreas de difícil acesso, além dos demais grupos em situação de miserabilidade e de vulnerabilidade na sociedade. Priorizam-se projetos voltados para crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, usuários de crack e outras drogas, portadores de transtornos mentais e vítimas de violência.
- e) Humanização do ambiente de trabalho, com vistas à crescente valorização de projetos de construção, ampliação e reforma que possibilitem fluxos lógicos e ordenados de atendimento, otimizando e qualificando as atividades profissionais.
- f) Racionalidade do investimento, a ser comprovada e fundamentada por meio de indicadores de morbidade e de mortalidade, os quais deverão corroborar o pedido de investimento. Avalia-se se há consistência entre a proposta de infraestrutura do projeto, o montante do investimento solicitado e o objetivo central do projeto.

O desenvolvimento da força de trabalho mediante avaliação em relação ao projeto deve prever a capacitação específica da força de trabalho e se há um núcleo de gestão do trabalho e de educação em saúde, promovendo-se a educação permanente inserida nos processos de trabalho.

No modelo de gestão da proposta, são avaliados os aspectos organizacionais e a capacidade de gestão do projeto sob os pontos de vista gerencial, técnico e financeiro.

1.3.4 Planejamento Integrado das Despesas de Capital e Custeio para os Investimentos em Novos Serviços de Saúde

Em conformidade com o estabelecido pela Resolução CIT n.º 10, de 8 de dezembro de 2016, os entes federados que planejem a construção ou a ampliação física de serviços de saúde no SUS que demandem aporte financeiro por parte dos demais entes federados deverão acordar, previamente, o

total de recursos orçamentário financeiros de capital e custeio, de modo que seja devidamente pactuado para o seu pleno funcionamento.

Entes que solicitarem recursos de capital que impliquem aumento da oferta (criação de novo serviço, ampliação física de serviço existente) devem também informar a previsão quanto ao custeio mensal, com definição da parcela atribuída para cada ente e previsão de incidência de gasto de custeio dos novos serviços a serem implementados.

Destaca-se que a consulta aos demais entes quanto à possibilidade de aporte de recursos de custeio deverá preceder a aplicação dos recursos de capital por parte do ente proponente, de forma a evitar o início da operacionalização de novos serviços sem assegurar os recursos de custeio necessários ao pleno funcionamento do serviço.

1.4 RESPONSABILIDADES NA EXECUÇÃO DAS EMENDAS

QUADRO 1 – RESPONSABILIDADES

PARLAMENTARES	ÓRGÃOS E ENTIDADES
Acompanhar as indicações no Ambiente Parlamentar, a senha é a mesma utilizada no exercício anterior. Caso não recorde ou não tenha a senha de acesso, primeiro acesso, basta selecionar o ano desejado, informar o parlamentar e clicar no link “Lembrar Senha” na tela principal de acesso.	Atualizar a habilitação da instituição conforme Portaria n.º 424, de 30 de dezembro de 2016 no sistema InvestSUS (https://investsus.saude.gov.br/) (Notas 1, 2 e 3)
Fazer a indicação de beneficiário no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento – SIOP.	A senha é a mesma utilizada no exercício anterior, caso não possua, solicitar senha no sistema InvestSUS através da opção “Esqueceu a senha?” ou “Novo por aqui?” na tela de login.
Antes da indicação, verificar se a entidade beneficiada está com a habilitação atualizada, tanto na Transferegov quanto no Ministério da Saúde.	Indicar a necessidade da instituição, conforme os objetos passíveis de financiamento, na funcionalidade de Recursos no sistema InvestSUS.
Acompanhar o andamento das propostas junto ao sistema Ambiente Parlamentar, realizando interlocução com a entidade beneficiada para solução de pendências.	Cadastrar e finalizar proposta além de acompanhar suas análises na funcionalidade de Propostas no sistema InvestSUS.
Manter as informações do parlamentar sempre atualizadas junto à Assessoria Parlamentar do Gabinete do Ministro (Aspar/GM).	Acompanhar o processo no que diz respeito a diligências, documentações e prazos no sistema InvestSUS e portal do FNS.

Fonte: SE/MS.

Notas:

1. Para inserção de proposta de convênio e contrato de repasse, será obrigatório o cadastramento das informações atualizadas do proponente na plataforma Transferegov.br.
2. Para inserção de proposta por meio de portaria (fundo a fundo), será necessário que o fundo municipal ou estadual esteja com a devida documentação atualizada no Ministério da Saúde.
3. Para inserção de proposta de Termos de Execução Descentralizada (TED), será necessário que o órgão federal esteja com a devida documentação atualizada no Ministério da Saúde.

1.5 QUEM É QUEM NO PROCESSO

1.5.1 Concedente

É o órgão ou a entidade da Administração Pública Federal direta ou indireta responsável pela transferência dos recursos financeiros, pela verificação da conformidade financeira, pelo acompanhamento da execução e pela avaliação do cumprimento do objeto do instrumento. Ex.: Ministério da Saúde.

1.5.2 Proponente

É o órgão ou a entidade da Administração Pública direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, consórcio público ou entidade privada sem fins lucrativos, com a qual a Administração Pública Federal pactua a execução de programas, de projetos e de atividades de interesse recíproco, também entendido como contratado no âmbito do contrato de repasse. Ex.: Fundo Municipal de Saúde.

1.5.3 Conveniente

É o órgão ou a entidade da Administração Pública direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, consórcio público ou entidade privada sem fins lucrativos, com a qual a Administração Pública Federal pactua a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, por meio de convênios ou contratos de repasse. Ex.: Santa Casa de Misericórdia.

1.5.4 Contratante

É o órgão ou a entidade da Administração Pública direta ou indireta da União que pactua a execução de programa, projeto, atividade ou evento, por intermédio de instituição financeira federal (mandatária), mediante a celebração de contrato de repasse.

1.5.5 Mandatária da União

Instituição e agências financeiras controladas pela União que celebram e operacionalizam, em nome da União, os instrumentos jurídicos de transferência de recurso aos convenientes.

1.5.6 Contratado

É o órgão ou a entidade da Administração Pública direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, bem como entidade sem fins lucrativos, com a qual a Administração Federal pactua a execução de contrato de repasse.

1.5.7 Interveniente

É o órgão ou a entidade da Administração Pública direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, ou entidade privada que participa do convênio para manifestar consentimento ou assumir obrigações em nome próprio.

1.5.8 Dirigente

É aquele que tem vínculo com entidade privada sem fins lucrativos e detém qualquer nível de poder decisório, assim entendidos os conselheiros, presidentes, diretores, superintendentes, gerentes, entre outros.

1.5.9 Representante do Proponente

É a pessoa física que responde, no sistema, pelo órgão ou pela entidade privada sem fins lucrativos.

1.5.10 Executor/Fornecedor

É a pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado, responsável pela execução de obra ou pelo fornecimento de bem ou serviço, nos termos da Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021, e demais normas pertinentes à matéria, a partir de contrato de execução ou fornecimento firmado com órgão ou entidade da Administração Pública direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, consórcio público ou entidade privada sem fins lucrativos.

1.5.11 Órgãos de Controle

São instituições vinculadas aos Poderes Executivo e Legislativo da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios que têm designação constitucional para orientar, auditar, fiscalizar e acompanhar a execução dos programas, dos projetos e das atividades de governo nos aspectos de legalidade, de economicidade e de eficiência.

1.6 INSTRUMENTOS DE REPASSE

1.6.1 Transferências Fundo a Fundo – FAF

As transferências fundo a fundo, de custeio e capital, a serem executadas pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios, serão transferidas diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos de Saúde das três esferas, de maneira regular e automática, dispensada a celebração de convênios ou outro instrumento jurídico.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo, conforme o estabelecido pela Portaria de Consolidação MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- a) Bloco de manutenção das ações e dos serviços públicos de saúde: destinado ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos públicos de saúde e à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e dos serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações, nos termos da classificação “serviço de terceiros” do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (Mcasp).

- b)** Bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde destinado à aquisição de equipamentos, a obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes ou a obras de reforma de imóveis já existentes utilizados.

Os valores serão depositados em conta corrente específica e única para cada bloco, mantidas em instituições financeiras oficiais federais e movimentadas conforme disposto no Decreto n.º 7.507, de 27 de junho de 2011. A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios referente às ações e aos serviços públicos de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) deverá ser realizada por meio do Relatório de Gestão da respectiva unidade da Federação, conforme disposto na Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, e as demais normas aplicáveis.

1.6.2 Convênios

Conforme o que estabelece o Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007, convênio é um ajuste que disciplina a transferência de recursos financeiros da União, por meio do Ministério da Saúde, para Administração direta ou indireta de estados, do Distrito Federal ou dos municípios; ou entidades privadas sem fins lucrativos que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde, visando à execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação.

Contudo, é vedado o repasse de recursos mediante convênios para realização de obras e/ou serviços de engenharia pelo Ministério da Saúde.

O acompanhamento da execução se atém às especificidades de cada objeto, sendo que o repasse de parcelas consequentes dependem da regularidade atestada pelo Ministério da Saúde. Ao final, o conveniente (órgão ou entidade recebedora dos recursos federais) deve prestar contas do realizado ao Ministério da Saúde.

Nos termos do Decreto n.º 11.271, de 5º de dezembro de 2022, os convênios são operacionalizados no Transferegov.br, ferramenta integrada e centralizada, com dados abertos, destinada à informatização e à operacionalização das transferências de recursos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União gerenciada pelo Ministério da Economia.

1.6.3 Contrato de Repasse

Trata-se de instrumento administrativo, de interesse recíproco, por meio do qual a transferência dos recursos financeiros se processa por intermédio de instituição ou agente financeiro público federal, que atua como mandatário da União. Podem celebrar contratos de repasse com o Ministério da Saúde órgãos e entidades da Administração direta ou indireta de estados, do Distrito Federal ou dos municípios; ou entidades privadas sem fins lucrativos que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde. Também é operacionalizado no Transferegov.br.

O contrato de repasse é semelhante ao convênio em relação a seus fins: executar, de maneira descentralizada, objeto de interesse comum entre os partícipes. Contudo, diferencia-se do convênio pela intermediação de uma instituição ou agente financeiro público federal, que atuará como representante da União na execução e na fiscalização da transferência, condicionando a disponibilização dos recursos financeiros à medição dos serviços realizados.

Ao passo que o contrato de repasse é a tipologia adequada para celebração de ajustes que objetivem a celebração de obras e de serviços de engenharia, a Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, estabelece ainda que é vedada a celebração dessa modalidade quando o objeto for exclusivamente a aquisição de equipamentos.

As propostas destinadas a celebração de contratos de repasse são analisadas e aprovadas pelo corpo técnico do Ministério da Saúde, sendo geridas pela entidade mandatária da União somente após a aprovação do plano de trabalho. Desse modo, o presente documento busca contemplar os dispositivos necessários para a análise das propostas conforme a sua destinação.

Desse modo, todos os itens constantes desta Cartilha que objetivam a execução de obras, excetuando-se aqueles relacionados às aplicações diretas ou aos termos de execução descentralizada, devem ser realizadas por meio de contratos de repasse.

1.6.4 Termo de Execução Descentralizada – TED

Nos termos do Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020, contitui o instrumento por meio do qual a descentralização de créditos entre órgãos e entidades integrantes do governo federal é ajustada, com vistas à execução de programas, de projetos e de atividades, nos termos estabelecidos no plano de trabalho e observada a classificação funcional programática.

A descentralização de créditos configura delegação de competência para a unidade descentralizada promover a execução de programas, de projetos ou de atividades previstos no orçamento do Ministério da Saúde. Por se tratar de uma parceria entre duas instituições do governo federal, as competências relacionadas à comprovação da execução também são compartilhadas:

- ♦ O Ministério da Saúde fornecerá, ao respectivo órgão de controle, informações sobre os aspectos referentes à expectativa inicial e final pretendida com a descentralização.
- ♦ Já a unidade descentralizada prestará informações ao respectivo órgão de controle, com dados relacionados à execução dos créditos e aos recursos recebidos.

Até o exercício de 2021, os termos de execução descentralizada eram operacionalizados por sistemas do Ministério da Saúde, com registros no Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi). Contudo, considerando as disposições da Portaria Seges/ME n.º 13.405, de 1º de dezembro de 2021, o Ministério da Economia fixou a obrigatoriedade de operacionalização desses instrumentos por meio do Transferegov.br. Os procedimentos relacionados à celebração, à execução e à prestação de contas relacionados aos TEDs passaram por adaptações para adequar à legislação em vigor.

1.6.5 Aplicações Diretas

Aplicação direta, pela unidade orçamentária, dos créditos a ela alocados ou oriundos de descentralização de outras entidades integrantes ou não do Orçamento Fiscal ou da Seguridade Social, no âmbito da mesma esfera de governo.

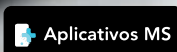
FERRAMENTAS

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

- **MAIS FACILIDADE**
PARA A GESTÃO DOS
RECURSOS DA SAÚDE
- **MAIS AGILIDADE**
PARA ACOMPANHAR
A EXECUÇÃO
DAS EMENDAS
PARLAMENTARES



DOWNLOAD
DISPONÍVEL NAS
PLATAFORMAS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO





2 FINANCIAMENTO



2.1 O QUE CONSTITUI A IDENTIFICAÇÃO DA DESPESA?

2.1.1 Código da Funcional Programática – CFP

O CFP é constituído por 17 números e dividido em função, subfunção, programa, ação e localizador, tendo a função e a subfunção como Classificação Funcional da Despesa e os demais itens como Estrutura Programática.

FF – Função	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL
SSS – Subfunção	
PPPP – Programa	ESTRUTURA PROGRAMÁTICA
AAAA – Ação	
LLLL – Subtítulo/Localizador de Gasto	

2.1.2 Classificação Funcional da Despesa

Ex.: 10.302.5018.8535.0026

Função (10): pode ser traduzida como o maior nível de agregação das diversas áreas de atuação do setor público. Reflete a competência do órgão; no caso, o Ministério da Saúde.

Subfunção (302): representa um nível de agregação imediatamente inferior à função e deve evidenciar a natureza da atuação governamental. As subfunções podem ser combinadas com funções diferentes. No exemplo supracitado, representa a “Assistência Hospitalar e Ambulatorial”.

SUBFUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
301 Atenção Básica
302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial
303 Suporte Profilático e Terapêutico
304 Vigilância Sanitária
305 Vigilância Epidemiológica
306 Alimentação e Nutrição

2.1.3 Estrutura Programática

Programa (5018): é a categoria que articula um conjunto de ações (orçamentárias e não orçamentárias) suficientes para enfrentar um problema. O programa exemplificado é “Atenção Especializada à Saúde”.

Ação (8535): operação da qual resultam produtos (bens ou serviços) que contribuem para atender ao objetivo de um programa. A ação exemplificada é a “Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde”.

Subtítulo/Localizador de Gasto (0026): detalha as atividades, os projetos e as operações especiais, utilizados especialmente para identificar a localização física da ação orçamentária ou a localização física do seu beneficiário, não podendo haver, por conseguinte, alteração de sua finalidade, do produto e das metas estabelecidas.

2.2 CATEGORIA ECONÔMICA DA DESPESA

A despesa é classificada em duas categorias econômicas:

CÓDIGO	CATEGORIA ECONÔMICA
3	Despesas Correntes
4	Despesas de Capital

Despesas Correntes (3): as que não contribuem diretamente para a formação ou aquisição de um bem de capital.

Despesas de Capital (4): as que contribuem diretamente para a formação ou aquisição de um bem de capital.

2.2.1 Grupo de Natureza de Despesa

O Grupo de Natureza de Despesa (GND) é um agregador de elemento de despesa com as mesmas características quanto ao objeto de gasto, conforme discriminado a seguir:

CÓDIGO	CÓDIGO DE NATUREZA DA DESPESA
1	Pessoal e Encargos Sociais
2	Juros e Encargos da Dívida
3	Outras Despesas Correntes
4	Investimentos
5	Inversão Financeira
6	Amortização da Dívida

Outras Despesas Correntes (3): despesas orçamentárias com a aquisição de material de consumo, reforma, capacitação, além de outras despesas da categoria econômica “Despesas Correntes” não classificáveis nos demais grupos de natureza de despesa. Importante ressaltar que tais objetos devem estar em consonância com os critérios adotados pelo Ministério da Saúde.

Investimentos (4): despesas orçamentárias com execução de obras (ampliação e construção nova) e com a aquisição e instalações, equipamentos e material permanente.

2.2.2 Modalidade de Aplicação

A Modalidade de Aplicação indica se os recursos serão aplicados mediante transferências, inclusive a decorrente de descentralização orçamentária para outros níveis de governo, seus órgãos ou entidades, ou diretamente para entidades privadas sem fins lucrativos e outras instituições, ou ainda diretamente pela unidade detentora do crédito orçamentário, ou por outro órgão ou entidade no âmbito do mesmo nível de governo. A Modalidade de Aplicação visa, principalmente, eliminar a dupla contagem dos recursos transferidos ou descentralizados.

CÓDIGO	MODALIDADE DE APLICAÇÃO
30	Transferências a Estados e ao Distrito Federal
31	Transferências a Estados e ao Distrito Federal – Fundo a Fundo
40	Transferências a Municípios
41	Transferências a Municípios – Fundo a Fundo
50	Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos
71	Transferências a Consórcios Públicos Mediante Contrato de Rateio
90	Aplicações Diretas

Transferências a Estados e ao Distrito Federal (30): despesas orçamentárias realizadas mediante transferências de recursos financeiros da União ou dos municípios aos estados e ao Distrito Federal, inclusive para suas entidades da Administração indireta.

Transferências a Estados e ao Distrito Federal – Fundo a Fundo (31): despesas orçamentárias realizadas mediante transferências de recursos financeiros da União ou dos municípios aos estados e ao Distrito Federal por intermédio da modalidade Fundo a Fundo.

Transferências a Municípios (40): despesas orçamentárias realizadas mediante transferências de recursos financeiros da União ou dos estados aos municípios, inclusive para suas entidades da Administração indireta.

Transferências a Municípios – Fundo a Fundo (41): despesas orçamentárias realizadas mediante transferências de recursos financeiros da União, dos estados ou do Distrito Federal aos municípios por intermédio da modalidade Fundo a Fundo.

Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos (50): despesas orçamentárias realizadas mediante transferência de recursos financeiros a entidades sem fins lucrativos que não tenham vínculo com a Administração Pública.

Transferências a Consórcios Públicos Mediante Contrato de Rateio (71): despesas orçamentárias realizadas mediante transferência de recursos financeiros a entidades criadas sob a forma de consórcios públicos nos termos da Lei n.º 11.107, de 6 de abril de 2005, mediante contrato de rateio, objetivando a execução dos programas e das ações dos respectivos entes consorciados, observando-se o disposto no § 1º, do art. 11, da Portaria STN n.º 72, de 1º de fevereiro de 2012.

Aplicações Diretas (90): aplicação direta, pela unidade orçamentária, dos critérios a ela alocados ou oriundos de descentralização de outras entidades integrantes ou não do Orçamento Fiscal ou da Seguridade Social, no âmbito da mesma esfera de governo.

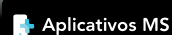
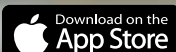
FERRAMENTAS

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE



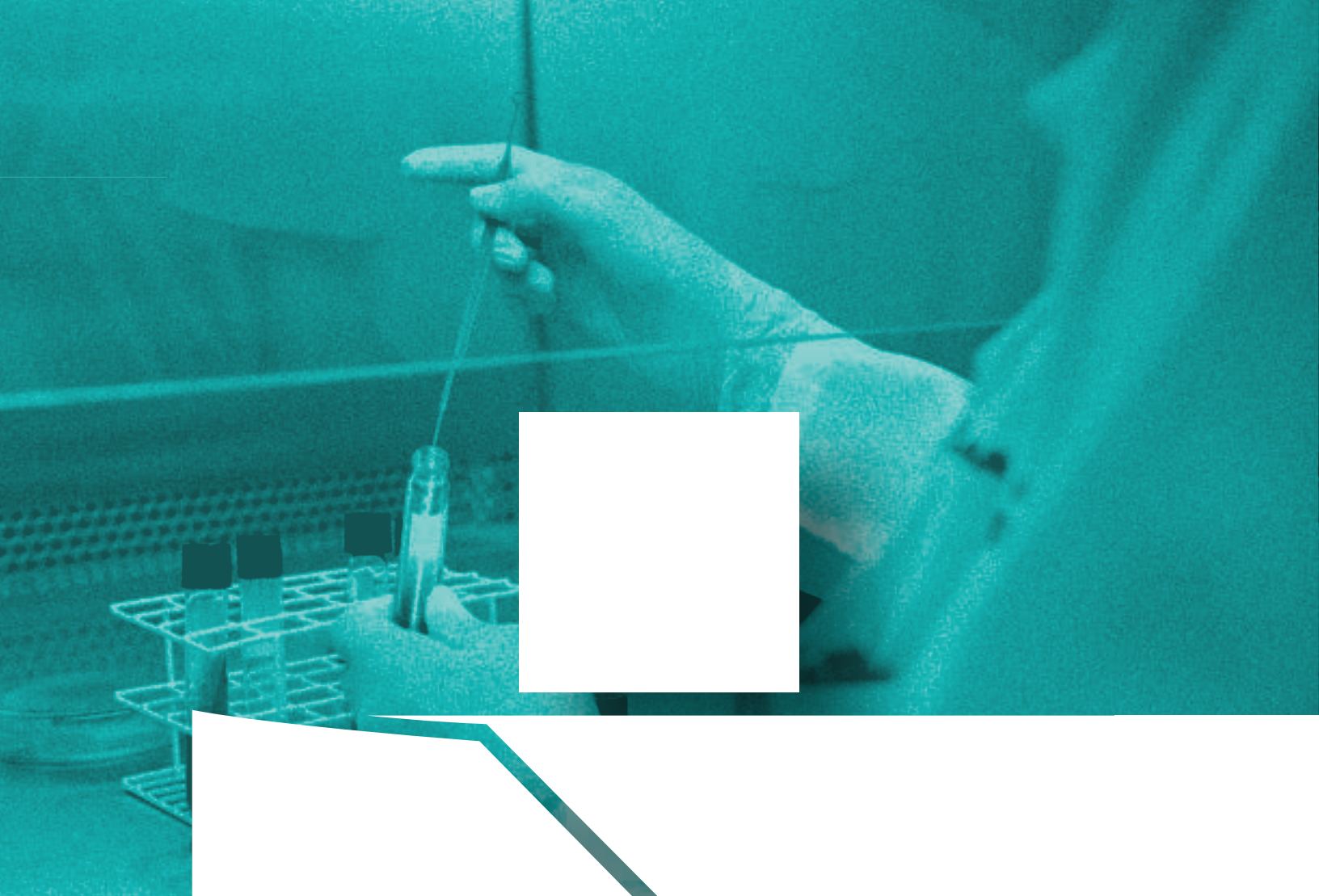
- MAIS **FACILIDADE** PARA A GESTÃO DOS RECURSOS DA SAÚDE
- A **GESTÃO** DOS RECURSOS DA SAÚDE **NA PALMA DA MÃO**

DOWNLOAD
DISPONÍVEL NAS
PLATAFORMAS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE







3 CELEBRAÇÃO/FORMALIZAÇÃO DE CONVÊNIOS E DE CONTRATOS DE REPASSE



3.1 CADASTRAMENTO DO PROPONENTE PARA CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS OU CONTRATO DE REPASSE

Os órgãos ou as entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que pretendam celebrar os instrumentos regulamentados pela Portaria Interministerial n.º 424, de 30 dezembro de 2016, ou os termos de parceria com a Administração Pública Federal, deverão realizar cadastramento prévio no Transferegov.br, por meio do link: <https://www.gov.br/transferegov/pt-br>.

Esse cadastramento poderá ser realizado em qualquer terminal de acesso à internet e permitirá o acesso ao sistema e à operacionalização de todas as etapas e fases dos instrumentos regulados pela Portaria.

O cadastramento do proponente será realizado, uma única vez, diretamente na Plataforma+Brasil e conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- I) Nome, endereço da sede, endereço eletrônico institucional e número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), bem como endereço residencial do responsável que assinará o instrumento, quando se tratar de instituições públicas.
- II) Razão social, endereço, endereço eletrônico, número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), transcrição do objeto social da entidade atualizado, relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade, com endereço, número e órgão expedidor da carteira de identidade e CPF de cada um deles, quando se tratar das Organizações da Sociedade Civil.

Os órgãos ou as entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos são responsáveis pelas informações inseridas no cadastramento e deverão atualizá-las sempre que houver modificação ou solicitação do próprio sistema. A não atualização desse cadastro impossibilitará a celebração de novos instrumentos.

A atualização dos dados cadastrais é de inteira responsabilidade do proponente, por isso mantenha sempre os dados atualizados.

3.2 CONTRAPARTIDA

Contrapartida é a parcela de colaboração financeira do conveniente para a execução do objeto do convênio ou do contrato de repasse. Os limites de contrapartida são fixados na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Para as transferências de recursos no âmbito do SUS, inclusive as efetivadas mediante convênios ou similares, não será exigida contrapartida financeira (artigos 88 e 93 da Lei de Diretrizes Orçamentárias n.º 14.436/2022, de 9 de agosto de 2022).

3.3 VIGÊNCIA

Vigência é o atributo do instrumento de repasse celebrado que qualifica o período em que produzirá efeitos. Devendo ser fixada no instrumento de repasse de acordo com o prazo previsto para a consecução do objeto e em função do plano de trabalho aprovado.

No caso de convênios e contratos de repasse, de acordo com a Portaria Interministerial n.º 558, de 10 de outubro de 2019, que atualizou a redação da Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, a vigência fixada no instrumento não poderá ser superior a:

- a)** Trinta e seis meses para todos os convênios e para os contratos de repasse inferiores ao valor de repasse de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais).
- b)** Quarenta e oito meses para os contratos de repasse cujo valor de repasse seja igual ou superior a R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais) e inferior à quantia de R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais).
- c)** Sessenta meses para os contratos de repasse de valor igual ou superior a R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais).

Ainda conforme a supramencionada portaria, os prazos de vigência poderão, excepcionalmente, ser prorrogados nas seguintes hipóteses:

- 1)** No caso de atraso de liberação de parcelas pelo concedente ou mandatária.
- 2)** Em havendo a paralisação ou o atraso da execução por determinação judicial, recomendação ou determinação de órgãos de controle ou em razão de caso fortuito, força maior ou interferências imprevistas. Ou
- 3)** Desde que devidamente justificado pelo conveniente e aceito pelo concedente ou mandatária, nos casos em que o objeto do instrumento seja voltado para:
 - I) aquisição de equipamentos que exijam adequação ou outro aspecto que venha retardar a entrega do bem; ou
 - II) execução de obras que não puderam ser iniciadas ou que foram paralisadas por eventos climáticos que retardaram a execução.

Enquanto isso, no caso dos termos de execução descentralizada, o prazo de vigência não deverá ser superior a 60 meses, incluídas as prorrogações. Contudo, de modo excepcional, a vigência do TED poderá ser prorrogada por até 12 meses, além do prazo previsto máximo, em período compatível com o necessário para conclusão do objeto pactuado, mediante justificativa da unidade descentralizada e aceite pela unidade descentralizadora, nas hipóteses em que:

- 1)** Tenha ocorrido atraso na liberação dos recursos financeiros pela unidade descentralizadora, em prazo limitado ao período de atraso.
- 2)** Tenha ocorrido paralisação ou atraso na execução do objeto pactuado em decorrência de:
 - I) determinação judicial;
 - II) recomendação de órgãos de controle; ou
 - III) em razão de caso fortuito, força maior ou interferências imprevistas.
- 3)** O objeto destine-se à execução de obras, de projetos e de serviços de engenharia.

Quando aplicável, as prorrogações de vigência poderão ser motivadas mediante proposta, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada ao Ministério da Saúde em, no mínimo, 60 dias antes do término da vigência já estabelecida.

3.4 CONDIÇÕES PARA CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS

São condições para a celebração de instrumentos, a serem cumpridas pelas entidades privadas sem fins lucrativos, conforme disposto na Lei de Diretrizes Orçamentárias, no Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007, e na Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e nas demais normas aplicáveis:

- a) Cadastro do conveniente atualizado no Transferegov no momento da celebração.
- b) Plano de Trabalho aprovado.

Importante: nos instrumentos, o projeto básico acompanhado de Anotação de Responsabilidade Técnica (ART) ou o termo de referência deverá ser apresentado antes da celebração, sendo facultado exigí-los depois, desde que antes da liberação da primeira parcela dos recursos.

3.4.1 Habilitação

Adicionalmente aos requisitos constantes nos itens a e b, do item 3.4, as entidades privadas sem fins lucrativos deverão apresentar os documentos de habilitação no endereço “investsus.saude.gov.br”, no módulo Habilitação – Documentos, que se destina a uniformizar e automatizar os procedimentos relacionados à apresentação inicial de documentação dos parceiros e à sua validação pelo Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde e Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde), com vistas à celebração de convênios. Para tanto, faz-se necessário atender às seguintes condições:

- ◆ Apresentação de declaração da autoridade máxima da entidade informando que não possui, no seu quadro de dirigentes, agente político dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário ou do Ministério Público ou defensores públicos da União, tanto quanto dirigente de órgão ou entidade da Administração Pública, de qualquer esfera governamental, ou seu cônjuge ou companheiro, bem como parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, seja integrante de seu quadro dirigente, ressalvados os casos em que a nomeação decorra de previsão legal, conforme § 4º, do art. 87, da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) n.º 14.436/2022.
- ◆ Comprovação pela entidade da regularidade do mandato de sua diretoria, inscrição no CNPJ e apresentação de declaração de funcionamento regular nos últimos três anos, emitida no exercício corrente.
- ◆ Apresentação de declaração do dirigente da entidade acerca da não existência de dívida com o poder público e quanto à sua inscrição nos bancos de dados públicos e privados de proteção ao crédito; Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007.
- ◆ Prova de regularidade com as Fazendas Federal, Estadual, Distrital e Municipal e com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).
- ◆ Apresentação de declaração de que a entidade não se enquadra como clube recreativo, associação de servidores ou congênere.
- ◆ Apresentação de declaração assinada pelo dirigente da entidade privada sem fins lucrativos de que esta não possui impedimento no Cadastro de Entidades Privadas sem Fins Lucrativos Impedidas (Cepim), no Transferegov, no Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (Cadin).

- ◆ Apresentação de declaração assinada pelo dirigente de que a entidade privada sem fins lucrativos não possui, em seu quadro de dirigentes, pessoas que tiveram, nos últimos cinco anos, atos julgados irregulares por decisão definitiva do Tribunal de Contas da União (TCU), em decorrência das situações previstas no art. 16, inciso III, da Lei n.º 8.443, de 16 de julho de 1992.
- ◆ Apresentação de declaração assinada pelo dirigente de que a entidade não possui, em seu quadro, dirigentes que incidam em quaisquer das hipóteses de inelegibilidade, em decorrência das situações previstas na Lei Complementar n.º 64, de 18 de maio de 1990.
- ◆ Certidão negativa referente ao Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, supervisionado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).
- ◆ Regularidade perante o poder público federal, conforme consulta ao Cadin.
- ◆ Não possuir impedimento no Cepim/Controladoria-Geral da União (CGU).
- ◆ Regularidade quanto à Prestação de Contas de Recursos Federais Recebidos Anteriormente, mediante consulta:
 - ao Subsistema TRANSFERÊNCIAS do Sistema de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), para os convênios firmados sob a égide da Instrução Normativa STN n.º 1, de 15 de janeiro de 1997;
 - o Transferegov.br, para aqueles firmados sob a égide das portarias interministeriais MP/MF/MCT de n.º 127/2008, n.º 507/2011 e n.º 424/2016, dos Ministérios do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Fazenda e do Controle e Transparência.

3.4.2 Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social – Cebas

A Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social (Cebas) é condição para celebração de Convênios e Contratos de Repasse com instituições privadas sem fins lucrativos.

O certificado é concedido pelo governo federal, por intermédio dos Ministérios da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Saúde, às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social que prestem serviços nas áreas de Educação, Assistência Social ou Saúde. As entidades detentoras do Cebas podem receber transferências de recursos governamentais, nos termos da LDO n.º 14.436/2022.

A Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social, nos termos da Lei Complementar n.º 187, de 16 de dezembro de 2021, poderá ser:

- a)** Substituída pelo pedido de renovação tempestivo devidamente protocolado e ainda pendente de análise junto ao órgão competente, nos termos da legislação vigente.
- b)** Dispensada, para execução de ações, de programas ou de serviços em parceria com a Administração Pública Federal, nas seguintes áreas:
 - atenção à saúde dos povos indígenas.
 - atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou da dependência de substâncias psicoativas.
 - combate à pobreza extrema.

- atendimento às pessoas idosas ou com deficiência.
- prevenção de doenças, promoção da saúde e atenção às pessoas com à síndrome da imunodeficiência adquirida, hepatites virais, tuberculose, hanseníase, malária, câncer e dengue.

Quem tem direito à Cebas?

As pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social e que prestem serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação e que atendam ao disposto na Lei Complementar n.º 187, de 16 de dezembro de 2021, e alterações.

Como requerer a certificação?

A Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social é responsabilidade dos Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério do Desenvolvimento Social, Assistência, Família e Combate à Fome, de acordo com a área de atuação preponderante das entidades.

3.4.3 Hipóteses de Vedação de Celebração de Convênios e de Contratos de Repasse

- ◆ Convênios para a execução de atividades cujo objeto esteja relacionado ao pagamento de custeio continuado do proponente.
- ◆ Convênios para a execução de despesas de custeio ou para aquisição de equipamentos com valor de repasse inferior a R\$ 100.000,00 (cem mil reais).
- ◆ Contrato de Repasse para a execução de obras e serviços de engenharia com valor de repasse inferior a R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais).
- ◆ Entre órgãos e entidades da Administração Pública Federal, casos em que deverão ser firmados Termos de Execução Descentralizada.
- ◆ Com pessoas físicas ou entidades privadas com fins lucrativos.
- ◆ Visando à realização de serviços ou à execução de obras a serem custeadas, ainda que apenas parcialmente, com recursos externos, sem a prévia contratação da operação de crédito externo.
- ◆ Com entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos cujo objeto social não se relacione às características do programa ou que não disponham de condições técnicas para executar o objeto proposto.
- ◆ Instrumentos com órgãos e entidades da Administração Pública direta e indireta dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cadastrados como filial no CNPJ.

- ◆ Instrumentos com entes da Federação ou com entidades da Administração Pública indireta de qualquer esfera federativa, em que o ente ou a entidade, por qualquer de seus órgãos, tenha atribuído nome de pessoa viva ou que tenha se notabilizado pela defesa ou exploração de mão de obra escrava, em qualquer modalidade, a bem público, de qualquer natureza, bem como que tenha inscrição de nomes de autoridades ou administradores em placas indicadoras de obras ou em veículo de propriedade ou a serviço da Administração Pública respectiva, em atenção ao disposto na Lei n.º 6.454, de 24 de outubro de 1977.
- ◆ Com entidades privadas sem fins lucrativos que tenham, em suas relações anteriores com a União, incorrido em pelo menos uma das seguintes condutas:
 - Omissão no dever de prestar contas.
 - Descumprimento injustificado do objeto de convênios, contratos de repasse ou termos de parceria.
 - Desvio de finalidade na aplicação dos recursos transferidos.
 - Ocorrência de dano ao erário.
 - Prática de outros atos ilícitos na execução de convênios, contratos de repasse ou termos de parceria.

3.5 MARCO LEGAL DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

O Marco Legal da Ciência, Tecnologia e Inovação, por meio da Lei n.º 3.243, de 11 de janeiro de 2016, e do Decreto n.º 9.283, de 7 de fevereiro de 2018, traz avanços importantes que contribuem com a ampliação da produção científica e tecnológica do Brasil, favorecendo um ambiente mais adequado à produção de pesquisas de desenvolvimento e inovação nas universidades, nas instituições públicas e nas empresas nos diversos setores da sociedade, entre eles o setor saúde, bem como maior agilidade e segurança jurídica no processo de produção, de disseminação e de internalização do conhecimento pelas empresas, pelos órgãos públicos e pela sociedade. Para tanto, estabelece novos critérios para serem observados na aquisição ou na contratação de produtos e serviços para pesquisa e desenvolvimento.





4 PROGRAMAS PRIORITÁRIOS



PROGRAMAS PRIORITÁRIOS

Os recursos disponíveis no Orçamento da União são limitados e estão sujeitos a cortes/ contingenciamentos, segundo prioridades definidas pelo governo federal. Antes da indicação de recursos e cadastramento de propostas, é primordial o conhecimento dos programas prioritários do Ministério da Saúde passíveis de financiamento.

Tais programas estabelecem claramente os objetos financiáveis de despesa corrente (destinados ao custeio dos serviços, reforma de unidades, realização de capacitação de recursos humanos e desenvolvimentos de estudos e pesquisas) e de capital (para construção e ampliação de unidades de saúde, aquisição de equipamentos e materiais permanentes), provendo condições adequadas para o funcionamento das unidades e melhoria do acesso aos serviços de saúde.

A seguir consta a planilha com os principais objetos financiáveis pelo Ministério da Saúde no ano de 2023.

OBJETOS FINANCIADOS EM 2023

OBJETOS FINANCIÁVEIS	GRUPO DE NATUREZA DE DESPESA	QUEM PODE PARTICIPAR DA POLÍTICA?
Obras civis (ampliação e construção)	Capital (4)	E, DF, M, F
Obras civis (reforma)	Corrente (3)	E, DF, M, P, F
Aquisição de equipamento e material permanente	Capital (4)	E, DF, M, P, F
Capacitação de Recursos Humanos	Corrente (3)	E, DF, M, P, F
Estudos e Pesquisas	Corrente (3)	E, DF, M, P, F
Custeio dos Serviços de Atenção Primária (PAP)	Corrente (3)	DF, M
Custeio da Média e Alta Complexidade (MAC)	Corrente (3)	E, DF, M

Legenda:

QUEM PODE RECEBER:	
Federal	F
Estado	E
Distrito Federal	DF
Município	M
Privada sem fins lucrativos	P

A seguir encontram-se descritos os principais programas prioritários do Ministério da Saúde e suas respectivas formas de financiamento.

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA E CICLOS DE VIDA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema de saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e o cuidado da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) tem na Estratégia Saúde da Família o modelo prioritário para expansão e consolidação da Atenção Básica (Anexo XXII da Portaria de Consolidação n.º 2 de 2017).

O Ministério da Saúde desenvolve ações que visam contribuir para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Primária e para a continuidade deste modelo de atenção à saúde no País, propondo a melhoria da estrutura física e de equipamentos das unidades de saúde como indutora para a mudança das práticas das equipes de saúde.

A infraestrutura de uma Unidade Básica de Saúde (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 das pessoas por ela assistida.

Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS (Pnab, 2017).

4.1.1 Programa Estratégico: Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde - PAP

Descrição do Programa: os recursos do Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde destinam-se ao custeio dos mesmos itens de despesa financiados pelos Pisos de Atenção Primária (PAP), com exceção ao custeio com vedação constitucional. A aplicação desses recursos segue as definições da Portaria Vigente e da Portaria de Consolidação n.º 06, de 28 de setembro de 2017.

O Programa prevê incrementar, de maneira temporária, o Piso de Atenção Primária aferido em 2022 para o município – apenas na Modalidade de Aplicação 41 (Fundo Municipal de Saúde), e a exceção na Modalidade de Aplicação 31 (Fundo de Saúde do Distrito Federal).

Os recursos de emenda parlamentar destinados ao Incremento Temporário NÃO poderão ser utilizados para o pagamento de:

- I) servidores inativos;
- II) servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- III) gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV) pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado;

- V) obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde. (BRASIL, 2017, art. 6º, § 2º).

A vedação da destinação do recurso para pagamento de pessoal ou encargos sociais é aplicável aos recursos de emendas individuais.

Ressalta-se que a utilização dos recursos do Incremento Temporário ao Custeio de Serviços de Atenção Primária à Saúde deverá estar alinhada ao plano de saúde do município, bem como prevista na Programação Anual de Saúde (PAS), guardando coerência entre os instrumentos de planejamento e de prestação de contas por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) a ser apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde.

Poderão ser alocados recursos de emenda na ação 2E89 – Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária em Saúde.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	2E89	Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Custeio ao Piso da Atenção Primária	Incremento do Piso da Atenção Primária à Saúde – PAP	2E89	Emenda	DF, M

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria Vigente.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Saúde da Família e Comunidade (Desco)
 - Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (CGFAP)
- Endereço: Esplanada dos Ministérios, Anexo – Ala B, 4º andar, Brasília/DF – CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9077

4.1.2 Programa Estratégico: Saúde em Família

Descrição do Programa : A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção primária à saúde no Brasil, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, favorecendo a reorientação dos processos de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – UBS

A Requalificação de UBS é uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para a estruturação e o fortalecimento da Atenção Primária. Por meio do programa, o MS propõe a estrutura física das unidades básicas de saúde - acolhedoras e dentro dos padrões de qualidade - que facilite a acessibilidade e as práticas de cuidados das equipes da Saúde da Família e demais profissionais da APS.

O programa tem como objetivo criar 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 primária.

Construção de Unidade Básica de Saúde – UBS

A construção de uma Unidade UBS é a construção de uma nova edificação, desvinculada funcionalmente ou fisicamente, de algum estabelecimento já existente. O município deverá possuir terreno próprio com metragem mínima que comporte a UBS de acordo com o porte a ser construído.

VALORES CONSTRUÇÃO DE UBS (R\$)					
Porte da UBS	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
UBS I	R\$ 1.141.000,00	R\$ 1.074.000,00	R\$ 1.206.000,00	R\$ 1.177.000,00	R\$ 1.158.000,00
UBS II	R\$ 1.448.000,00	R\$ 1.363.000,00	R\$ 1.531.000,00	R\$ 1.494.000,00	R\$ 1.470.000,00
UBS III	R\$ 1.688.000,00	R\$ 1.590.000,00	R\$ 1.784.000,00	R\$ 1.742.000,00	R\$ 1.713.000,00
UBS IV	R\$ 1.925.000,00	R\$ 1.813.000,00	R\$ 2.035.000,00	R\$ 1.987.000,00	R\$ 1.954.000,00

Ampliação de Unidade Básica de Saúde – UBS

A ampliação é quando existe acréscimo de área a uma edificação existente, ou mesmo construção de uma nova edificação para ser agregada funcionalmente, fisicamente ou não, a um estabelecimento já existente. Para pleitear a solicitação de uma ampliação de UBS o município deverá possuir terreno próprio com metragem que comporte a ampliação da UBS de acordo com o porte a ser construído. A metragem mínima de ampliação da UBS existente somando a área a ser ampliada deverá ser igual ou superior a 153,24 m².

VALORES MÍNIMOS E MÁXIMOS (R\$) – AMPLIAÇÃO DE UBS						
Porte	Limite	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
UBS I	Mínimo	R\$ 114.100,00	R\$ 107.400,00	R\$ 120.600,00	R\$ 117.700,00	R\$ 115.800,00
	Máximo	R\$ 1.141.000,00	R\$ 1.074.000,00	R\$ 1.206.000,00	R\$ 1.177.000,00	R\$ 1.158.000,00
UBS II	Mínimo	R\$ 144.800,00	R\$ 136.300,00	R\$ 153.100,00	R\$ 149.400,00	R\$ 147.000,00
	Máximo	R\$ 1.448.000,00	R\$ 1.363.000,00	R\$ 1.531.000,00	R\$ 1.494.000,00	R\$ 1.470.000,00
UBS III	Mínimo	R\$ 168.800,00	R\$ 159.000,00	R\$ 178.400,00	R\$ 174.200,00	R\$ 171.300,00
	Máximo	R\$ 1.688.000,00	R\$ 1.590.000,00	R\$ 1.784.000,00	R\$ 1.742.000,00	R\$ 1.713.000,00
UBS IV	Mínimo	R\$ 192.500,00	R\$ 181.300,00	R\$ 203.500,00	R\$ 198.700,00	R\$ 195.400,00
	Máximo	R\$ 1.925.000,00	R\$ 1.813.000,00	R\$ 2.035.000,00	R\$ 1.987.000,00	R\$ 1.954.000,00

Reforma de Unidade Básica de Saúde – UBS

A reforma significa que a unidade candidata ao pleito realizará uma alteração nos ambientes sem acréscimo de área. A UBS a ser reformada deve ser própria do município e ter no mínimo 153,24 m².

VALORES MÍNIMOS E MÁXIMOS (R\$) – REFORMA DE UBS						
Porte da UBS	Limite	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
UBS I	Mínimo	R\$ 114.100,00	R\$ 107.400,00	R\$ 120.600,00	R\$ 117.700,00	R\$ 115.800,00
	Máximo	R\$ 684.600,00	R\$ 644.400,00	R\$ 723.600,00	R\$ 706.200,00	R\$ 694.800,00
UBS II	Mínimo	R\$ 144.800,00	R\$ 136.300,00	R\$ 153.100,00	R\$ 149.400,00	R\$ 147.000,00
	Máximo	R\$ 868.800,00	R\$ 817.800,00	R\$ 918.600,00	R\$ 896.400,00	R\$ 882.000,00
UBS III	Mínimo	R\$ 168.800,00	R\$ 159.000,00	R\$ 178.400,00	R\$ 174.200,00	R\$ 171.300,00
	Máximo	R\$ 1.012.800,00	R\$ 954.000,00	R\$ 1.070.400,00	R\$ 1.045.200,00	R\$ 1.027.800,00
UBS IV	Mínimo	R\$ 192.500,00	R\$ 181.300,00	R\$ 203.500,00	R\$ 198.700,00	R\$ 195.400,00
	Máximo	R\$ 1.155.000,00	R\$ 1.087.800,00	R\$ 1.221.000,00	R\$ 1.192.200,00	R\$ 1.172.400,00

Ponto de Apoio para Atendimento

O Ponto de Apoio para Atendimento é uma estrutura para apoio as ações previstas na Pnab, visando contemplar arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, definidos pelos gestores locais, equipes que atuam na Atenção Primária e Conselho Municipal de Saúde, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

O Ponto de Apoio será vinculado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e terá reconhecimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A estrutura física dos pontos de apoio para atendimento deverá ter no mínimo 36m² e no máximo 276 m². Atualmente, a UBS de menor porte possui 26 ambientes e metragem de 277,32 m², UBS Porte I. Os municípios deverão atentar-se aos ambientes mínimos previstos na Norma Sanitária Vigente (Resolução-RDC n.º 50 de 21 de fevereiro de 2002).

PONTO DE APOIO	VALOR M ²	VALOR MÍNIMO 36 M ²	VALOR MÁXIMO 276 M ²
Norte	R\$ 3.959,00	R\$ 142.524,00	R\$ 1.088.725,00
Nordeste	R\$ 3.728,00	R\$ 134.208,00	R\$ 1.025.200,00
Sudeste	R\$ 4.185,00	R\$ 150.660,00	R\$ 1.150.875,00
Sul	R\$ 4.086,00	R\$ 147.096,00	R\$ 1.123.650,00
Centro-Oeste	R\$ 4.018,00	R\$ 144.648,00	R\$ 1.104.950,00

Unidade Básica de Saúde Fluvial – UBSF

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF), providas com 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. As UBSF buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações, conforme preconizado na Pnab.



As UBSF devem ter os seguintes ambientes: consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipamento odontológico completo; área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outros ambientes conforme necessidade.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL	VALOR REPASSADO
Porte único	R\$ 1.889.450,00

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	4	8581	Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ampliação de Unidade Básica de Saúde	Requalifica-UBS	8581	Emenda e Programa	DF, M
	Ponto de Apoio para Atendimento			
Construção de Unidade Básica de Saúde	Requalifica-UBS	8581	Emenda e Programa	DF, M
Construção de Unidade Básica de Saúde Fluvial	UBS - Fluvial	8581	Emenda e Programa	M
Reforma de Unidade Básica de Saúde	Requalifica-UBS	8581	Emenda e Programa	DF, M
Aquisição de equipamento e material permanente para Unidades Básicas de Saúde	Equipamentos	8581	Emenda e Programa	DF, E, M
Aquisição de Unidade Móvel de Saúde	Transporte Eletivo em Saúde	8581	Emenda e Programa	DF, E, M

Aquisições de Equipamentos e Materiais Permanentes, Veículos para Transporte de Equipe na Atenção Primária e Transporte de Pessoas para Realizar Procedimentos Eletivos fora do Domicílio

Descrição: Trata-se do financiamento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes que objetiva o funcionamento e a execução do conjunto de ações propostas nas Unidades Básicas de Saúde, assim como o financiamento de veículos e embarcações para o transporte das equipes de Atenção Primária.

O Transporte Sanitário Eletivo é o transporte de pessoas para realização de procedimentos eletivos fora do domicílio, deslocamento programado fora de seu município de origem, que se faz em situações previsíveis reguladas e agendadas, sem urgência, realizado por veículos tipo lotação, conforme especificação disponível no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM), e que não apresentam risco de vida ou necessidade de transporte em decúbito horizontal.

VEÍCULOS PARA TRANSPORTE FINANCIADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE				
TIPO DE VEÍCULOS	NOME SIGEM	DESTINAÇÃO	VALOR DE REFERÊNCIA (R\$)	QUEM PODE SOLICITAR
Veículo para transporte de equipe na Atenção Primária	Veículo de passeio – transporte de equipe (5 pessoas, 0 km)	Transporte de equipe de saúde na Atenção Primária	R\$ 83.953,00	DF, M, E
Veículo para transporte de equipe na Atenção Primária	Veículo Pick-up Cabine Dupla 4x4 (Diesel)	Transporte de equipe de saúde de Atenção Primária	R\$ 271.799,00	
Veículo para transporte de equipe na Atenção Primária	Embarcação para transporte com motor popa (até 12 pessoas)	Embarcação para transporte em prol do acesso da população ribeirinha à Atenção Primária	R\$ 71.689,00	
Transporte Sanitário Eletivo	Micro-ônibus urbano de transporte sanitário	Veículo tipo micro-ônibus urbano para transporte de passageiros	R\$ 611.000,00	
Transporte Sanitário Eletivo	Micro-ônibus rural de transporte sanitário	Veículo tipo micro-ônibus rural para transporte de passageiros	R\$ 587.667,00	
Transporte Sanitário Eletivo	Veículo de Transporte Sanitário (com acessibilidade – 1 cadeirante)	Veículo de transporte sanitário	R\$ 304.800,00	

Os veículos, equipamentos e materiais permanentes e suas especificações passíveis de financiamento constam na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM), disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/renem/>

A destinação e o custeio dos veículos adquiridos são de responsabilidade do ente beneficiado e incluem todos os custos com os veículos, como custo fixo (administrativos, impostos, emplacamento e documentação do veículo, seguro contra sinistro, sistema de gestão, recursos humanos, limpeza, rastreamento, entre outros), e custo variável (custo por km rodado).

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo .

Base legal do Programa:

- Portaria Vigente.
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, e alterações, Título VII – Dos Investimentos, Capítulo I – Da Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Origem PRT GM/MS n.º 3.134/2013), Título IX – Do Financiamento Fundo a Fundo para Execução de Obras (Origem PRTM/MS.
- n.º 381/2017), Título VII – Dos Investimentos, Capítulo II – Da Construção e Ampliação das Unidades Básicas de Saúde, Seção III – Do Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), referente à Portaria n.º 340, de 4 de março de 2013 (Origem: PRT GM/MS n.º 340/2013); Seção IV – Do Componente Ampliação do Programa Requalificação

de Unidades Básicas de Saúde (UBS), (Origem: PRT GM/MS n.º 339/2013); Título II, Capítulo II, Seção I – Do Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Origem: PRT GM/MS n.º 341/2013).

- Resolução CIT n.º 10, de 8 de dezembro de 2016. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Resolução CIT n.º 13, de 23 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS.
- Resolução CIT n.º 22, de 27 de julho de 2017. Dispõe complementarmente sobre a execução dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, no âmbito da Portaria GM/MS n.º 3.134, de 17 de dezembro de 2013.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Saúde da Família e Comunidade (Desco)
 - Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (CGFAP)
- Esplanada dos Ministérios, Anexo – Ala B, 4º andar, Brasília/DF – CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9077



Saúde Bucal – Brasil Sorridente

Descrição: a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população. As principais linhas de ação do programa são a reorganização da Atenção Primária em Saúde Bucal, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF); a ampliação e a qualificação da atenção especializada, especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs), e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são estabelecimentos de saúde, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os CEOs estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- ◆ Endodontia;

- ♦ Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- ♦ Periodontia especializada;
- ♦ Diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer de boca; e
- ♦ Atendimento a pessoas com deficiências (PcD). Os centros são uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente.

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela Rede de Atenção Primária à Saúde e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal (eSB). A implantação de Centros de Especialidades funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é, o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos, e os estados e os municípios contribuem com outra parcela. Cada Centro de Especialidade Odontológica credenciado recebe do Ministério da Saúde recurso mensal para custeio do serviço.

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO):

TIPO	SERVIÇOS	CUSTEIO MENSAL
CEO Tipo I	Com três cadeiras odontológicas	R\$ 8.250,00
CEO Tipo II	Com quatro a seis cadeiras odontológicas	R\$ 11.000,00
CEO Tipo III	A partir de sete cadeiras odontológicas	R\$ 19.250,00

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	8581	Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde
10	301	5019	21CE	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de equipamentos e materiais permanentes	Saúde Bucal Brasil Sorridente	8581	Emenda e Programa	DF, E, M, F
Construção, ampliação e reforma dos Centros de Especialidades Odontológicas				
Fluoretação das águas de abastecimento público	Saúde Bucal Brasil Sorridente	8581	Emenda e Programa	DF,E, M
Capacitação sobre Saúde Bucal e estudo e pesquisa em Saúde Bucal	Saúde Bucal Brasil Sorridente	21CE	Emenda e Programa	DF, E, M, F

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Contrato de Repasse, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016.
- Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974; Decreto n.º 76.872, de 22 de dezembro de 1975;
- Portaria n.º 635, de 26 de dezembro de 1975;
- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017;
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Saúde da Família e Comunidade (Desco)
 - Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB)
- Esplanada dos Ministérios, Anexo – Ala B, 4º andar, Brasília/DF – CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9077

Consultório na Rua

Descrição: Em 2011, com a inclusão da modalidade de equipes específicas na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 ampliou-se a perspectiva de cuidado a ser ofertado para a população em situação de rua. Assim, foram instituídas as equipes de Consultórios na Rua, ampliando o acesso deste grupo populacional heterogêneo aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010, 2011).

As equipes de Consultório na Rua (eCR) são equipes multiprofissionais, com composição variável que realizam atendimentos de forma itinerante e atuam em unidade de saúde fixa ou móvel e são organizadas em três modalidades definidas, conforme composição profissional.

Modalidade I	Equipe formada minimamente por quatro profissionais, entre os quais dois destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B
Modalidade II	Equipe formada minimamente por seis profissionais, entre os quais três destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B
Modalidade III	Equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de equipamento e material permanente para Unidade Básica de Saúde	Equipamentos	8581	Emenda e Programa	DF, E, M
Estudo e pesquisa sobre Atenção Primária com ênfase na saúde da população em situação de rua	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde	21CE	Emenda e Programa	F
Veículo para transporte da Equipe de Consultório na rua (veículo de passeio, veículo tipo pick-up 4x4)	Equipamentos	8581	Emenda e Programa	DF, E, M

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017.
- Resolução CIT n.º 13, de 23 de fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS.
- Resolução CIT n.º 22, de 27 de julho de 2017. Dispõe complementarmente sobre a execução dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, no âmbito da Portaria GM/MS n.º 3.134, de 17 de dezembro de 2013.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Saúde da Família e Comunidade (Desco)
 - Coordenação- Geral de Saúde da Família e Comunidade (Cgesco)
 - Coordenação do Acesso e Equidade (CAEQ)
- Esplanada dos Ministérios, Anexo – Ala B, 4º andar, Brasília/DF – CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9077

4.1.3 Programa Estratégico: Promoção da Saúde

Descrição do Programa : A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem objetivo de “Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”. Em 2014, a PNPS foi redefinida por meio da Portaria n.º 2.446 (BRASIL, 2014), texto que atualmente integra o Anexo I da Portaria n.º 2, de 28 de setembro de 2017, a qual trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde (BRASIL, 2017).

Academia da Saúde



Descrição: O Programa Academia da Saúde foi instituído em 2011 como uma estratégia da Atenção Primária à Saúde, fundamentado na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde e modos de vida saudáveis, a produção do cuidado e a prevenção de doenças e agravos, por meio de ações nos seguintes temas: práticas corporais e atividades físicas; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade. As ações do Programa são desenvolvidas por profissionais de saúde em estabelecimentos denominados polos, os quais devem estar inseridos na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Ministério da Saúde realiza a transferência de incentivos financeiros de investimento e custeio destinado ao Programa, mediante disponibilidade orçamentária, bem como o apoio técnico na implantação e na implementação.

Os polos podem ser construídos nas modalidades básica, intermediária ou ampliada. A modalidade básica aplica-se apenas quando o polo será construído em endereço de até 100 metros de distância de unidade de saúde, em conformidade com a Portaria de Consolidação n.º 6, já que o polo básico apresenta restrição de ambientes e metragem.

Após a conclusão da obra do polo, o gestor municipal poderá solicitar o custeio, porém, reforça-se que o credenciamento de custeio e a manutenção mensal do repasse dependerão da disponibilidade orçamentária.

VALORES DOS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE POR MODALIDADE					
Modalidade Polo Academia	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Básica	R\$ 124.000,00	R\$ 127.000,00	R\$ 127.000,00	R\$ 124.000,00	R\$ 126.000,00
Intermediária	R\$ 190.000,00	R\$ 196.000,00	R\$ 194.000,00	R\$ 191.000,00	R\$ 193.000,00
Ampliada	R\$ 330.000,00	R\$ 340.000,00	R\$ 338.000,00	R\$ 332.000,00	R\$ 335.000,00

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	4	20YL	Estruturação de Academias da Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Implantação de Academia da Saúde	Academia da Saúde	20YL	Emenda e Programa	DF, M

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, e alterações, Título I, Capítulo I, Seção I – Do programa Academia da Saúde, Subseção I – Das Disposições Gerais (Origem PRTM/MS n.º 1.707/2016).
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, e alterações, Título IX – Do Financiamento Fundo a Fundo para Execução de Obras (Origem PRTM/MS n.º 381/2017).
- Resolução CIT n.º 10, de 8 de dezembro de 2016. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contato da área responsável:

- Secretaria: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento: Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde (Deppros)
- Endereço: St. de Administração Federal Sul Q 1 - G, 4º andar – Ala Sul, Brasília/DF
CEP: 70.058-900
Telefones: (61) 3315-9039/ 9057 / 6264

Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo

Descrição: O objetivo principal é qualificar a atenção integral para prevenção e controle das condições crônicas, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado, no contexto da Atenção Primária à Saúde. Entre as estratégias para alcance do objetivo estão: organização da atenção por meio de linhas de cuidado e dos protocolos clínicos das diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde; a promoção inter e intrasetorial das ações de prevenção e promoção da saúde; estratégias para fortalecer o rastreamento e o diagnóstico do câncer, com foco em câncer de colo de útero, mama e colorretal; apoio a organização do cuidado e aumento do acesso para a cessação do tabagismo, considerando o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, gerido pelo Inca, na atenção primária; o fomento do desenvolvimento de formação, estudos, pesquisas, análises e outras atividades técnico-científicas; a identificação de práticas inovadoras na Atenção Primária à Saúde para induzir melhores resultados em saúde; a oferta de ações de educação permanente em saúde para profissionais de saúde e gestores que atuam na Rede de Atenção Primária; a promoção de ações de comunicação social e disseminação de informações referentes à promoção da saúde, a prevenção e ao cuidado das doenças crônicas não transmissíveis para a população em geral.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	PO 0001	Implementação de Políticas de Promoção à Saúde e Atenção a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

Objetos Financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de Equipamento e Materiais Permanentes	Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo	21CE	Programa	DF, E, M, F
Capacitação em Prevenção de Condições de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo				
Estudo e Pesquisa sobre Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo				

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
- Lei n.º 10.439, de 30 de abril de 2002, que institui o dia nacional de prevenção e combate à hipertensão arterial e dá outras providências.
- Lei n.º 11.347, de 27 setembro de 2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.

- Portaria de Consolidação n.º 1, de 28 de setembro de 2017, Capítulo II – Dos Procedimentos Relativos à Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde. Subseção IV – Das Ações e Serviços de Promoção da Saúde (Origem: PRT MS/GM n.º 834/2016, Título II, Capítulo I, Seção IV). Entre outras ações estão: c) aconselhamento continuado para grupos específicos, como, por exemplo, diabéticos, obesos, pessoas com excesso de peso, hipertensos, celíacos; (Origem: PRT MS/ GM n.º 834/2016, art. 25, I, c) f) prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; g) implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento screening e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; e (Origem: PRT MS/GM n.º 834/2016, art. 25, IV, g) h) garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer, em conformidade com os protocolos e as diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM n.º 834/2016, art. 25); art. 527, X, sobre as datas comemorativas da Saúde – o Ministério da Saúde institui oficialmente a data 14 de novembro como Dia Nacional do Diabetes, como símbolo de luta contra a doença. Algum tempo depois, o nome também foi alterado para Dia Mundial do Diabetes. Atualmente, está previsto o Dia Nacional do Diabetes, em 14 de novembro, como o dia símbolo de luta contra a doença. (Origem: PRT MS/GM n.º 391/1997, art. 2º).
- Portaria de Consolidação n.º 1, de 28 de setembro de 2017. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XXXII.
- Portaria n.º 2.583, de 10 de outubro de 2007 – Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei n.º 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.
- Portaria GM n.º 739, de 28 de março de 2018 – Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017, para atualizar os valores de referência dos medicamentos do Programa Aqui Tem Farmácia Popular para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma.
- Portaria SAS/MS n.º 35, de 17 de janeiro de 2014 – Aprova o Protocolo Clínico Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Pulmonar.
- Lei n.º 7.488, de 11 de junho de 1986 – Cria o Dia Nacional de Combate ao Fumo e determina a realização de comemorações no dia 29 de agosto em todo o território nacional.
- Lei n.º 8.069, 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – Proíbe vender, fornecer ou entregar, à criança ou ao adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica. (Artigo 81).
- Decreto s/n. (1º de agosto de 2003) – Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos.
- Decreto n.º 1.012, de 28 de outubro de 2005 – Aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003.
- Decreto n.º 5.658, de 2 de janeiro de 2006 – Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 21 de maio de 2003, e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.
- Portaria Interministerial n.º 3.257, de 22 de setembro de 1988 – Recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho e confere certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo.
- Portaria Interministerial n.º 477, de 24 de março de 1995 – Recomenda às emissoras de televisão que evitem a transmissão de imagens em que apareçam personalidades conhecidas do público fumando e aos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde a recusa do patrocínio, da colaboração, do apoio ou da promoção de campanhas de saúde pública pelas indústrias de tabaco.

- Portaria Interministerial n.º 1.498, de 22 de agosto de 2002 – Recomenda às instituições de saúde e de ensino implantarem programas de ambientes livres da exposição tabagística ambiental. Confere certificados de honra ao mérito às instituições de saúde e de ensino que se destacarem em campanhas para o controle do tabagismo.
- Portaria do Ministério da Saúde n.º 300, de 9 de fevereiro de 2006 – Institui o programa Ministério da Saúde Livre do Tabaco, com a finalidade de elaborar e implementar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição em relação aos males provocados pelo uso do tabaco. Proíbe fumar em todas as dependências do Ministério da Saúde, tanto as sediadas no Distrito Federal como as sediadas nos estados e nos municípios.
- Portaria do Ministério da Saúde n.º 1.083, de 12 maio de 2011 – Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq).
- Portaria do Ministério da Saúde n.º 713, de 17 de abril de 2012 – Torna pública a Resolução n.º 1, de 15 de dezembro de 2011, que estabelece as diretrizes éticas aplicáveis aos membros da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (Conicq), na forma do anexo.
- Portaria do Ministério da Saúde n.º 571, de 5 de abril de 2013 – Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.
- Portaria Interministerial n.º 2.647, de 4 de dezembro de 2014 – Regulamenta as condições de isolamento, ventilação e exaustão ao ar e medidas de proteção ao trabalhador, em relação à exposição ao fumo nos ambientes estabelecidos no artigo 3º do Decreto n.º 2.018/1996, alterado pelo Decreto n.º 8.262/2014.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento: Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde (Deppros)
- Endereço: St. de Administração Federal Sul Q 1 - G, 4º andar – Ala Sul, Brasília/DF
 CEP: 70058-900
 Telefone: (61) 3315 - 6101
 E-mail: cgctab@saude.gov.br

4.1.4 Programa Estratégico: Práticas Integrativas e Complementares no SUS



Descrição do Programa: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de normativas e diretrizes que tem por objetivo incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Dentro da esfera federal, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a PNPIC através da Portaria GM/MS n.º 971, de 3 de maio de 2006. A PNPIC contemplou, inicialmente, diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia, além de estimular a ampliação destas práticas em diversos municípios brasileiros.

Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 novas práticas a partir da publicação da portaria GM n.º 849/2017: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Um ano após, em março de 2018, a Política foi ampliada com outras dez práticas a partir da publicação da portaria GM n.º 702, a saber: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. Essas 29 práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde.

Além de integrar essas práticas ao SUS, a PNPIC caracteriza-se por ser transversal em suas ações, possuindo grande potencial de articulação com as demais políticas de saúde. Apesar de as PICS integrarem prioritariamente a Atenção Primária à Saúde (APS), a Política está presente e pode ser implementada em todos os níveis de atenção, atuando em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entre os objetivos propostos pela PNPIC, cabe salientar sua notável contribuição para o aumento da resolubilidade do Sistema e a ampliação do acesso às PICS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, em consonância com o desenvolvimento sustentável das comunidades.

As diretrizes trazidas por essa Política norteiam a implantação das PICS na rede pública de saúde local e definem as responsabilidades institucionais para as três esferas de gestão: federal, estadual e municipal. Entretanto, por força da autonomia interfederativa e da descentralização previstas no escopo normativo do SUS, estados e municípios podem aderir ou não às boas práticas sugeridas na PNPIC. Caso decidam aderir, podem ainda elaborar suas próprias políticas locais, escolher quais PICS pretendem ofertar em seus serviços, elaborar critérios próprios para essa oferta, decidir sobre a alocação de profissionais qualificados para atuarem com as práticas e definir os recursos orçamentários e financeiros para implementação dessa Política.

A gestão nacional da PNPIC recomenda que esses critérios para a oferta de práticas no SUS devem ser fundamentados nas necessidades de saúde regionais, na demanda da população e nas condições e possibilidades das redes, unidades, processos e fluxos de trabalho locais, como forma de garantia da segurança e da qualidade do serviço ofertado.

Quanto aos recursos destinados às PICS, eles integram o Piso da Atenção Primária à Saúde (PAP) de cada município, sendo facultado ao gestor aplicá-los de acordo com a prioridade do território, incluindo sua oferta no plano de saúde local.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	000B	Implementação da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab)

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção Primária	Implementação da Políticas de Atenção Primária à Saúde	21CE	Emenda e Programa	DF, E, M, F
Estudo e pesquisa sobre Atenção Primária				

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.
- Portaria GM/MS NO 4.833, de 30 de dezembro de 2022
- Portaria SAS n.º 1.988, de 20 de dezembro de 2018.
- Portaria GM n.º 702, de 21 de março de 2018.
- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXV.
- Portaria n.º 145, de 11 de janeiro de 2017.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016.
- Portaria SAS n.º 470, de 19 de agosto de 2011.
- Portaria DNPM n.º 127, de 25 de março de 2011.
- Portaria de Consolidação n.º 5 Capítulo IV Seção II.
- Portaria SAS n.º 84, de 25 de março de 2009.
- Portaria Interministerial n.º 2.960, de 9 de dezembro de 2008.
- Portaria SAS n.º 154, de 18 de março de 2008.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI)
 - Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral (Cgaci)
- Endereço: Edifício P.O. 700, SRTV 702, Via W5 Norte, 5º andar, Brasília/DF – CEP: 70091-900
 Telefone: (61) 3315-6212/(61) 3315-6213/(61) 3315-6214/(61) 3315-9136
 E-mail: dgci@saude.gov.br

4.1.5 Programa Estratégico: Rede Cegonha

Descrição do Programa: é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento familiar e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional.

A Rede Cegonha articula ações de atenção à saúde, com segurança e humanização, às famílias brasileiras, desde o planejamento familiar, a saúde sexual, a saúde reprodutiva, a confirmação da gravidez, o pré-natal, o parto e o puerpério, com o cuidado nos primeiros anos de vida do bebê.

O objetivo central é a redução das mortalidades materna e na infância, com ações que visam ao fortalecimento, à ampliação e à mudança para a atenção integral às famílias, alicerçadas no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), incorporando práticas de cuidado centrado nas pessoas, baseadas em evidências científicas e em necessidades e fatos.

O financiamento no programa é orientado pela apresentação e aprovação dos Planos de Ação Regionais, elaborados conjuntamente pelos municípios integrantes da região e pactuados em Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Como oferta, propõem-se investimentos (reforma, ampliação, construção e equipamento) para a implantação ou adequação de:

- ◆ **Centro de Parto Normal (CPN):** unidade destinada à assistência ao parto de risco habitual, pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada nas dependências internas ou externas ao estabelecimento hospitalar.
- ◆ **Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP):** residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco identificadas pela atenção primária ou especializada.
- ◆ **Ambiência dos serviços que realizam partos:** ambiência dos centros obstétricos, portas de entrada e alojamentos conjuntos das maternidades.
- ◆ **Maternidade:** unidades hospitalares de cuidado e assistência ao parto normal e operatório de gestantes de baixo e alto risco.



- ♦ **Unidade Neonatal:** a Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que apresentem condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada.
 - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin): ambiente de alta complexidade com atendimento especializado ao recém-nascido grave.
 - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo): ambiente de recém nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade que na Utin.
 - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa): serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para a prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 horas por dia, até a alta hospitalar.
- ♦ **Banco de Leite Humano (BLH):** é um serviço especializado, responsável por ações de promoção, de proteção e de apoio ao aleitamento materno e pela execução das atividades de: coleta da produção láctea de nutrizes, do seu processamento, controle de qualidade e distribuição.

VALORES DA PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO NO FINANCIAMENTO PARA CONSTRUÇÃO E/OU AMPLIAÇÃO DO PROGRAMA DA REDE CEGONHA (SAÚDE DAS MULHERES, SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO)

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	ÁREA (M²)	VALOR GLOBAL (R\$) 2023 – CONSTRUÇÃO / AMPLIAÇÃO				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Centro de Parto Normal (CPN) – 5 PPP (Peri-hospitalar)*	293*	1.532.000,00	1.443.000,00	1.620.000,00	1.582.000,00	1.555.000,00
Centro de Parto Normal (CPN) – 3 PPP (Peri-hospitalar)*	270**	1.084.000,00	1.021.000,00	1.146.000,00	1.119.000,00	1.100.000,00

*Cálculo de áreas realizado de acordo com Projetos de Arquitetura de Referência.

**Áreas estimadas com base nos Projetos de Arquitetura de Referência.

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	ÁREA (M²)	VALOR GLOBAL (R\$) 2023 – CONSTRUÇÃO / AMPLIAÇÃO				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea* (20 usuárias)	356*	1.122.000,00	1.056.000,00	1.186.000,00	1.157.000,00	1.138.000,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – 2 pavimentos* (20 usuárias)	393*	1.167.000,00	1.099.000,00	1.234.000,00	1.205.000,00	1.184.000,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (15 usuárias)	215**	822.000,00	775.000,00	869.000,00	849.000,00	834.000,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (10 usuárias)	160**	611.000,00	576.000,00	646.000,00	631.000,00	620.000,00

*Cálculo de áreas, realizado de acordo com Projetos Arquitetônicos de Referência.

**Áreas estimadas com base nos Projetos Arquitetônicos de Referência.

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR ESTIMADO DE CUSTO/M² (R\$) 2023 – AMPLIAÇÃO				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (20 usuárias)	3.149,00	2.966,00	3.329,00	3.250,00	3.195,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – 2 pavimentos (20 usuárias)	2.968,00	2.796,00	3.138,00	3.064,00	3.012,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (15 usuárias)	3.149,00	2.966,00	3.329,00	3.250,00	3.195,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (10 usuárias)	3.149,00	2.966,00	3.329,00	3.250,00	3.195,00
Centro de Parto Normal (CPN) – 5 PPP (Peri-hospitalar)*	3.897,00	3.671,00	4.120,00	4.023,00	3.956,00
Centro de Parto Normal (CPN) – 3 PPP (Peri-hospitalar)*	3.897,00	3.671,00	4.120,00	4.023,00	3.956,00

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR ESTIMADO DE CUSTO/M² (R\$) 2023 – AMPLIAÇÃO				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin)	5.798,00	5.467,00	6.128,00	5.988,00	5.886,00
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	4.160,00	3.923,00	4.397,00	4.297,00	4.224,00
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	5.798,00	5.467,00	6.128,00	5.988,00	5.886,00
Banco de Leite Humano (BLH)	4.160,00	3.923,00	4.397,00	4.297,00	4.224,00
Centro de Parto Normal (CNP) – Intra-hospitalar	4.160,00	3.923,00	4.397,00	4.297,00	4.224,00

VALORES PARAMÉTRICOS DA PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO NO FINANCIAMENTO PARA REFORMA OU AMPLIAÇÃO DE AMBIÊNCIA DOS SERVIÇOS QUE REALIZAM PARTO – PROGRAMA DA REDE CEGONHA (SAÚDE DAS MULHERES, SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO)

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR ESTIMADO DE CUSTO/M² (R\$) 2023 – AMPLIAÇÃO				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Ambiência dos serviços que realizam partos	3.889,00	3.667,00	4.111,00	4.017,00	3.949,00

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR ESTIMADO DE CUSTO/M² (R\$) 2023 – REFORMA				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Ambiência dos serviços que realizam partos	2.334,00	2.201,00	2.467,00	2.411,00	2.370,00

VALORES MÍNIMOS* E MÁXIMOS DA PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO NO FINANCIAMENTO PARA REFORMA DO PROGRAMA DA REDE CEGONHA (SAÚDE DAS MULHERES, SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO)

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	REFORMA – VALOR MÁXIMO (R\$) 2023				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (20 usuárias)	673.200,00	633.600,00	711.600,00	694.200,00	682.800,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – 2 pavimentos (20 usuárias)	700.200,00	659.400,00	740.400,00	723.000,00	710.400,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (15 usuárias)	493.200,00	465.000,00	521.400,00	509.400,00	500.400,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (10 usuárias)	366.600,00	345.600,00	387.600,00	378.600,00	372.000,00
Centro de Parto Normal (CPN) – 5 PPP (Peri-hospitalar)*	919.200,00	865.800,00	972.000,00	949.200,00	933.000,00
Centro de Parto Normal (CPN) – 3 PPP (Peri-hospitalar)*	650.400,00	612.600,00	687.600,00	671.400,00	660.000,00

*O valor MÍNIMO de reforma corresponde a 50% do valor máximo.

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR ESTIMADO DE CUSTO/M² (R\$) 2023 – REFORMA				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)– térrea (20 usuárias)	1.890,00	1.780,00	1.998,00	1.950,00	1.917,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – 2 pavimentos (20 usuárias)	1.781,00	1.678,00	1.883,00	1.839,00	1.808,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – Térrea (15 usuárias)	1.890,00	1.780,00	1.998,00	1.950,00	1.917,00
Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) – térrea (10 usuárias)	1.890,00	1.780,00	1.998,00	1.950,00	1.917,00
Centro de Parto Normal (CNP) – Peri-hospitalar	2.339,00	2.203,00	2.472,00	2.414,00	2.374,00
Centro de Parto Normal (CNP) – Intra-hospitalar	2.496,00	2.354,00	2.639,00	2.579,00	2.535,00
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin)	3.479,00	3.281,00	3.677,00	3.593,00	3.532,00
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	3.479,00	3.281,00	3.677,00	3.593,00	3.532,00
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)	2.496,00	2.354,00	2.639,00	2.579,00	2.535,00
Banco de Leite Humano (BLH)	2.496,00	2.354,00	2.639,00	2.579,00	2.535,00

*O valor MÁXIMO de reforma corresponde a 60% do valor de ampliação.

**O valor MÍNIMO de reforma corresponde a 50% do valor máximo.

VALORES DA PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO NO FINANCIAMENTO PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS NOS COMPONENTES DO PROGRAMA DA REDE CEGONHA (SAÚDE DAS MULHERES)

COMPONENTE	OBJETO	VALOR EM REAIS (R\$)
Maternidades	Equipamentos	De acordo com o projeto apresentado
CPNi até 5 quartos PPP	Equipamentos	R\$ 165.000,00 por estabelecimento
CPNi até 3 quartos PPP	Equipamentos	R\$ 100.000,00 por estabelecimento
Ambiência dos serviços que realizam partos	Equipamentos	R\$ 100.000,00 por estabelecimento
CGBP com 10 ou 15 camas	Equipamentos	R\$ 40.000,00 por estabelecimento
CGBP com 20 camas	Equipamentos	R\$ 50.000,00 por estabelecimento

VALORES DA PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO NO FINANCIAMENTO PARA COMPONENTES DO PROGRAMA DA REDE CEGONHA (SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO)

COMPONENTE	OBJETO	VALOR EM REAIS (R\$)
Utin	Equipamento	Até R\$ 100.000,00/leito novo
UCINCo	Equipamento	Até R\$ 80.000,00/leito novo
UCINCa	Equipamento	Até R\$ 50.000,00/leito novo
BLH	Equipamento	Até R\$ 100.000,00 por unidade

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	302	5018	8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde	
10	301	5019	21CE	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde	

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE QUEM PODE RECURSO	RECEBER?
Capacitação em Atenção à Rede Cegonha	Implementação de políticas de Atenção à Rede Cegonha	21CE	Programa e Emenda	DF, E, M, F, P
Estudo e pesquisa sobre a Rede Cegonha				

continua ↩

continuação

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE QUEM PODE RECURSO	RECEBER?
Ampliação	Ambiência de serviços que realizam parto	8535	Emenda e Programa	DF, E, M
	Centro de Parto Normal (CPN)			
	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)			
	Maternidade			
	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin)			
	Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo)			
	Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa)			
	Banco de Leite Humano (BLH)			

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE QUEM PODE RECURSO	RECEBER?
Reforma	Ambiência de serviços que realizam parto	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, F
	Centro de Parto Normal (CPN)			
	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)			
	Maternidade			
	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin)			
	Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo)			
	Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa)			
	Banco de Leite Humano (BLH)			

continua

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE QUEM PODE RECURSO	RECEBER?
Aquisição de Equipamento e Material Permanente	Ambiência de serviços que realizam parto	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, F
	Centro de Parto Normal (CPN)			
	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)			
	Maternidade			
	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin)			
	Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo)			
	Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa)			
	Banco de Leite Humano (BLH)			
Construção	Centro de Parto Normal (CPN)	8535	Emenda e Programa	DF, E, M
	Maternidade			

Instrumentos de repasse:

OBJETO	INSTRUMENTO
Obra	Fundo a Fundo, Contrato de Repasse, Termo de Execução Descentralizada
Equipamento	Fundo a Fundo, Convênio
Capacitação	Termo de Execução Descentralizada
Estudo e Pesquisa	Termo de Execução Descentralizada

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo III, arts. 18 e 19, Anexo 2.
- Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo II, arts.1º a 95.
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, Título VII, arts. 653 a 672, Título VIII, arts. 807 a 809 e arts. 817 a 857, Título IX, arts. 1.104 a 1.120, Anexo LVIII.
- Portaria SAS/MS n.º 650, de 5 de outubro de 2011.
- RDC Anvisa n.º 36, de 3 de junho de 2008.
- RDC Anvisa n.º 171, de 4 de setembro de 2006.
- RDC Anvisa n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
- Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI)
- Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral (Cgaci)
- Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (Cacriad)
- Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher (Cosmu)

Endereço: SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 5º andar, Brasília/DF. CEP: 70719-040

Telefones: (61) 3315-9126 / 6242 / 9101

E-mail: dgci@saude.gov.br

4.1.6 Programa Estratégico: Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa

Descrição do Programa: a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) tem a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa política tem como principais diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e desenvolvimento de estudo e pesquisas; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS.



Atualmente, uma das principais estratégias para a implementação da PNSPI é o apoio aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a implementação da linha de cuidado integral à saúde da pessoa idosa no SUS.

A implementação da Linha de Cuidado tem por objetivo organizar e qualificar a atenção integral e longitudinal à saúde da pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção primária como orientadora e coordenadora do cuidado em saúde às pessoas com 60 anos ou mais, que representam aproximadamente 15% da população brasileira, ou seja, 31.693.753 milhões de pessoas (Estimativas 2022 - TabNet/DataSUS, extraído em 07/02/2023). Para a implementação da linha, é necessário que os profissionais e os gestores de saúde sejam capacitados a partir das orientações elaboradas pelo Ministério da Saúde, de forma que qualifiquem as suas ações para a identificação das redes e dos serviços existentes no território, organização dos serviços de atenção à saúde, conhecimento das necessidades em saúde dos idosos do território, identificação dos idosos vulneráveis na comunidade, entre outras.

Cabe ainda destacar que a Avaliação Multidimensional é o meio inicial e estratégica para o processo de implementação da linha de cuidado integral à saúde da pessoa idosa no SUS, pois ela abarca três dimensões: a dimensão clínica, a dimensão psicossocial e a dimensão funcional da pessoa idosa, fornecendo, assim, subsídios para a construção de um projeto terapêutico singular, conforme preconizado no documento: Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse sentido, as capacitações devem contemplar as orientações da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária Copid. É muito importante destacar que os gestores que decidirem implementar a linha de cuidado integral à saúde da pessoa idosa no SUS tem autonomia para escolher qual instrumento utilizar entre os vários modelos para se realizar a avaliação multidimensional.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um dos instrumentos utilizados para se realizar a avaliação multidimensional da saúde da pessoa idosa, além de possibilitar a posse das informações por parte do usuário, cuidador e familiares.

Até o ano de 2021, a COPID imprimia e distribuía cadernetas, por meio de licitação, aos municípios que manifestassem interesse em implementá-la. Atualmente, é disponibilizado o arquivo de impressão da caderneta e da sua ficha espelho, caso o município queira fazer uso do instrumento por meio de recursos próprios, para a realização da avaliação multidimensional.

A Ficha Espelho apresenta um resumo da caderneta numa única folha frente e verso, trazendo assim, as informações primordiais das três dimensões que compõem a avaliação multidimensional já mencionada.

Para solicitar os arquivos com resolução adequada para impressão em gráfica da Caderneta e/ou de sua Ficha Espelho, basta enviar e-mail para caderneta.pessoaidosa@saude.gov.br

Os parlamentares com interesse em apresentar emendas para capacitação de gestores e de profissionais de saúde, para a implementação da Linha de Cuidado Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde, deverão discutir com a área técnica a elaboração da proposta, a fim de alinhamento das ações, conforme diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	0007	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	21CE	Programa e Emenda	DF, E, M, P, F
Estudo e pesquisa sobre a Saúde da Pessoa Idosa				

- 1) Capacitação em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa:** as ações de capacitação têm como foco capacitar os gestores e os profissionais de saúde, em temas sobre o envelhecimento e as especificidades de saúde da pessoa idosa, com objetivo de organizar a atenção à saúde da pessoa idosa e implementar a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa.
- 2) Estudos e Pesquisas sobre a Saúde da Pessoa Idosa:** as ações de estudo e pesquisa visam fomentar investigações sobre temas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa, a fim de subsidiar o planejamento e a tomada de decisão na gestão da política de saúde da pessoa idosa.

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Decreto n.º 9.921, de 18 de julho de 2019.
- Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema único de Saúde (SUS). Brasília, 2018.
- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XI, arts. 1º e 2º, Anexo 1, Anexo 2.
- Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral.
- XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Maio, 2014.
- Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003.
- Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- Lei n.º 13.466 de 12 de julho de 2017 (altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003).

Contato da área responsável:

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI).
 Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral (Cgaci)
 Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária (COPID).
 Endereço: SRTVN, Quadra 701, Via W% Norte, lote D, Ed. PO 700 5º andar,
 Brasília/DF. CEP: 70723-040
 Telefone: (61) 33159139/6226
 E-mail: dgci@saude.gov.br

4.1.7 Programa Estratégico: Atenção Integral à Saúde do Homem

Descrição do Programa: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish) visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades.



Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	0005	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção à Saúde do Homem	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Homem	21CE	Programa e Emenda	DF, E, M, P, F
Estudo e Pesquisa sobre a Saúde do Homem				

- 1) **Capacitação em Atenção Integral à Saúde do Homem:** fornecer qualificação para os profissionais de saúde na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish).
- 2) **Estudos e pesquisas em Atenção à Saúde do Homem:** desenvolvimento de pesquisas/estudos para melhor conhecimento da saúde dos homens e suas vulnerabilidades, estabelecendo estratégias e ações na perspectiva de promover o cuidado da saúde masculina.

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XII, arts. 1º a 8º.
- Portaria GM/MS n.º 3.562, de 12 de dezembro de 2021.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI)
 - Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral (Cgaci)
 - Coordenação de Atenção à Saúde do Homem (Cosah)
- Endereço: SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 5º andar,
Brasília/DF. CEP: 70719-040
Telefones: (61) 3315-9102 / 6222 / 9100 E-mail: dgci@saude.gov.br

4.1.8 Programa Estratégico: Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem

Descrição do Programa: a Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem ganha destaque pela magnitude populacional desse público, pela sua particular vulnerabilidade no curso de vida e pela capacidade que seu estado de saúde tem de produzir efeitos duradouros e abrangentes nas etapas subsequentes, inclusive nas vidas vinculadas. Uma programação de saúde que atenda às demandas específicas e inadiáveis das pessoas nesses ciclos de vida possibilita que adolescentes e jovens desfrutem de alto nível de saúde e possam alcançar pleno desenvolvimento de suas capacidades individuais.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	0004	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção à Saúde do Adolescente	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem	21CE	Programa	DF, E, M, P, F
Estudo e Pesquisa sobre a Saúde do Adolescente e do Jovem				



Capacitação e Estudo e Pesquisa em Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem: ações para aprimoramento da atenção à saúde oferecida a adolescentes e jovens em função das necessidades específicas características das pessoas desses ciclos de vida.

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, 2010.
- Marco Legal – Saúde, Um Direito de Adolescentes. Brasília, 2007.
- Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização de Serviços de Saúde. Brasília, 2007.
- Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na Atenção Básica (2017).
- Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde (2013).
- Linha de Cuidado para a Atenção Integral de crianças, adolescentes e de suas famílias em situação de violências (2014).

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI)
 - Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral (Cgaci)
 - Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e Adolescentes (Cacriad)
- Endereço: SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 5º andar,
Brasília/DF. CEP: 70719-040
Telefones: (61) 3315-9128 / 9129 E-mail: dgci@saude.gov.br



4.1.9 Programa Estratégico: Atenção à Saúde da Criança

Descrição do Programa: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e os cuidados integrais, visando à redução da morbimortalidade e a um ambiente facilitador da vida com condições dignas de existência e de pleno desenvolvimento.

A Pnaisc está estruturada em sete eixos estratégicos: os sete eixos estratégicos que compõem a política têm a finalidade de orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e os serviços de saúde da criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos. São eles: 1) atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; 2) aleitamento materno e alimentação complementar saudável; 3) promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; 5) atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; 6) atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; 7) vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Suas ações organizam-se a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase para as redes temáticas, em especial à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território, e servirão de fio condutor do cuidado, transversalizando a Rede de Atenção à Saúde, com ações e estratégias voltadas à criança, na busca da integralidade, por meio de linhas de cuidado e metodologias de intervenção, o que pode se constituir em um grande diferencial a favor da saúde da criança.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	0003	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção à Saúde da Criança	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Criança	21CE	Programa e Emenda	DF, E, M, P, F
Estudo e Pesquisa sobre a Saúde da Criança				

Capacitação em Atenção Integral à Saúde da Criança: fornecer subsídios para os profissionais de saúde no que diz respeito às principais questões que afetam a saúde da criança e as especificidades de saúde de cada faixa etária.

Estudo e pesquisa em Atenção à Saúde da Criança: fomentar a realização de pesquisas para obter diagnóstico e novos conhecimentos e práticas que subsidiem a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo X, arts. 1º a 41, Anexo 1.
- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, Capítulo IV, arts. 437 a 446.
- Portaria SAS/MS n.º 371, de 7 de maio de 2014.
- Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016.
- Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI).
 - Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral (Cgaci)
 - Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e Adolescentes (Cacriad)
- Endereço: SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 5º andar,
Brasília/DF. CEP: 70719-040
Telefone: (61) 3315-9126
E-mail: dgci@saude.gov.br



4.1.10 Programa Estratégico: Atenção à Saúde da Mulher

Descrição do Programa: a Atenção Integral à Saúde da Mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde em conformidade com as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles: atenção primária, atenção secundária e terciária.

O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher, considerando a atenção primária à saúde (APS), como porta preferencial de entrada da usuária no sistema.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) tem por objetivos gerais:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a Atenção Integral à Saúde da Mulher no Sistema Único de Saúde.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	0006	Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção à Saúde da Mulher	Implementação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher	21CE	Programa e Emenda	DF, E, M, P, F
Estudo e Pesquisa sobre a Saúde da Mulher				

- 1) Capacitação em Atenção Integral à Saúde da Mulher:** qualificação da Atenção à Saúde da Mulher com o foco na gestação, no parto, no puerpério, no planejamento familiar e no climatério.
- 2) Estudo e pesquisa em Atenção à Saúde da Mulher:** fomentar a realização de estudos para elaboração de diagnóstico, novos conhecimentos e práticas que subsidiem a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo II.
- Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: Princípios e Diretrizes, 2004.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Gestão do Cuidado Integral (DGCI)
 - Coordenação Geral de Articulação do Cuidado Integral (Cgaci)
 - Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher (Cosmu)
- Endereço: SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 5º andar,
Brasília/DF. CEP: 70719-040
Telefone: (61) 3315-9101
E-mail: dgci@saude.gov.br

4.1.11 Programa Estratégico: Políticas de Promoção da Equidade

Descrição do Programa : De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a Promoção da Equidade consiste na oferta de cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Saúde Integral da População Negra

Descrição: No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pela Portaria n.º 992 aprovada em 13 de maio de 2009. Tendo como objetivo principal a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Para sua execução é necessária a parceria entre profissionais, gestores e usuários do SUS, a partir do reconhecimento do racismo enquanto determinação social de saúde.

Entre as ações estratégicas utilizadas para a implementação da Política, destacam: a articulação com setores internos e externos das secretarias municipais e estaduais, a realização de atividades de sensibilização/educativas, a inclusão da PNSIPN nos instrumentos de gestão e a articulação com sociedade civil foram apontadas. A parceria com outras instituições de promoção da igualdade racial, a articulação com as universidades, o compromisso do Secretário Municipal ou Estadual, o reconhecimento da população e a existência na secretaria de uma estrutura de promoção da equidade (BATISTA *et al.*, 2020).

Para o fortalecimento da implementação da Política, tem-se por objetivo:

- Apoiar a implantação de instâncias de gestão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos estados e municípios;
- Prover apoio técnico e financeiro para a implementação de estratégias antirracistas no campo da saúde, incluindo as condições para realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização de gestores, de políticas públicas e sociedade civil;
- Fortalecer a sociedade civil que atua no campo da saúde da população negra;
- Garantir e ampliar o acesso da população quilombola, às ações e aos serviços de saúde;
- Apoiar o desenvolvimento de diretrizes e ações para reduzir na população negra agravos considerados prioritários, segundo necessidades locais, sobretudo morbimortalidade materna e infantil e provocada por causas violentas, doença falciforme, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, diabetes, hipertensão, hanseníase, câncer de colo de útero e de mama, violência obstétrica, dentre outras;
- Promover apoio as ações que reconheçam os saberes e as práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matriz africana, parteiras e benzedadeiras;
- Estabelecer estratégias para inclusão de religiosos de matriz africana como parceiros do SUS;
- Sensibilizar a população para as temáticas relacionadas à saúde da população negra (Comunicação Social);
- Investir na divulgação dos dados epidemiológicos segundo raça/cor;
- Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre os efeitos e o combate ao racismo na saúde.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	0002	Implementação de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção Primária	Implementação da Política de Promoção da Equidade em Saúde	21CE	Emenda e Programa	F
Estudo e pesquisa sobre Atenção Primária com ênfase na saúde da população negra				

Instrumentos de repasse: Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017.
- Lei n.º 10.678, de 22 de maio de 2003 - Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências.
- Portaria MS/GM n.º 936, de 19 de maio de 2004 - Reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas;
- Portaria n.º 1.678, de 16 de agosto de 2004 - Instituiu o Comitê Técnico da Saúde da População Negra;
- Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006 - Compromete-se com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira;
- Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- Lei n.º 12.288, de 20 de julho de 2010 - Institui o Estatuto da Igualdade Racial;
- Resolução n.º 2/CIT, de 2 de setembro de 2014, que dispõe sobre o II Plano Operativo (2013-2015) da PNSIPN no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual ratifica os compromissos sanitários prioritários pactuados entre as esferas de governo da consolidação do SUS, visando qualificar a gestão, as ações e serviços do sistema de saúde;
- Portaria n.º 344, de 1º de fevereiro de 2017 - Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Saúde da Família e Comunidade (Desco)
 - Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade (Cgesco)
 - Coordenação de Atenção à População Negra (CAPN)
- Esplanada dos Ministérios, Anexo, Ala B, 4º andar, Brasília/DF. CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9077

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP

Descrição: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída pela Portaria Interministerial nº1/2014, dos Ministérios da Saúde da Justiça e Segurança Pública e tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no SUS. A PNAISP oferece ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no sistema prisional, em todo o itinerário carcerário para toda a população privada de liberdade, e também para os profissionais destes serviços penais, familiares e outras pessoas relacionadas ao sistema, como voluntários. A adesão à PNAISP ocorrerá mediante a pactuação do ente federativo com a União, sendo que adesão dos municípios é facultativa.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	000B	Implementação da Política Nacional de Atenção Básica

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção Primária	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)	21CE	Emenda e Programa	DF, E, M, F
Estudo e pesquisa sobre Atenção Primária com ênfase na saúde da população privada de liberdade				

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria Interministerial nº1/2014
- Portaria GM/MS nº2.298, de 9 de setembro de 2021
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Saúde da Família e Comunidade (Desco)
 - Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade (Cgesco)
- Esplanada dos Ministérios, Anexo, Ala B, 4º andar, Brasília/DF. CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9077

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

Descrição: A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 3, do dia 6 de dezembro de 2011, é um marco histórico na Saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. A PNSIPCF tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde. A política é composta por objetivos, diretrizes e estratégias que exigem responsabilidades da gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	000B	Implementação da Política Nacional de Atenção Básica

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção Primária	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta	21CE	Emenda e Programa	DF, E, M, F
Estudo e pesquisa sobre Atenção Primária com ênfase na saúde da população campo, floresta e águas				

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011
- Resolução nº 3, do dia 6 de dezembro de 2011

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Saúde da Família e Comunidade (Desco)
 - Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade (Cgesco)
- Esplanada dos Ministérios, Anexo, Ala B, 4º andar, Brasília/DF. CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9077

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Descrição: A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	301	5019	21CE	0002	Implementação de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação em Atenção Primária	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	21CE	Emenda e Programa	DF, E, M, F
Estudo e pesquisa sobre Atenção Primária com ênfase na saúde da população LGBT				

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Constituição Federal de 1988 (CF/88)
- Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps)
 - Departamento de Saúde da Família e Comunidade (Desco)
 - Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade (Cgesco)
- Esplanada dos Ministérios, Anexo, Ala B, 4º andar, Brasília/DF. CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9077

4.2 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

4.2.1 Programa Estratégico: Incremento Temporário do Teto da Média e Alta Complexidade – MAC

Descrição do programa: os recursos do Incremento Temporário do Teto da Média e Alta Complexidade (MAC) destinam-se ao custeio dos mesmos itens de despesa financiados pelo Teto da Média e Alta Complexidade. Dessa forma, os recursos de emenda parlamentar destinados ao Incremento Temporário do Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) NÃO poderão ser utilizados para o pagamento de:

- I) Servidores inativos.
- II) Servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde.
- III) Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde.
- IV) Pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado.
- V) Obras de construções novas bem como de ampliações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Ressalta-se que a utilização dos recursos do Incremento MAC deverá estar alinhada com o plano de saúde do município, estar prevista na Programação Anual de Saúde, guardando coerência entre os instrumentos de planejamento e de prestação de contas, por meio do Relatório Anual de Gestão a ser apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde.

Trata-se de recurso temporário destinado a complementar o custeio dos serviços de Assistência à Média e Alta Complexidade (MAC), com o objetivo de melhorar o atendimento à população incrementando o financiamento da rede própria de atendimento e/ou gerenciadas por entidades privadas sem fins lucrativos contratadas, conveniadas ou com instrumento congênere firmado com o ente beneficiado. Poderão ser alocados recursos de emenda na ação 2E90 – Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas, para posterior cadastro de solicitação por estado ou município para incrementar o MAC, de maneira temporária, em até 100% da produção aprovada no Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), com o ano de referência definido em portaria.

Os valores máximos para custeio de unidades próprias de estados, Distrito Federal e municípios, assim como para as entidades privadas sem fins lucrativos contratadas, conveniadas ou com instrumento congênere firmado com o ente beneficiado estão disponíveis no sítio do Fundo Nacional de Saúde (portalfns.saude.gov.br).

As entidades privadas sem fins lucrativos ficarão sujeitas à demonstração de atendimento de metas:

- I) Quantitativas, para ressarcimento até a integralidade dos serviços prestados pela entidade e previamente autorizados pelo gestor; ou
- II) Qualitativas, cumpridas durante a vigência do contrato, tais como aquelas derivadas do aperfeiçoamento de procedimentos ou de condições de funcionamento das unidades.

No caso de Cnes vinculado à entidade privada sem fins lucrativos, os recursos deverão ser transferidos por meio do instrumento de contratualização, no sentido de estabelecer metas complementares ao contrato existente ou, ainda, firmar novo contrato para atender às demandas específicas.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	302	5018	2E90	Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Incremento Temporário do MAC	Incremento do Custeio da Média e Alta Complexidade (MAC)	2E90	Emenda	DF, E, M

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo.

Base legal do programa:

- Portaria Vigente.
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017 – Título I.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)
- Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac)
Esplanada dos Ministérios Bloco G, Ed. Anexo, 1º andar, Ala B – Brasília/DF
Telefone: (61) 3315-5812

4.2.2 Programa Estratégico: Atenção Especializada à Saúde

Descrição do programa: caracteriza-se por promover coordenadamente os serviços especializados de média e alta complexidade em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno. Tem como finalidade realizar a atenção de modo integral aos usuários do serviço de média e alta complexidade, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Os serviços ambulatoriais, de internação hospitalar, cirúrgicos, de atendimento ao paciente crítico, laboratório de análises clínicas e serviços de imagem estão entre os alvos de atuação do programa estratégico.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	302	5018	8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM RECEBER?
Ampliação	Hospital de Alta Complexidade	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, F
	Ambulatório			
	Hospital			
	Unidades de Cuidados Prolongados			
	Centro/Unidade de Alta Complexidade em Oncologia			
Construção	Ambulatório	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, F
	Hospital			
Reforma	Hospital de Alta Complexidade	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, P, F
	Ambulatório			
	Hospital			
	Unidades de Cuidados Prolongados			
	Centro/Unidade de Alta Complexidade em Oncologia			

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM RECEBER?
Aquisição de Equipamento e Material Permanente	Hospital de Alta Complexidade	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, P, F
	Ambulatório			
	Hospital			
	Unidades de Cuidados Prolongados			
	Centro/Unidade de Alta Complexidade em Oncologia	8535	Emenda e Programa	E, M, P
Aquisição de Unidade Móvel de Saúde	Ambulância Tipo A – Simples Remoção – Eletiva	8535	Emenda e Programa	DF, E, M

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Contrato de Repasse e Convênio

Base legal do Programa:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.
- Portaria GM/MS n.º 1.399/2019 – Habilitação em serviços de oncologia.
- Portaria Saes/MS n.º 263/2019 – Atualiza os procedimentos de radioterapia.
- RDC n.º 50/2002 – Anvisa.
- Resolução CIT n.º 10, de 8 de dezembro de 2016 – Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado de despesas de capital e custeio para investimentos em novos serviços no âmbito do SUS – Utilizada para análise de propostas novas – (estados, municípios, Distrito Federal; entidades privadas sem fins lucrativos e instituições federais).
- Portaria Interministerial n.º 424/2016 e alterações.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, arts. 102 a 106.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, Anexo XXXI, arts. 1º a 8º.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, Anexo XXXIV, Capítulo II, arts. 6º a 11.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, Anexo XXXII, Capítulo II, arts. 1º ao 5º.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, Capítulo IV, Anexo XXXIV, Capítulo I, arts. 1º a 41.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, Anexo IV, Capítulo III, Seção I, arts. 59 a 97.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, Título XI, arts. 149 a 174.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, Capítulo III, Seção I, arts. 531 a 564.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Capítulo II, Seção V, arts. 305 a 312.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Título III, Capítulo II, Seção III, arts. 296 a 302.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Título VII, Capítulo I, Seção I, arts. 653 a 674.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Título VII, arts. 647 a 806, Capítulo II, arts. 858 a 975, Seção XI, arts. 948 a 966.
- Portaria de Consolidação n.º 6, Título IX, arts. 1.104 a 1.120.
- Portaria SAS/MS n.º 221, de 15 de fevereiro de 2005.
- Portaria SAS/MS n.º 511, de 29 de dezembro de 2000.
- Portaria SAS/MS n.º 299, de 11 de setembro de 2009.
- Portaria Conjunta MS/Anvisa n.º 1, de 6 de setembro de 2013.
- RDC n.º 11, de 13 de março de 2014.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)
- Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência (Dahu)
- Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGAH)
Endereço: SRTVN, Quadra 701, lote D, Ed. PO 700, 3º andar, Brasília/DF. CEP: 70719-040
Telefones: (61) 3315-6153 / 6144 / 6142 / 9045
E-mail: cgahd@saude.gov.br; atencaodomiciliar@saude.gov.br
- Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet)
- Coordenação-Geral de Atenção Especializada (Cgae)
Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, 9º andar – Brasília/DF. CEP: 70058-900
Telefones: (61) 3315-6176 / 6175
E-mail: cgae@saude.gov.br

4.2.3 Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar

Descrição do programa: o Programa Melhor em Casa – Serviço de Atenção Domiciliar presta assistência e internação no domicílio, de forma complementar aos cuidados realizados na Atenção Primária à Saúde e em serviços de urgência, bem como substitutivo ou complementar à internação hospitalar, composto por Equipe(s) Multiprofissional(is) de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipe(s) Multiprofissional(is) de Apoio (Emap). Objetiva a redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção à saúde, com ampliação da autonomia de usuários e cuidadores, desospitalização, desupalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.



Aquisição de equipamentos e materiais permanentes: objetiva possibilitar o financiamento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes necessários para realização da Atenção Domiciliar pelo Serviço de Atenção Domiciliar – SAD.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	302	5018	8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de equipamento e material permanente	Atenção Domiciliar – Melhor em Casa	8535	Emenda e Programa	E, M, DF
Aquisição de unidade móvel de saúde	Atenção Domiciliar – Melhor em Casa	8535	Emenda e Programa	E, M, DF

Instrumento de repasse: Fundo a Fundo.

Base legal do programa:

- Portaria de Consolidação n.º 1, art. 307.
- Portaria de Consolidação n.º 5, Capítulo III, Seção I, arts. 531 a 564.
- Portaria de Consolidação n.º 6, Capítulo II, Seção V, arts. 305 a 312.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)
- Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (Dahu)
- Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (Cgadam)

Endereço: SRTVN, Quadra 701, lote D, Ed. PO 700, 3º andar, Brasília/DF. CEP: 70719-040

Telefones: (61) 3315-6144 / 9045

E-mail: atencaodomiciliar@saude.gov.br

4.2.4 Programa Estratégico: Sistema Nacional de Transplantes

Descrição do Programa: o fortalecimento do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é uma das políticas da atenção especializada. O SNT tem como objetivo desenvolver o processo de procura, doação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas, visando garantir a execução das atividades realizadas no processo doação-transplante, além de aumentar o número e a qualidade dos transplantes realizados no País, com a consequente diminuição do tempo de espera em lista.

**Ação orçamentária:**

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	302	5018	20SP	Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de Equipamento e Material Permanente	Operacionalização do Sistema Nacional de Transplante	20SP	Emenda e Programa	DF, E, M, P, F
Estudo/Qualificação	Operacionalização do Sistema Nacional de Transplante	20SP	Emenda e Programa	DF, E, M, P, F
Custeio de Serviços para Transporte de Órgãos e Equipes	Operacionalização do Sistema Nacional de Transplante	20SP	Emenda e Programa	F

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, Anexo I, arts. 1º a art. 184.
- Portaria GM/MS n.º 2.172, de 27 de setembro de 2012.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Título VII, Capítulo I, Seção I, arts. 653 a 674.
- Portaria n.º 2.758, de 11 de dezembro de 2014.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Título IX.
- Portaria Interministerial n.º 424/2016, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Lei n.º 13.898, de 11 de novembro de 2019.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)
 - Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet)
 - Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT)
- Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, 7º andar, Brasília/DF. CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-9212 E-mail: snt@saude.gov.br

4.2.5 Programa Estratégico: Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

Descrição do Programa: a Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados prioriza ações para o fortalecimento dos serviços de hematologia e hemoterapia e das instituições científicas e tecnológicas, e é executada pelas entidades que compõem o Sistema Nacional de Sangue Componentes e Derivados (Sinasan), sendo dirigida nacionalmente pelo Ministério da Saúde.



Tem como objetivo realizar assessoramento técnico, aquisição de insumos e equipamentos, avaliação externa da qualidade, estudos e pesquisas, inovações tecnológicas, elaboração, revisão e distribuição de materiais técnicos, educação permanente, promoção de eventos e publicidade em saúde, no intuito de buscar a melhoria dos serviços envolvidos e a oferta de cuidado integral aos usuários.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	303	5018	21D9	Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia
10	303	5018	6516	Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ampliação	Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia	21D9	Emenda e Programa	DF, E, M, F
Construção	Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia	21D9	Emenda e Programa	DF, E, M, F
Reforma	Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia	21D9	Emenda e Programa	DF, E, M, P, F
Aquisição de Equipamento e Material Permanente	Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia	21D9	Emenda e Programa	DF, E, M, P, F
Capacitação	Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia	6516	Programa	DF, E, M, P, F
Estudo e Pesquisa	Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia	6516	Programa	DF, E, M, P, F
Qualificação	Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia	6516	Programa	DF, E, M, P, F

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Contrato de Repasse, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria Interministerial n.º 424/2016, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, Título VII, Capítulo I, arts. 653 a 675.
- Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, Anexo IV, Título I, arts. 1º a 273.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)
 - Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet)
 - Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH)
- Endereço: SRTN, Quadra 701, lote D, Ed. PO 700, 3º andar. Brasília/DF. CEP: 70750-520
Telefone: (61) 3315-6174

4.2.6 Programa Estratégico: Rede de Urgência e Emergência

Descrição do Programa: a organização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de maneira ágil e oportuna. Fazem parte dessa rede os componentes: Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, Enfermarias Clínicas de Retaguarda, Leitos de Cuidados Prolongados, Leitos de Unidade Coronariana e Leitos de Terapia Intensiva), bem como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Pronto Atendimento.



Construção e Reforma de UPA 24h

Descrição: objetiva construir e reformar a estrutura física das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h).

Valor Global da participação da União no financiamento para construção o no componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) do Programa Estratégico da Rede de Urgência e Emergência:

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR MÁXIMO PARA CONSTRUÇÃO – EXERCÍCIO 2023				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Porte I	R\$ 5.118.000,00	R\$ 4.827.000,00	R\$ 5.414.000,00	R\$ 5.286.000,00	R\$ 5.198.000,00
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Porte II	R\$ 6.233.000,00	R\$ 5.878.000,00	R\$ 6.593.000,00	R\$ 6.438.000,00	R\$ 6.330.000,00
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Porte III	R\$ 7.756.000,00	R\$ 7.314.000,00	R\$ 8.204.000,00	R\$ 8.010.000,00	R\$ 7.875.000,00

Valores da participação da União no financiamento para reforma no componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) do Programa Estratégico da Rede de Urgência e Emergência:

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR MÁXIMO ESTIMADO DE CUSTO/M² (R\$) 2023 – REFORMA*				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Porte I	R\$ 2.981,00	R\$ 2.812,00	R\$ 3.154,00	R\$ 3.080,00	R\$ 3.028,00
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Porte II	R\$ 2.846,00	R\$ 2.684,00	R\$ 3.011,00	R\$ 2.940,00	R\$ 2.891,00
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Porte III	R\$ 2.889,00	R\$ 2.724,00	R\$ 3.056,00	R\$ 2.984,00	R\$ 2.933,00

* Para o objeto Reforma considera-se o percentual limite de 60% do valor da construção de uma unidade nova.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	302	5018	8933	Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Construção	Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h	8933	Emenda e Programa	DF, E, M
Ampliação	Samu 192 – Central de Regulação	8933	Emenda e Programa	DF, E, M
	Porta de Entrada Hospitalar			
Reforma	Samu 192 – Central de Regulação	8933	Emenda e Programa	DF, E, M, P
	Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h			
	Porta de Entrada Hospitalar			
Aquisição de Equipamento e Material Permanente	Samu 192 – Central de Regulação	8933	Emenda e Programa	DF, E, M, P
	Samu 192 – USA/USB/ Motolância/ Ambulância/Aero			
	Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h			
	Porta de Entrada Hospitalar			
	Pronto Atendimento			
Aquisição de Unidade Móvel de Saúde	Samu 192 – Renovação de Frota	8933	Emenda	DF, E, M

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Contrato de Repasse e Convênio.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)
 - Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e Urgência (Dahu)
 - Coordenação-Geral de Urgência (CGURG)
- Endereço: SRTN, Quadra 701, lote D, Ed. PO 700, 3º andar, Brasília/DF. CEP: 70750-520
Telefone: (61) 3315-9210/6171

4.2.7 Programa Estratégico: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Descrição do Programa: a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo promover cuidados em saúde, especialmente nos processos de reabilitação auditiva, física intelectual e visual, de forma a possibilitar o atendimento integral à pessoa com deficiência (PcD), na lógica de Redes de Atenção à Saúde. Com o objetivo de qualificar e estruturar os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Serviços de Reabilitação, as Oficinas Ortopédicas e ampliar a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), o Ministério da Saúde prevê recursos de investimento para aquisição de equipamentos; construção, ampliação e reforma; e aquisição de veículos adaptados para transporte de pessoas com deficiência.

4.2.7.1 Aquisição de Equipamentos

Descrição: objetiva adquirir equipamentos para qualificar o cuidado à pessoa com deficiência nos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), Oficinas Ortopédicas, Serviços de Reabilitação e de Triagem Auditiva Neonatal.

Valores máximos da participação da União no financiamento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes nos componentes do Programa Estratégico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	OBJETO	VALOR MÁXIMO
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Tipo II	Equipamentos	R\$ 1.000.000,00 por estabelecimento
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Tipo III	Equipamentos	R\$ 1.500.000,00 por estabelecimento
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Tipo IV	Equipamentos	R\$ 2.000.000,00 por estabelecimento
Oficina Ortopédica	Equipamentos	R\$ 350.000,00 por estabelecimento
Triagem Auditiva Neonatal (TAN)	Equipamentos	R\$ 170.000,00 por estabelecimento

4.2.7.2 Construção, Ampliação e Reforma

Descrição: objetiva construir e qualificar a estrutura física dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), dos Serviços de Reabilitação e/ou das Oficinas Ortopédicas.

Valores máximos da participação da União no financiamento para construção e/ou ampliação dos componentes do Programa Estratégico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR MÁXIMO PARA CONSTRUÇÃO/AMPLIAÇÃO – EXERCÍCIO 2023				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva e Física	R\$ 6.293.000,00	R\$ 5.928.000,00	R\$ 6.653.000,00	R\$ 6.496.000,00	R\$ 6.388.000,00

continua ↗

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR MÁXIMO PARA CONSTRUÇÃO/AMPLIAÇÃO – EXERCÍCIO 2023				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva e Intelectual	R\$ 5.313.000,00	R\$ 5.004.000,00	R\$ 5.617.000,00	R\$ 5.484.000,00	R\$ 5.393.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva e Visual	R\$ 5.520.000,00	R\$ 5.199.000,00	R\$ 5.836.000,00	R\$ 5.698.000,00	R\$ 5.603.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Física e Intelectual	R\$ 6.069.000,00	R\$ 5.716.000,00	R\$ 6.416.000,00	R\$ 6.264.000,00	R\$ 6.160.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Física e Visual	R\$ 6.293.000,00	R\$ 5.928.000,00	R\$ 6.653.000,00	R\$ 6.496.000,00	R\$ 6.388.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Intelectual e Visual	R\$ 5.313.000,00	R\$ 5.004.000,00	R\$ 5.617.000,00	R\$ 5.484.000,00	R\$ 5.393.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva, Física e Intelectual	R\$ 6.908.000,00	R\$ 6.504.000,00	R\$ 7.301.000,00	R\$ 7.129.000,00	R\$ 7.008.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva, Física e Visual	R\$ 6.690.000,00	R\$ 6.299.000,00	R\$ 7.073.000,00	R\$ 6.905.000,00	R\$ 6.789.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva, Intelectual e Visual	R\$ 6.293.000,00	R\$ 5.927.000,00	R\$ 6.654.000,00	R\$ 6.496.000,00	R\$ 6.389.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Física, Intelectual e Visual	R\$ 6.880.000,00	R\$ 6.479.000,00	R\$ 7.272.000,00	R\$ 7.101.000,00	R\$ 6.982.000,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva, Física, Intelectual e Visual	R\$ 7.615.000,00	R\$ 7.173.000,00	R\$ 8.052.000,00	R\$ 7.861.000,00	R\$ 7.730.000,00
Oficina Ortopédica	R\$ 1.097.000,00	R\$ 1.034.000,00	R\$ 1.160.000,00	R\$ 1.132.000,00	R\$ 1.113.000,00

Valores máximos da participação da União no financiamento para reforma dos componentes do Programa Estratégico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	VALOR MÁXIMO ESTIMADO DE CUSTO/M² (R\$) PARA REFORMA – EXERCÍCIO 2023				
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva e Física	R\$ 2.592,00	R\$ 2.441,00	R\$ 2.740,00	R\$ 2.675,00	R\$ 2.631,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva e Intelectual	R\$ 2.592,00	R\$ 2.441,00	R\$ 2.740,00	R\$ 2.675,00	R\$ 2.631,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva e Visual	R\$ 2.592,00	R\$ 2.441,00	R\$ 2.740,00	R\$ 2.675,00	R\$ 2.631,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Física e Intelectual	R\$ 2.592,00	R\$ 2.441,00	R\$ 2.740,00	R\$ 2.675,00	R\$ 2.631,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Física e Visual	R\$ 2.592,00	R\$ 2.441,00	R\$ 2.740,00	R\$ 2.675,00	R\$ 2.631,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Intelectual e Visual	R\$ 2.592,00	R\$ 2.441,00	R\$ 2.740,00	R\$ 2.675,00	R\$ 2.631,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva, Física e Intelectual	R\$ 2.506,00	R\$ 2.360,00	R\$ 2.649,00	R\$ 2.586,00	R\$ 2.543,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva, Física e Visual	R\$ 2.352,00	R\$ 2.214,00	R\$ 2.486,00	R\$ 2.427,00	R\$ 2.387,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva, Intelectual e Visual	R\$ 2.567,00	R\$ 2.418,00	R\$ 2.714,00	R\$ 2.650,00	R\$ 2.606,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Física, Intelectual e Visual	R\$ 2.493,00	R\$ 2.348,00	R\$ 2.635,00	R\$ 2.573,00	R\$ 2.530,00
Centro Especializado em Reabilitação (CER) – Auditiva, Física, Intelectual e Visual	R\$ 2.345,00	R\$ 2.208,00	R\$ 2.479,00	R\$ 2.420,00	R\$ 2.380,00
Oficina Ortopédica	R\$ 1.646,00	R\$ 1.550,00	R\$ 1.740,00	R\$ 1.698,00	R\$ 1.670,00

4.2.7.3 Aquisição de Veículos Adaptados para Transporte de Pessoa com Deficiência

Descrição: objetiva promover a ampliação do acesso à saúde pela pessoa com deficiência.

Base legal do programa:

- Conforme regulamentação própria do Ministério da Saúde.

Valor da participação da União no financiamento para aquisição de unidade móvel de saúde no Programa Estratégico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	OBJETO	VALOR
Veículo de Transporte Adaptado	Equipamentos	R\$ 410.000,00 por veículo
Veículo de Transporte Adaptado (Com Acessibilidade – 1 Cadeirante)	Equipamentos	R\$ 304.800,00 por veículo

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	302	5018	8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
10	302	5018	21CD	Implementação de Políticas de Atenção Especializada à Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ampliação	Centro Especializado em Reabilitação	8535	Emenda e Programa	DF, E, M
	Oficina Ortopédica			
Construção	Centro Especializado em Reabilitação	8535	Emenda e Programa	DF, E, M
	Oficina Ortopédica			
Reforma	Centro Especializado em Reabilitação	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, P
	Oficina Ortopédica			
Aquisição de Equipamento e Material Permanente	Centro Especializado em Reabilitação	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, F, P
	Triagem Auditiva Neonatal (TAN)			
	Oficina Ortopédica			

continua ↩

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Estudo e Pesquisa sobre a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência	Implementação da Política Nacional da Pessoa com Deficiência	21CD	Programa	F
Aquisição de Unidade Móvel de Saúde	Transporte Sanitário Adaptado – Pessoa com Deficiência	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, F, P

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio, Contrato de Repasse e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, Anexo 1 do Anexo VI – Programa Mínimo para CER e Oficina Ortopédica.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, Título VI, Anexo VI, Capítulo I, arts. 1º a 24.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Capítulo IV, Seção II, arts. 1.069 a 1.077.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Título VIII, Capítulo IV, Seção I, arts. 1.063 a 1.068.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, Título IX, arts. 1.104 a 1.120.
- Resolução CIT n.º 10, de 8 de dezembro de 2016.
- Resolução CIT n.º 22, de 27 de julho de 2017.
- Portaria SAS/MS n.º 971, de 13 de setembro de 2012.
- Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas.
- Orientações para elaboração de projeto de arquitetura para Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Oficina Ortopédica.
- ABNT NBR 9050:2020 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.
- ABNT NBR 16537:2016 Versão Corrigida 2:2018 – Acessibilidade – Sinalização tátil no piso – Diretrizes para elaboração de projetos e instalação.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)
 - Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet)
 - Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD)
- Endereço: SRTN, Quadra 701, lote D, Ed. PO 700, 3º andar, Brasília/DF. CEP: 70750-520 Telefones: (61) 3315-6238 / 9121 / 6236
E-mail: peessoacomdeficiencia@saude.gov.br

4.2.8 Programa Estratégico: Rede de Atenção Psicossocial – Raps

Descrição do Programa: a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) tem a finalidade de criação, de ampliação e de articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes e dependência de substâncias psicoativas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) realizam, prioritariamente, atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo problemas com álcool e drogas, em sua área territorial, proporcionando programas intensivos de tratamento e processos de reabilitação psicossocial.

CAPS – Construção

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	ÁREA (M²)	VALOR GLOBAL (R\$) 2023 – CONSTRUÇÃO				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Centro de Atenção Psicossocial (Caps) – Porte I	608	1.988.000,00	1.898.000,00	2.085.000,00	2.039.000,00	2.018.000,00
Centro de Atenção Psicossocial (Caps) – Porte II	608	1.988.000,00	1.898.000,00	2.085.000,00	2.039.000,00	2.018.000,00
Centro de Atenção Psicossocial (Caps) – Porte III	741	2.315.000,00	2.211.000,00	2.429.000,00	2.375.000,00	2.351.000,00
Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (Caps AD)	608	1.988.000,00	1.898.000,00	2.085.000,00	2.039.000,00	2.018.000,00
Centro de Atenção Psicossocial (Caps) – Infantil	608	1.988.000,00	1.898.000,00	2.085.000,00	2.039.000,00	2.018.000,00
Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (Caps AD III)	741	2.315.000,00	2.211.000,00	2.429.000,00	2.375.000,00	2.351.000,00

A Unidade de Acolhimento (UA) tem como objetivo oferecer cuidados contínuos de saúde, em ambiente residencial, para pessoas com acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

UA – Construção

TIPOS DE COMPONENTES FINANCIÁVEIS	ÁREA (M²)	VALOR GLOBAL (R\$) 2023 – CONSTRUÇÃO				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Unidade de Acolhimento Adulto	334	1.178.000,00	1.125.000,00	1.236.000,00	1.208.000,00	1.196.000,00
Unidade de Acolhimento Infantil	334	1.178.000,00	1.125.000,00	1.236.000,00	1.208.000,00	1.196.000,00

Os leitos de saúde mental em hospital geral são o componente de Atenção Hospitalar que habilitam hospitais gerais, maternidades e hospitais de pediatria a construir unidade especializada com equipe multiprofissional. O principal objetivo desse ponto de atenção é oferecer cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com vistas à avaliação diagnóstica e à discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas; ao manejo de situações de crise e/ ou vulnerabilidade extrema; e ao manejo de situações de risco à vida do usuário ou daqueles que o cercam. O acesso deve ser regulado a partir de critérios clínicos e internações de curta duração.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	302	5018	8535	Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
10	302	5018	21CD	Implementação de Políticas de Atenção Especializada à Saúde Mental

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Construção	Centro de Atenção Psicossocial (Caps)	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, F
	Unidade de Acolhimento (UA)			
Aquisição de Equipamento e Material Permanente	Centro de Atenção Psicossocial (Caps)	8535	Emenda e Programa	DF, E, M, F
	Unidade de Acolhimento (UA)			

continua ↩

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Estudo e Pesquisa sobre a saúde mental	Implementação de Políticas de Atenção Especializada à Saúde Mental	21CD	Programa	DF, E, M, F, P
Ações de promoção de apoio emocional em crises e cuidados para prevenção e abordagem do suicídio, automutilação e luto				
Capacitação em Atenção à Saúde Mental				

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio, Contrato de Repasse e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria GM/MS n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017.
- Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo II, arts. 1º e 2º.
- Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo V, arts. 1º a 17, Título II, arts. 20 a 50, Título III, arts. 51 a 63, Título V, arts. 92, Anexo 5.
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, Título III, arts. 976 a 993.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)
 - Departamento de Saúde Mental (Desme)
- Endereço: SRTN, Quadra 701, lote D, Ed. PO 700, 5º andar, Brasília/DF. CEP: 70750-520
Telefones: (61) 3315-6231 / 7970 / 9144

4.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

4.3.1 Programa Estratégico: Imunização e Doenças Imunopreveníveis

Descrição do programa: o Programa “Imunização e Doenças Imunopreveníveis” tem entre suas finalidades a proposição de normas relativas a ações de prevenção, controle, notificação, investigação e vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, bem como a vigilância de eventos adversos temporalmente associados à vacinação. Entre suas atribuições está a coordenação das ações relativas ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) no âmbito do Governo Federal. São objetos passíveis de financiamento as temáticas a seguir:



Rede de Frio

Estrutura física, organizada nas três esferas de gestão, que visa promover a implementação da Política Nacional de Vacinação por meio de adequado processo logístico, desde o laboratório produtor até o usuário final. As estruturas que compõem a Rede de Frio organizam-se em centrais de rede de frio, nas instâncias estaduais, regionais e municipais; em salas de imunização e em centros de referências em imunobiológicos especiais, na instância local. Esta última instância se difere das demais, uma vez que, além das atividades de recebimento, armazenamento, conservação e distribuição de imunobiológicos, concretizam de fato a ação de imunização.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Rede de Frio	20YJ	Programa/Emenda	DF, E, M
Ampliação				
Construção				
Reforma				

Instrumentos de repasse: Convênio, Contrato de Repasse e Fundo a Fundo.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que define o financiamento fundo a fundo para execução de obras – Título IX.72.
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que orienta a aquisição de equipamentos e materiais permanentes – Título VII, Capítulo I.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis (Dimu)
 - Coordenação-Geral de Gestão de Insumos (CGGI)
- Endereço: SRTV 702, via W 5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3315-3122

Vigilância das doenças imunopreveníveis

Ações de vigilância epidemiológica, prevenção e controle das seguintes doenças imunopreveníveis: síndromes gripais (covid-19, influenza e outras síndromes gripais de relevância em saúde pública; unidades sentinelas de síndrome gripal); síndrome respiratória aguda grave (Srag); síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica e em adultos (SIM-P e SIM-A); reinfecção por covid-19; variantes de preocupação, interesse a atenção do SARS-CoV-2; ações do Plano Nacional de Expansão da Testagem para covid-19 e do rastreamento e monitoramento de contatos; doenças exantemáticas (sarampo, rubéola, síndrome da rubéola congênita, caxumba e varicela); difteria, tétano acidental, tétano neonatal e coqueluche; meningites bacterianas, virais, parasitárias e fúngicas; poliomielite e paralisias flácidas agudas.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Doenças imunopreveníveis	20YJ	Emenda	DF, E, M
Aquisição de Unidade Móvel de Saúde			Emenda	
Ações de Vigilância em Saúde			Emenda/ Programa	

Instrumentos de repasse: Convênio e Fundo a Fundo.

Base Legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que orienta a aquisição de equipamentos e materiais permanentes – Título VII, Capítulo I.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis (Dimu)
 - Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI)
- Endereço: SRTV 702, via W 5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3315-3874

4.3.2 Programa Estratégico: Doenças Transmissíveis

Descrição do programa: a Vigilância de Doenças Transmissíveis tem, entre suas finalidades, a proposição de normas relativas a ações de prevenção, controle, notificação de doenças transmissíveis, investigação e vigilância epidemiológica. São objetos passíveis de financiamento as temáticas a seguir:

Zoonoses: ações e serviços de saúde voltados para a vigilância, a prevenção e o controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública.

As ações financiáveis no âmbito da vigilância e controle de zoonoses dividem-se em: (1) Unidade de Vigilância de Zoonoses; (2) Coleiras impregnadas com inseticida para a prevenção e o controle da leishmaniose visceral¹; (3) Ações de Vigilância em Saúde.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de equipamentos e material permanente	Zoonoses	20YJ	Emenda/ Programa	DF, M
Ampliação				
Construção				
Reforma				

continua ↩

¹ Para municípios com transmissão de leishmaniose visceral humana ou canina.

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de coleiras impregnadas com inseticida para a prevenção e o controle da leishmaniose visceral	Zoonoses	20YJ	Emenda	DF, M, E
Ações de Vigilância em Saúde	Zoonoses	20YJ	Emenda/Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de Repasse: Convênio, Contrato de Repasses, Fundo a Fundo e Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 6, Título VII, Capítulo I, Seção I, arts. 653 a 674.
- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, Capítulo 5, arts. 230 a 237 – Das ações e serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública.
- Portaria n.º 758, de 26 de agosto de 2014 – Inclui subtipo na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do SCNES.
- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, Capítulo 5, art. 232, inciso VI, Lei n.º 13.426, de 30 de março de 2017.
- Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses: normas técnicas e operacionais (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_tecnicas_estruturas_fisicas_unidades_vigilancia_zoonoses.pdf).
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.
- Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, 2022. (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf)

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)
 - Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV)
- Endereço: SRTV 702, via W 5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.019-040
Telefone: (61) 3315-3646

Malária

Ações, serviços e pesquisas em saúde voltados para as ações de prevenção, controle e eliminação da malária, com o fortalecimento das vigilâncias epidemiológica, entomológica e o controle vetorial da fauna anofélica de relevância para a saúde pública. A malária é uma doença infecciosa febril aguda com transmissão vetorial mais impactante no mundo, causada por protozoários transmitidos pela fêmea infectada do mosquito *Anopheles*. No Brasil, 99% dos casos autóctones ocorrem nos estados da região amazônica, sendo as espécies parasitária mais importantes são *Plasmodium vivax* e *Plasmodium falciparum*.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Malária	20YJ	Emenda/ Programa	DF, E, M
Aquisição de Unidade Móvel de Saúde	Malária	20YJ	Emenda	D, E, M
Ações de Vigilância em Saúde	Malária	20YJ	Emenda/ Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Convênio, Fundo a Fundo e Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de novembro de 2017 – Capítulo XI.
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que orienta a aquisição de equipamentos e materiais permanentes – Título VII, Capítulo I.
- Portaria GM/MS n.º 684, de 30 de março de 2022 – Capítulo XI.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)
- Endereço: SRTV 702, via W 5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.019-040
Telefone: (61) 3315-3646

Arboviroses

Ações, serviços e pesquisas em saúde voltados para as vigilâncias epidemiológica e entomológica e o controle vetorial de arboviroses de relevância para a saúde pública. As arboviroses são as doenças causadas por vírus que são transmitidos através da picada de mosquitos vetores. Entre os arbovírus de maior importância epidemiológica no País estão o *Dengue virus*, *Chikungunya virus*, *Zika virus* e o vírus da febre amarela (*Yellow fever virus*).

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Arboviroses	20YJ	Emenda	DF, M, E
Ações de Vigilância em Saúde	Arboviroses	20YJ	Emenda/Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Convênio, Fundo a Fundo e Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Portaria n.º 1.347, de 24 de julho de 2002 – Institui o Programa Nacional de Controle da Dengue e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação n.º 4, Capítulo II, Anexo III, Capítulo I, Seção I, arts. 5º e 6º.
- Portaria GM/MS n.º 1.263/Diário Oficial da União. Capítulo VIII, art. 36 de junho de 2021.
- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017, Anexo XCVIII Metas e Indicadores Pactuados no Âmbito do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (Origem: PRT MS/GM n.º 2.778/2014, Anexo I).
- Portaria de Consolidação n.º 6, Título VII, Capítulo I, Seção I, arts. 653 a 674.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)
 - Coordenação-Geral de Vigilância Arboviroses
- Endereço: SRTV 702, via W 5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3315-3122

Doenças em eliminação:

Ações de vigilância, de prevenção, de assistência e controle de hanseníase, esquistossomose, filariose linfática, oncocercose, tracoma e geo-helmintíases.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ações de Vigilância em Saúde	Doenças em Eliminação	20YJ	Emenda/ Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Convênio, Fundo a Fundo e Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 2, Seção II, Anexo VI, Das Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (Origem: PRT MS/GM n.º 149/2016).
- Portaria de Consolidação n.º 5, Título II, Capítulo I, Das Eliminação da Hanseníase (art. 172 ao art. 181) n.º 149/2016).
- Portaria SCTIE/MS n.º 67, de 7 de julho de 2022, Torna pública a decisão de aprovar, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase.
- Resolução CNS n.º 588/2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).
- Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que orienta a aquisição de equipamentos e materiais permanentes – Título VII, Capítulo I.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)
 - Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação (CGDE)
- Endereço: SRTV 702, via W 5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3315-3122

4.3.3 Programa Estratégico: HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Descrição do programa: ações de vigilância, de prevenção, de assistência e controle do HIV/aids, hepatites virais, tuberculose, micoses endêmicas, micobacterioses não tuberculosas e das infecções sexualmente transmissíveis.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER
Construção	Centro de Referência e Tratamento (CRT)	20YJ	Emenda	DF, E, M
	Serviços de Assistência Especializados (SAE)			
	Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/Coas) e Hospital-Dia			
	Ambulatório para populações vulneráveis (ambulatório trans, redução de danos, ambulatório para pop. rua, população privada de liberdade)			
Reforma	Centro de Referência e Tratamento (CRT)	20YJ	Emenda	DF, E, M
	Serviços de Assistência Especializados (SAE)			
	Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/Coas) e Hospital-Dia			
	Ambulatório para populações vulneráveis (ambulatório trans, redução de danos, ambulatório para pop. rua, população privada de liberdade)			
Equipamentos	Centro de Referência e Tratamento/ Treinamento (CRT)	20YJ	Emenda	DF, E, M
	Serviços de Assistência Especializados (SAE)			
	Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/Coas) e Hospital-Dia			
	Ambulatório para populações vulneráveis (ambulatório trans, redução de danos, ambulatório para pop. rua, população privada de liberdade)			
	Tuberculose e outras doenças respiratórias			

continua ↩

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER
Ações de Promoção e Prevenção de Vigilância em Saúde	Eliminação das Doenças de Transmissão Vertical (HIV, Sífilis, HVB e Chagas)	20YJ	Emenda/Programa	F, DF, E, M, P
	Tuberculose, micoses endêmicas e micobactérias não tuberculosas			
	Eliminação do HIV e do HCV, Enfrentamento da coinfeção TB-HIV			
	Apoio a Rede de Cuidado de TB/ HIV/HV e IST e Ações de Prevenção Combinada (inclui unidades móveis)			

Instrumentos de Repasse: Convênio, Contrato de Repasses, Fundo a Fundo e Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Portaria de Consolidação n.º 5, Título II, Capítulo IX, Do Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das IST e do HIV/Aids (art. 274 ao art. 278).
- Portaria de Consolidação n.º 5, Título II, Capítulo X, Do Programa Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle das Hepatites Virais (art. 279 ao art. 291).
- Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf.
- Portaria Conjunto n.º 1, de 16 de janeiro de 2013 – Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
- Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DVIAHV)

Endereço: SRTV 702, via W 5 Norte, Ed. PO 700, 5º andar, Brasília/DF. CEP: 70.723-040

Telefone: (61) 3315-7737



4.3.4 Programa Estratégico: Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Descrição do programa: ações de coordenação, implementação e acompanhamento de políticas de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador. São objetos passíveis de financiamento:

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER ?
Construção	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)	20YJ	Emenda	DF, E, M
Ampliação	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)			
Reforma	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)			
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)			

continua ↩

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER ?
Ações de Promoção e Prevenção de Vigilância em Saúde	Qualidade da Água para o Consumo Humano	20YJ	Emenda / Programa	DF, E, M
	Populações expostas a agrotóxicos			
	Saúde do Trabalhador			

Instrumentos de Repasse: Convênio, Contrato de Repasses e Fundo a Fundo.

Base Legal do Programa:

- Portaria n.º 30, de 7 de julho de 2005.
- Portaria GM/MS n.º 1.693, de 23 de julho de 2021.
- Portaria GM n.º 2.728/2009 – Renast – Anexo X da PRC n.º 3.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Dsast)
- Endereço: SRTV 702, via W5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3315-3591

4.3.5 Programa Estratégico: Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente

Descrição do programa: a Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente tem entre suas finalidades, coordenar a elaboração e o acompanhamento das ações de vigilância em saúde; articular e promover a integração de ações entre os órgãos e as unidades da Secretaria de Vigilância em Saúde e os gestores estaduais, distritais e municipais do SUS. São objetos passíveis de financiamento as temáticas a seguir:

Laboratórios de Saúde Pública: são unidades laboratoriais, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde. Competindo à Coordenação-Geral de Laboratório de Saúde Pública (CGLAB) a coordenação e supervisão das redes nacionais de laboratórios de vigilância epidemiológica e de vigilância em saúde ambiental.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde



Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER ?
Ampliação	Laboratórios Centrais de Saúde Pública	20YJ	Emenda	DF, E
Reforma				
Construção				
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Laboratórios Centrais de Saúde Pública	20YJ	Emenda	DF, E
Ações de Vigilância em Saúde	Laboratórios Centrais de Saúde Pública	20YJ	Emenda/ Programa	F, DF, E

Instrumentos de Repasse: Convênio, Contrato de repasse, Fundo a Fundo e Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Portaria n.º 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.
- Portaria n.º 828, de 17 de abril de 2020, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6/2017, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs)
 - Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB)
- Endereço: SRTV 702, via W5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3315-3641

4.3.6 Programa Estratégico: Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

Descrição do programa: vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências e seus fatores de risco, promoção da saúde, informações e análises epidemiológicas. São objetos passíveis de financiamento:

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	305	5023	20YJ	Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ações de Vigilância em Saúde	Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis	20YJ	Programa	F, E, P
	Informações e Análise Epidemiológicas	20YJ	Programa	F, E, P

Instrumentos de Repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)
- Endereço: SRTV 702, via W5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3315-7701

4.3.7 Programa Estratégico: Emergências em Saúde Pública

Descrição do programa: o programa integra ações de coordenação, implementação e acompanhamento das políticas voltadas para as emergências em saúde pública, utilizando as melhores práticas baseadas em evidências científicas para orientação das suas ações. Tem como objetivo alinhar suas capacidades de forma coordenada nas ações de preparação, vigilância e resposta, a fim de prevenir, detectar, avaliar e controlar de forma efetiva as doenças, agravos, eventos de saúde pública, bem como os fatores de risco para desastres que ameacem a saúde da população. Essa estratégia visa promover o fortalecimento, a ampliação e a modernização da Vigilância em Saúde do País.

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ações de Vigilância em Saúde	Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (Cievs)	20YJ	Programa/Emenda	F, DF, E, M
	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)	20YJ	Programa/Emenda	F, DF, E, M
	Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS)	20YJ	Programa	F, DF, E, M
	Programa de Formação em Emergências em Saúde Pública (Profesp)	20YJ	Programa	F, DF, E, M
	Programa de Vigilância em Desastre (Vigidesastre)	20YJ	Programa/Emenda	F, DF, E, M
Construção	Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (Cievs)	20YJ	Emenda	F, DF, E, M
	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)	20YJ	Emenda	DF, E, M
Ampliação	Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (Cievs)	20YJ	Emenda	F, DF, E, M
	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)	20YJ	Emenda	DF, E, M
Reforma	Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (Cievs)	20YJ	Emenda	F, DF, E, M
	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)	20YJ	Emenda	DF, E, M
Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (Cievs)	20YJ	Emenda	F, DF, E, M
	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH)	20YJ	Emenda	DF, E, M

Instrumentos de repasse: Convênio, Contrato de Repasse, Fundo a Fundo e Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Profesp: Seção IV, do Capítulo V, do Título I da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 2017 (alteração da Portaria GM/MS n.º 4.111, de 2022).
- Vigidesastes: Seção V do Capítulo V, do Título I da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 2017 (alteração da Portaria GM/MS n.º 4.185, de 2022).
- EpiSUS: Seção VI, do Capítulo V, do Título I da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 2017 (alteração da Portaria GM/MS n.º 4.339, de 2022).
- CIEVS: Seção VII, do Capítulo V, do Título I da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 2017 (alteração da Portaria GM/MS n.º 4.641, de 2022).
- Rede CIEVS: Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 2017 (alteração da Portaria GM/MS n.º 4.641, de 2022).
- VEH: Seção VI, do Capítulo XIII, do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 2017 (alteração da Portaria GM/MS n.º 1.693, de 23 de 2021).
- RENAVEH: PORTARIA GM/MS n.º 1.694, de 23 de julho de 2021. Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.
- Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Departamento de Emergências em Saúde Pública (DESMP)
- Endereço: SRTV 702, via W5 Norte, Ed. PO 700, 6º andar, Brasília/DF. CEP: 70.719-040
Telefone: (61) 3315-3874

4.3.8 Programa Estratégico: Instituto Evandro Chagas

Descrição do programa: pesquisa científica, apoio a vigilância e ensino voltados para a produção, disseminação e divulgação de conhecimento e inovações tecnológicas que subsidiem as políticas de saúde.

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ações de Vigilância em Saúde	Estudos e Pesquisas	20QF	Emenda/ Programa	F

Instrumentos de repasse: Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Instituto Evandro Chagas (IEC)
- Endereço: Rodovia BR-316 km 7 s/n – Levilândia. CEP: 67030-000 – Ananindeua/Pará
Telefone: (91) 3214-2264

4.3.9 Programa Estratégico: Centro Nacional de Primatas

Descrição do programa: pesquisa científica (básicas: biologia, fisiologia, ecologia, etologia, patologia e conservação de primatas não humanos; e aplicadas: à saúde pública com biomodelos primatas não humanos); apoio nas pesquisas epidemiológica e ambiental, considerando a abordagem saúde única, na sua área de competência.

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER
Ações de Vigilância em Saúde	Estudos e Pesquisas	20QF	Emenda/Programa	F

Instrumentos de repasse: Termo de Execução Descentralizada.

Base Legal do Programa:

- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)
 - Centro Nacional de Primatas (Cenp)
- Endereço: Rodovia BR-316 km 7 s/n – Levilândia. CEP: 67030-000 – Ananindeua/Pará
Telefone: (91) 3214-2264



4.4 CIÊNCIA E TECNOLOGIA

4.4.1 Programa Estratégico: Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde

Descrição do programa: o fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde visa à ampliação do conhecimento científico, com a geração e a disseminação de evidências científicas enquanto ferramenta de aprimoramento das políticas, dos programas, das ações e dos serviços de saúde do SUS, bem como a busca de soluções tecnológicas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O fomento à pesquisa científica e tecnológica em saúde tem por finalidade o financiamento de despesas correntes e de capital, necessário para o desenvolvimento da pesquisa.

O financiamento para a aquisição de equipamentos deve observar a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (Renem), considerando as especificações técnicas e a faixa de preço sugerida no Sistema de Gerenciamento de Equipamentos Médicos (Sigem). Para informações, acessar o site: <http://portalfn.saude.gov.br/sigem>.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	571	5020	21BF	0001	Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde
10	571	5020	21ED	0001	Fortalecimento do Programa Nacional de Genômica e Saúde de Precisão – Genomas Brasil

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Fomentar pesquisas científicas e tecnológicas em saúde, estratégicas para SUS.	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde	21BF	Programa	DF, E, P, F
Fomentar pesquisas científicas e tecnológicas na área de Pesquisa Clínica	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde			
Fomentar pesquisas científicas e tecnológicas em saúde, estratégicas para o SUS, relacionadas aos impactos na saúde decorrentes das mudanças climáticas	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde	21BF	Emenda	DF, E, P, F
Fomentar pesquisas científicas e tecnológicas na área de saúde de precisão	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde	21ED	Emenda e Programa	DF, E, P, F
Fomentar cooperações técnicas para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde	21BF 21ED	Programa	DF, E, P, F
Aquisição de equipamentos para fomentar pesquisas científicas e tecnológicas em saúde, estratégicas para o SUS	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde	21BF	Programa	DF, E, P, F
Aquisição de equipamentos para fomentar pesquisas científicas e tecnológicas na área de pesquisa clínica	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde	21BF	Programa	DF, E, P, F

continua ↩

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de equipamentos para fomentar pesquisas científicas e tecnológicas em saúde, estratégicas para o SUS, relacionadas aos impactos na saúde decorrentes das mudanças climáticas	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde	21BF	Emenda	DF, E, P, F
Aquisição de Equipamentos para fomentar pesquisas científicas e tecnológicas na área de saúde de precisão	Fomento à Pesquisa Científica e Tecnológica em Saúde	21ED	Emenda e Programa	DF, E, P, F

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Decreto n.º 10.426/2020, que dispõe sobre a descentralização de créditos entre órgãos e entidades da Administração Pública federal integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, por meio da celebração de termo de execução descentralizada.
- Marco Legal de Ciência, Tecnologia e Inovação – Lei n.º 13.243, de 11 de janeiro de 2016, regulamentada pelo Decreto n.º 9.283, de 7 de fevereiro de 2018.
- Decreto n.º 6.170/2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.
- Portaria Interministerial n.º 424/2016, e alterações, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (Sectics)
 - Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit)
- Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, sobreloja, Brasília/DF
 Telefones: (61) 3315-7896 / 7808 / 7601 / 6256
 E-mail: utop.decit@saude.gov.br

4.4.2 Programa Estratégico: Gestão, Avaliação e Incorporação de Tecnologia em Saúde ao Sistema Único de Saúde

Descrição do programa: dentro da estrutura regimental do Ministério da Saúde (MS) estão o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (Dgits/SCTIE/MS), responsável por subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (Sectics) na formulação de políticas, diretrizes e metas para a incorporação, alteração ou exclusão pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de tecnologias em saúde; e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), órgão colegiado de caráter permanente, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, que tem por objetivo assessorar a pasta nas atribuições relativas à incorporação, à exclusão ou à alteração pelo SUS de tecnologias em saúde, bem como na constituição ou na alteração de protocolo clínico ou diretriz terapêutica.

O Dgits e a Conitec trabalham no sentido de fortalecer o SUS dentro dos seus princípios constitucionais, quais sejam, universalidade, integralidade e equidade, de forma que as ações de atenção e cuidados em saúde sejam prestadas à população.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL/ PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	303	5020	20K3	Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde no âmbito do SUS – Nacional

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Elaborar protocolos clínicos e estudos relacionados às incorporações de tecnologias em saúde por recomendação da Conitec	Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde no Âmbito do SUS	20K3	Programa	DF, E, M, P, F
Apoiar as ações de gestão de tecnologias em saúde no SUS	Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde no Âmbito do SUS	20K3	Programa	DF, E, M, P, F
Fomentar estudos e pesquisas para subsidiar a incorporação de tecnologias ao SUS	Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde no Âmbito do SUS	20K3	Programa	DF, E, M, P, F
Elaborar estudos e pesquisas para subsidiar a incorporação de tecnologias em saúde no SUS	Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde no Âmbito do SUS	20K3	Programa	DF, E, M, P, F

continua ↩

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de Equipamentos e material permanente para fomentar estudos e pesquisas com fins de subsidiar a gestão de tecnologias em saúde no SUS	Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde no Âmbito do SUS	20K3	Programa	DF, E, M, P, F

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011.
- Decreto n.º 7.646, de 21 de dezembro de 2011, e alterações.
- Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- Portaria GM n.º 2.690, de 5 de novembro de 2009 (Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde).
- Portaria n.º 2.575, de 30 de setembro de 2019, que alterou o Anexo XIV da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017.
- Decreto n.º 11.358, de 1º de janeiro de 2023.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (Sectics)
 - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (Dgits)
- Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, 8º andar, Ed. Sede, Brasília/DF. CEP: 70058-900
Telefone: (61) 3315-3854

4.4.3 Programa Estratégico: Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde – Procis

Descrição do programa: o Programa integra a estratégia nacional de promoção do desenvolvimento e da inovação, no campo da saúde, e tem como objetivo geral apoiar e fomentar o desenvolvimento tecnológico, a transferência de tecnologia e a inovação e produção nacionais, visando ampliar o acesso a tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e promover a eficiência produtiva do Complexo Industrial da Saúde (CIS).

O Complexo Industrial da Saúde é a rede produtiva em saúde que contempla as indústrias farmacêuticas de base química e biotecnológica, os produtos para saúde, as Instituições Científicas, Tecnológicas e de Inovação (ICT) e os serviços de saúde, compreendendo o espaço institucional, econômico e social em que se realiza a produção e a inovação em saúde. Seu objetivo é apoiar o desenvolvimento, a inovação e a modernização do parque industrial nacional para maior autonomia ao País no domínio de tecnologias estratégicas ao SUS, ampliando o acesso da população às tecnologias em saúde, nas Plataformas Tecnológicas de:

- ◆ Biotecnologia (medicamentos, vacinas, soros, hemoderivados).

- ◆ Síntese Química.
- ◆ Fitoterápicos.
- ◆ Medicina Nuclear.
- ◆ Produtos para a Saúde (equipamentos médicos, materiais de uso em saúde, diagnóstico in vitro).
- ◆ Terapia Gênica, Terapia Celular e Tecidual.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	572	5020	20K7	Apoio ao desenvolvimento e à modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde
10	303	5020	8636	Fortalecimento da Inovação Tecnológica de Insumos Estratégicos para o SUS – Nacional

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Aquisição de equipamento e material permanente para o desenvolvimento, a qualificação, a inovação e a fabricação de insumos e/ou produtos nas Plataformas Tecnológicas	Desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	20K7	Programa	F, E, DF, M, P
Aquisição de equipamento e material permanente para o desenvolvimento, a qualificação, a inovação e a fabricação de insumos e/ou produtos nas Plataformas Tecnológicas	Fortalecimento da Inovação Tecnológica de Insumos Estratégicos para o SUS	8636	Programa	F, E, DF, M, P
Estudos e pesquisas para o desenvolvimento, a qualificação, a inovação e a fabricação de insumos e/ou produtos nas Plataformas Tecnológicas	Desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	20K7	Programa	F, E, DF, M, P

continua ↩

continuação

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Estudos e pesquisas para o desenvolvimento, a qualificação, a inovação e a fabricação de insumos e/ou produtos nas Plataformas Tecnológicas	Fortalecimento da Inovação Tecnológica de Insumos Estratégicos para o SUS	8636	Programa	F, E, DF, M, P
Reforma de unidade de produção e/ou pesquisa para o desenvolvimento, a qualificação, a inovação e a fabricação de insumos e/ou produtos nas Plataformas Tecnológicas	Desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	20K7	Programa	F, E, DF, M, P
Reforma de unidade de produção e/ou pesquisa para o desenvolvimento, a qualificação, a inovação e a fabricação de insumos e/ou produtos nas Plataformas Tecnológicas	Fortalecimento da Inovação Tecnológica de Insumos Estratégicos para o SUS	8636	Programa	F, E, DF, M, P
Ampliação de unidade de produção e/ou pesquisa para expansão do Complexo Industrial da Saúde	Desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	20K7	Programa	F, E, DF, M
Ampliação de unidade de produção e/ou pesquisa para o desenvolvimento, a qualificação, a inovação e a fabricação de insumos e/ou produtos nas Plataformas Tecnológicas	Fortalecimento da Inovação Tecnológica de Insumos Estratégicos para o SUS	8636	Programa	F, E, DF, M
Aquisição de equipamento e material permanente para qualificação da infraestrutura de unidades de produção e/ou pesquisa do Complexo Industrial da Saúde.	Desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	20K7	Programa	F, E, DF, M, P
Estudos e pesquisas voltados ao fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	Desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	20K7	Programa	F, E, DF, M, P

continua

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Reforma de unidade de produção e/ou pesquisa para expansão das atividades do Complexo Industrial da Saúde	Desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	20K7	Programa	F, E, DF, M, P
Ampliação de unidade de produção e/ou pesquisa para o desenvolvimento, a qualificação, a inovação e a fabricação de insumos e/ou produtos nas Plataformas Tecnológicas	Desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas para o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde	20K7	Programa	F, E, DF, M

Instrumentos de repasse: Contrato de Repasse, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria GM/MS n.º 2.915, de 11 de julho de 2022, que altera a Seção III do Capítulo IV da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis).
- Portaria Interministerial n.º 424/2016, e alterações, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse.
- Decreto n.º 6.170/2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.
- Decreto n.º 10.426/2020, que dispõe sobre a descentralização de créditos entre órgãos e entidades da Administração Pública Federal integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, por meio da celebração de termo de execução descentralizada.
- Portaria GM/MS n.º 1.083/2022, e suas alterações, que estabelece os critérios e procedimentos a serem adotados para a celebração e execução dos Termos de Execução Descentralizada (TEDs) no âmbito do Ministério da Saúde.
- Marco Legal de Ciência, Tecnologia e Inovação – Lei n.º 13.243/2016, regulamentada pelo Decreto n.º 9.283/2018.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (Sectics)
 - Departamento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Deceiis)
 - Coordenação do Programa de Fomento ao Complexo Industrial da Saúde (Cprocis)
- Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, 8º andar, Ala Sul, Brasília/DF. CEP: 70058-900
Telefones: (61) 3315-3866 / 3908 / 2790

4.4.4 Programa Estratégico: Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Descrição do programa: o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), decorrente da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, tem o objetivo de garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

O PNPMF propõe-se a: (i) inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; (ii) promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros; (iii) promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos; (iv) construir e/ou aperfeiçoar marco regulatório em todas as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países, promovendo a adoção das boas práticas de cultivo, de manipulação e de produção de plantas medicinais e fitoterápicos; (v) desenvolver instrumentos de fomento à pesquisa, ao desenvolvimento de tecnologias e a inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva; (vi) desenvolver estratégias de comunicação, formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos; e (vii) promover o uso sustentável da biodiversidade.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	303	5020	20K5	Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Capacitação de Recursos Humanos	Assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos	20K5	Programa	F, E, DF, M
Estudos e Pesquisas	Assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos	20K5	Programa	F, E, DF, M
Apoio à Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos	Assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos	20K5	Programa	F, E, DF, M

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Termo de Execução Descentralizada e Convênio.

Base legal do Programa:

- Portaria Interministerial n.º 2.960, de 9 de dezembro de 2008.
- Decreto n.º 5.813, de 22 de junho de 2006.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5/2017, arts. 570 e 571.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (Sectics)
 - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF)
 - Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB)
- Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, sobreloja, Brasília/DF
Telefones: (61) 3315-7881 / 8971
E-mail: fitodaf@saude.gov.br; cgafb.daf@saude.gov.br.

4.4.5 Programa Estratégico: Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS – Qualifar-SUS

Descrição do programa: o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS) foi criado com o objetivo de aprimorar a implementação e a integração sistêmica das atividades de Assistência Farmacêutica nos serviços de Saúde do SUS..

O Qualifar-SUS é baseado nas diretrizes: (i) promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado; (ii) contribuir para garantir e ampliar o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, à resolutividade e ao monitoramento dos resultados terapêuticos desejados; (iii) estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, na proteção e na recuperação da saúde; (iv) promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando o desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS; (v) favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência Farmacêutica, o planejamento, a programação, o controle, a disseminação das informações, a construção e o acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	303	5017	20AH	Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS	Apoiar a qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS	20AH	Programa	E, DF, M
Aquisição de equipamento para a qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.	Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde	20AH	Programa	E,DF, M

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo e Convênio.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria SCTIE/MS n.º 22, de 15 de agosto de 2012.
- Portaria SCTIE/MS n.º 39, de 13 de agosto de 2013.
- Portaria GM/MS n.º 2.107, de 23 de setembro de 2014.
- Portaria GM/MS n.º 3.457, de 15 de dezembro de 2017.
- Portaria GM/MS n.º 229, de 31 de janeiro de 2018.
- Portaria GM/MS n.º 3.931, de 11 de dezembro de 2018.
- Portaria GM/MS n.º 3.586, de 19 de dezembro de 2019.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (Sectics)
 - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF)
 - Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB)
- Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, sobreloja, Brasília/DF
 Telefones: (61) 3315-8816/ 3316 / 8971
 E-mail: qualifarsus@saude.gov.br; cgafb.daf@saude.gov.br

4.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

4.5.1 Programa Estratégico: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Pneps

Descrição do programa: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), voltada para a formação e o desenvolvimento de gestores, profissionais e trabalhadores do SUS, é compreendida como proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, a fim de qualificar os trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	128	5021	20YD	Educação e Formação em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Formação para os profissionais de saúde de nível técnico e superior	Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	20YD	Emenda e Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, Anexo XL, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria Interministerial n.º 1.127, de 4 de agosto de 2015.
- Decreto n.º 7.385, de 8 de dezembro de 2010.
- Portaria Interministerial n.º 424, 30 de dezembro de 2016, e alterações.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
 - Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS)
- Endereço: SRTVN, Quadra 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 4º andar, Ala Norte, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefones: (61) 3315-3822 / 3848 E-mail: degex@saude.gov.br

4.5.2 Programa Estratégico: Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde

Descrição do programa: o Plano busca valorizar os residentes e o corpo docente-assistencial de programas de residência, por meio da promoção e da qualificação complementar e da ampliação do financiamento de bolsas, em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Pretende-se, assim, contribuir para a oferta de profissionais especializados, egressos de programas de residência em saúde, em especial nas regiões prioritárias para o SUS. Além disso, visa apoiar técnica, pedagógica e institucionalmente os entes federados, na criação, na reativação ou na reestruturação de programas de residência em saúde.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	128	5021	20YD	Educação e Formação em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Fortalecer as Residências em Saúde	Valorizar e Qualificar os Profissionais de Saúde, Residentes e Corpo Docente Assistencial, e Apoiar os Entes Federados na Criação, na Reativação ou na Reestruturação de Programas de Residência	20YD	Emenda e Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria GM/MS n.º 1.598, de 15 de julho de 2021.
- Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.001, de 22 de outubro de 2009.
- Portaria Interministerial MEC/MS n.º 9, de 13 de outubro de 2021.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
 - Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS)
- Endereço: SRTVN 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 4º andar, Ala Norte, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefones: (61) 3315-3822 / 3848
E-mail: deges@saude.gov.br

4.5.3 Programa Estratégico: Capacitação de Trabalhadores e Gestores da Saúde para a Gestão de Emergências em Saúde Pública

Descrição do programa: as capacitações têm como objetivo qualificar os profissionais da área da saúde em técnicas de suporte básico e avançado para manutenção da vida em situações críticas de saúde, alinhada à demanda nacional por disponibilidade de profissionais qualificados para o enfrentamento às situações de emergência.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	128	5021	20YD	Educação e Formação em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Contribuir para a qualificação e o fortalecimento das competências e habilidades de gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento das Emergências em Saúde Pública	Capacitar trabalhadores e gestores da saúde para a gestão de Emergências em Saúde Pública.	20YD	Emenda e Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, Anexo XL, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria GM/MS n.º 1.083, DE 11 de maio de 2022.
- Anexo XV da Portaria de Consolidação n.º 1, de 28 de setembro de 2017.
- Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 3, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
 - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS)
- Endereço: SRTVN 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 4º andar, Ala Norte, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefone: (61) 3315-3767
E-mail: degerts@saude.gov.br

4.5.4 Programa Estratégico: Pesquisa, Desenvolvimento e Implementação de Modelo Referencial de Dimensionamento da Força de Trabalho em Regiões de Saúde no Brasil

Descrição do programa: o dimensionamento da força de trabalho é definido como um processo sistemático de avaliação das necessidades futuras de provisão e/ou de adequação de pessoal, no que tange ao quantitativo de pessoal, composição e perfil desejado, bem como de definição das estratégias e ações necessárias para o alcance de tais necessidades. Ademais, contribui para a definição de estratégias de recrutamento, capacitação, remanejamento e alocação/relocação de servidores públicos.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	128	5021	20YD	Educação e Formação em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Pesquisar, desenvolver e implementar modelo referencial de dimensionamento da força de trabalho em regiões de saúde no Brasil	Contribuir para o planejamento da força de Trabalho em regiões de saúde no Brasil	20YD	Emenda e Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Artigo 15, Inciso IX da Lei Federal n.º 8.080/1990.
- Portaria GM/MS n.º 1.083, de 11 de maio de 2022.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
 - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS)
- Endereço: SRTVN 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 4º andar, Ala Norte, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefone: (61) 3315-3767
E-mail: degerts@saude.gov.br

4.5.5 Programa Estratégico: Saúde e Segurança do Trabalhador da Saúde

Descrição do programa: o escopo de atuação da gestão do trabalho como política deve repercutir em ações estratégicas e pressupor a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde, compreendendo também temas relacionados à saúde dos trabalhadores da saúde, ao trabalho decente e digno na saúde, à humanização das relações do trabalho na saúde e aos vínculos de trabalho com proteção social. Busca incentivar a elaboração de planos de segurança e saúde do trabalhador da saúde, programas de humanização das relações sociais do trabalho na saúde, promovendo a qualidade de vida no trabalho da saúde.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	128	5021	20YD	Educação e Formação em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ações na área de saúde e segurança do trabalhador da saúde e humanização das relações sociais do trabalho na saúde	Contribuir para a estruturação de ações na área de saúde e segurança do trabalhador da saúde, assim como humanização das relações sociais do trabalho na saúde	20YD	Emenda e Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012, consolidada posteriormente no Anexo XV da Portaria de Consolidação n.º 2/2017, do Ministério da Saúde.
- Leis Orgânicas de saúde (8.080/1990 e 8.142/1990).

Contato da área responsável:

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
 - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS)
- Endereço: SRTVN 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 4º andar, Ala Norte, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefone: (61) 3315-3767
E-mail: degerts@saude.gov.br

4.5.6 Programa Estratégico: Regulação do Trabalho na Saúde

Descrição do programa: as ações possuem como objetivo a promoção da regulação do trabalho em saúde. De forma coordenada com os diferentes segmentos do Estado e da sociedade civil, serão desenvolvidos projetos e atividades voltados a consolidar, manter e atualizar sistemas de informação de informação sobre instrumentos normativos relativos ao trabalho em saúde, bem como estudos e análises sobre o arcabouço legislativo relacionado ao trabalho em saúde.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	128	5021	20YD	Educação e Formação em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ações de fortalecimento processo de Regulação do trabalho na Saúde	Fortalecer o Processo de Regulação do trabalho na Saúde	20YD	Emenda e Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943.
- Resolução CNS n.º 287, de 8 de outubro de 1998.
- Portaria MS n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012.
- Decreto n.º 11.342, de 1º de janeiro de 2023.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
 - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS)
- Endereço: SRTVN 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 4º andar, Ala Norte, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefone: (61) 3315-3767
E-mail: degerts@saude.gov.br

4.5.7 Programa Estratégico: Desprecarização do Trabalho na Saúde

Descrição do programa: o processo de desprecarização do trabalho na saúde busca alternativas pactuadas entre gestores e trabalhadores para a superação dos problemas decorrentes da atual situação da precarização no Sistema Único de Saúde (SUS). Pretende-se, assim, contribuir para elaboração de políticas e diretrizes para o fortalecimento da desprecarização, bem como da criação de estratégias para a implementação e aperfeiçoamento das carreiras no SUS.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	128	5021	20YD	Educação e Formação em Saúde

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Fortalecer a proteção social do trabalho na saúde	Contribuir para o processo de desprecarização do trabalho na saúde, por meio de estratégias para a implementação das carreiras no SUS	20YD	Emenda e Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Portaria n.º 2.517, de 1º de novembro de 2016 (VIGENTE) – Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a estados e Distrito Federal para apoio a projetos de planos de carreira e desprecarização do trabalho em saúde.
- Portaria n.º 1.654, de 29 de junho de 2020 (VIGENTE) – Altera a Portaria n.º 2.517/GM/MS, de 1º de novembro de 2012, que dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a estados e Distrito Federal para apoio a projetos de plano de carreira e desprecarização do trabalho em saúde.
- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017 (VIGENTE) – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. – CAPÍTULO II – DA DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS (art. 778 ao art. 786) – Seção I – Do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (art. 778 ao art. 782).
- Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017 (VIGENTE) – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. – CAPÍTULO II – DA DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS (art. 778 ao art. 786) – Seção II – Da Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no Âmbito do SUS (art. 783 ao art. 786).

Contato da área responsável:

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
 - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS)
- Endereço: SRTVN 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 4º andar, Ala Norte, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefone: (61) 3315-3767
E-mail: degerts@saude.gov.br

4.5.8 Programa Estratégico: Ambiência e Condições de Trabalho das Áreas Responsáveis pela Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no SUS

Descrição do programa: as ações têm por objetivo investir nas condições de trabalho das áreas responsáveis pela gestão do trabalho e educação na saúde, qualificando a ambiência, entendida como organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, proporcionando qualidade na interação interprofissional.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	128	5021	20YD	Educação e Formação em Saúde

Objetos financeiros:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Ações de qualificação do ambiente e condições de trabalho das áreas responsáveis pela gestão do trabalho e educação na saúde no SUS	Valorizar e apoiar o desenvolvimento de ações de gestão do trabalho e educação na saúde no âmbito do SUS, que resultem em processos, condições e relações de trabalho seguro, digno e humanizado	20YD	Emenda e Programa	F, DF, E, M, P

Instrumentos de repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Política Nacional de Humanização – Cartilhas Ministério da Saúde:
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. 2009.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 2010.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)
 - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS)
- Endereço: SRTVN 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 4º andar, Ala Norte, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefone: (61) 3315-3767
E-mail: degerts@saude.gov.br

4.6 AUDITORIA INTERNA GOVERNAMENTAL

4.6.1 Programa Estratégico: Fortalecimento da Auditoria do Sistema Único de Saúde

Descrição do programa: a auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS), voltada para a avaliação independente e objetiva das políticas públicas de saúde e aplicação dos recursos executados no âmbito do SUS, é organizada por meio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), composto por componentes implantados nas esferas federal, estadual e municipal, cabendo ao primeiro a função de órgão central, por meio das ações de apoio, fomento e gestão do conhecimento realizados pelo órgão de auditoria interna governamental do Ministério da Saúde. A partir dos resultados das atividades de auditoria e do seu papel como instância interna de apoio à governança, são propostas melhorias nos processos de gerenciamento de riscos, de controles internos, de integridade e de governança das políticas, programas, ações e serviços de saúde para o aprimoramento da eficiência, eficácia e efetividade do SUS.

Tem-se como objetivo promover:

- ◆ Pesquisa aplicada ao desenvolvimento tecnológico com a utilização de novas tecnologias e ferramentas para automação e automatização dos processos de auditoria do SUS, pesquisas suportadas em ferramentas de inteligência artificial, ciência de dados, segurança cibernética, entre outras tecnologias, com ênfase na interoperabilidade de sistemas, gerenciamento de auditorias, gestão corporativa, processos de gestão, gerência de redes e gestão de dados.
- ◆ Desenvolvimento de soluções tecnológicas com vistas a elaboração, sistematização ou robotização de procedimentos para identificação de desconformidades às regras, padrões e critérios de auditoria preestabelecidos, inclusive no uso de *big data*, assim como a operacionalização de métodos de *compliance* e proteção de dados pessoais, sensíveis e/ou confidenciais, com vistas a aperfeiçoar a produtividade e a assertividade do processo de auditoria.
- ◆ Proposição e difusão de métodos e técnicas que subsidiem o aprimoramento dos serviços e das ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), por meio da qualificação da força de trabalho e de apoio técnico e metodológico aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e da promoção da gestão do conhecimento no âmbito do SNA.

Ação orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA					AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	125	5021	8708	001	Fortalecimento da Auditoria do Sistema Único de Saúde

Objetos Financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER
Projeto de pesquisa aplicada ao desenvolvimento tecnológico	Qualificar o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde	8708	Programa	F
Desenvolvimento de ações para o aprimoramento das competências institucionais	Aprimorar as atividades de Auditoria Interna Governamental	8708	Programa	F
Desenvolvimento de ações para a qualificação dos profissionais do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde	Qualificar o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde	8708	Programa	F

Instrumentos de repasse: Termo de Execução Descentralizada.

Base legal:

- Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.
- Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993.
- Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995.
- Instrução Normativa Conjunta n.º 1, de 10 de maio de 2016.
- Decreto n.º 9.203, de 22 de novembro de 2017.
- Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.
- Decreto n.º 10.534, de 28 de outubro de 2020.
- Decreto n.º 11.358, de 1º de janeiro de 2023.

Contato da área responsável:

- Auditoria-Geral do Sistema Único de Saúde (AudSUS)
 - Coordenação-Geral de Inovação e Promoção do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (CGSNA)
- Endereço: SRTVN, Quadra 701, via W5 Norte, lote D, Ed. PO 700, 5º andar, Brasília/DF.
CEP: 70723-040
Telefones: (61) 3315-7950 / 7937 E-mail: auditoria@saude.gov.br

4.7 SAÚDE DIGITAL

4.7.1 Programa Estratégico: Gestão e Organização do SUS

Descrição do Programa: A Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDIGI, por meio da sua Ação Orçamentária 21CF visa à formulação, à implementação e ao funcionamento de estratégias, ações e serviços de saúde digital, inovação e Telessaúde, de modo a fomentar o suporte à melhoria da atenção à saúde, no âmbito da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil – ESD, em todo o território nacional, inclusive em apoio a situações de isolamento geográfico e vulnerabilidade social, no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das seguintes iniciativas:

1. Projetos envolvendo soluções e modelos de atenção à saúde híbridos, que incorporem a Saúde Digital, a Telessaúde e a inovação, aplicados às redes de atenção à saúde, em nível municipal, regional, estadual.
2. Elaboração de estudos técnicos, diretrizes e protocolos, análise e disseminação de dados, articulação e integração para subsidiar estratégias de Saúde Digital, Telessaúde e Inovação.
3. Desenvolvimento de estratégias para o monitoramento nacional dos sistemas de Saúde Digital, Telessaúde e Inovação.
4. Financiamento de projetos de pesquisa e estudos visando à avaliação e ampliação do acesso à Saúde Digital, Telessaúde e Inovação.

Ação Orçamentária:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	573	5021	21CF	Implantação e funcionamento da Saúde Digital e Telessaúde no SUS.

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Apoio a implementação de ações e serviços de Saúde Digital, Telessaúde e Inovação no SUS	Fomentar, incentivar, implantar e ampliar as ações de Saúde Digital e Telessaúde no âmbito do SUS.	21CF	Programa e Emenda	DF, E, M, F
Aquisições de equipamentos e materiais permanentes para a estruturação de ações e serviços de Saúde Digital, Telessaúde e Inovação no SUS.				

Instrumentos de Repasse: Fundo a Fundo, Convênio e Termo de Execução Descentralizada.

Base legal do Programa:

- Lei Orgânica da Saúde: Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018.
- Lei de Registro Eletrônico de Saúde, Lei n.º 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.
- Portaria de Consolidação n.º 02, do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017, que consolidou o Programa Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) Anexo XLII.
- Portaria de Consolidação n.º 5, do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017, Título IV, Capítulo I, Seção I, que trata do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes; Portaria de Consolidação n.º 6, do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017, Título II, Seção VII, que trata do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, Integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.
- Portaria GM/MS n.º 3.632, de 21 de dezembro de 2020, que “Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 1, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28)”.
- Portaria n.º 1.348, de 2 de junho de 2022, que “Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.
- Resolução n.º 2.324, de 20 de abril de 2022 – que “Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.
- Lei n.º 14.510, de 27 de dezembro de 2022 – que “Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020”.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI)
Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, 3º andar, Gabinete da SEIDIGI/MS
Telefone: (61) 3315-3289/3574

4.8 SAÚDE INDÍGENA

4.8.1 Programa Estratégico: Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Descrição do Programa: A Secretaria de Saúde Indígena - SESAI, por meio de suas Ações Orçamentárias **20YP - Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena; e 21CJ - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de Doenças e Agravos**, executa a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), e tem por objetivo a implementação de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde aos povos indígenas. Este modelo específico de atenção à saúde, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), leva em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais, que garantam aos indígenas o exercício de sua cidadania, levando atendimento de saúde à população indígena em todo território nacional, inclusive, em áreas de difícil acesso, e em situações de isolamento geográfico e vulnerabilidade social.

A efetivação do SasiSUS se dá pela organização de uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social, podendo nesse contexto receber apoio por meio das seguintes iniciativas:

- 1) Projetos envolvendo ampliação da cobertura de aldeias indígenas com acesso à água potável visando a prevenção de doenças vinculadas à falta de água de qualidade nas comunidades indígenas e tratamento de água adequado nas aldeias.

O que pode ser apoiado: (ação 21CJ)

- ♦ Implantação, reforma e ampliação de Sistemas de Abastecimento de Água;
- ♦ Aquisição de insumos e equipamentos para controle da qualidade da água;
- ♦ Aquisição de laboratórios móveis para análises da qualidade da água;
- ♦ Aquisição de caixa d'água e kits de bombeamento.
- ♦ Ampliação de Módulos Sanitários Domiciliares (MSD), visando a redução de doenças de veiculação hídrica.

Valor mínimo: R\$ 500.000,00.

- 2) Ampliação da rede de atendimento primário nas aldeias indígenas, visando eficácia no diagnóstico e tratamento dos indígenas aldeados, elevando a qualidade do trabalho das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

O que pode ser apoiado: (ação 20YP)

- ♦ Implantação de Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI);
- ♦ Implantação de sede de Polos Base;
- ♦ Implantação de alojamentos para Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

Valor mínimo: R\$ 800.000,00

- 3) Ampliação da matriz energética renovável em terras indígenas, visando garantir o fornecimento de água ininterrupto em locais de difícil acesso. Redução do consumo de combustível para fornecimento de energia elétrica nas aldeias indígenas, evitando emissão de poluentes no meio ambiente.

O que pode ser apoiado: (ação 20YP)

- ♦ Aquisição de equipamento de bombeamento solar, painéis fotovoltaicos, controladores, inversbaterias, aquisição de insumos e materiais elétricos.

Valor mínimo: R\$ 200.000,00

- 4) Possibilitar a acessibilidade das ações de saúde nos territórios indígenas com foco na resolutividade da atenção primária, levar atendimentos com foco na necessidade local, de acordo com os indicadores de saúde para os indígenas que residem em localidades com dispersão territorial.

O que pode ser apoiado: (ação 20YP)

- ♦ Aquisição de carreta, ônibus, micro-ônibus, van, visando adaptação do veículo para realizar atendimentos em saúde, da mulher e atendimentos odontológicos.
- ♦ Aquisição de equipamentos médicos para atendimentos em saúde da mulher;
- ♦ Aquisição de equipamentos para atendimentos odontológicos.

Valor mínimo: R\$ 700.000,00

Ações Orçamentárias:

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA				AÇÃO (DESCRIÇÃO)
10	423	5022	21YP	Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena.
10	511	5022	21CJ	Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção de Doenças e Agravos.

Objetos financiáveis:

OBJETO	COMPONENTE	AÇÃO	TIPO DE RECURSO	QUEM PODE RECEBER?
Apoio à implementação de ações e serviços da Secretaria de Saúde Indígena.	Fomentar, incentivar, implantar e ampliar as ações da Secretaria de Saúde Indígena, no âmbito do SasiSUS	20YP 21CJ	Programa e Emenda	F
Aquisições de equipamentos e materiais permanentes para a estruturação de ações e serviços da Secretaria de Saúde Indígena.				

Base legal do Programa:

20YP

- Constituição Federal, Título VIII Capítulo VIII- Índio Art. 193-231; Lei n.º 8.080/1990; Lei n.º 8.142/90; Lei n.º 9.836/1999; Lei N.º 12.314/2010; Lei Complementar n.º 141/2012; Decreto n.º 3.156/1999; Portaria n.º 254/2002; Resolução n.º 453/2012; Portaria n.º 69/2018; Portaria n.º 519/2015; Portaria n.º 2.663/2017. Decreto nº 9795/2019, Portaria nº1801/2015, Portaria nº1317/ 2017. Portaria Conjunta SESA/FUNAI n.º 4.094/2018; Portaria n.º 6/GM/MS; Portaria n.º 3992/2017, Lei Orgânica da Saúde: Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

21CJ

- Lei n.º 6.938, 31/08/1981; Constituição Federal/1988; Lei n.º 8.080, 19/09/1990; Medida Provisória n.º 1.911-8, 29/07/1999; Decreto n.º 3.156, 27/08/1999; Lei n.º 9.836, 23/09/1999; Resolução CONAMA n.º 275, 25/04/2001; Resolução CONAMA n.º 358, 29/4/2005; Lei n.º 11.445, 05/1/2007; Portaria de Consolidação n.º 5 28/09/2017, Anexo XX; Lei Complementar n.º 141, 13/01/2012; Portaria n.º 1.419, 8/6/2017; Resolução CONAMA n.º 237/1997; Resolução Conama n.º 396/2008; RDC n.º 222/2018; Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo VIII; Lei 12.305 de 2 de agosto de 2010. Decreto nº 8.892, 27/10/2016; Resolução CONAMA n.º 430, 13/05/2011; Resolução CONAMA n.º 357, 17/03/2005; Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR). O Programa Nacional de Acesso à Água Potável em Terras Indígenas - PNATI - Portaria GM/MS 5.938/2022.

Contato da área responsável:

- Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI)
Endereço: Esplanada dos Ministérios, bloco G, 3º andar, Gabinete da SEIDIGI/MS
Telefone: (61) 3315-3289 / 3574





5 ACESSO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS SISTEMAS



5.1 COMO OBTER SENHA DE ACESSO AOS SISTEMAS DO FNS

- ◆ As senhas de acesso aos sistemas do FNS são as mesmas utilizadas anteriormente. A senha é cadastrada por meio do Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso (SCPA) – <https://scpa.saude.gov.br/>. Sistema este desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o intuito de unificar o cadastramento dos usuários aos sistemas do órgão. Caso não recorde ou não tenha a senha, terá a opção de “Lembrar a Senha” na tela principal de acesso ao sistema desejado. Assim como tutoriais específicos para cadastro.
- ◆ A senha é pessoal de cada usuário, atribuída do cadastro de pessoa física vinculado a uma determinada entidade, será encaminhada para o e-mail cadastrado no SCPA. Já a senha da entidade, pessoa jurídica, será encaminhada para o e-mail cadastrado na base de dados do Ministério da Saúde, o qual é atualizado conforme informações inseridas no TransfereGov.

5.2 PARLAMENTARES

O sistema utilizado pelos parlamentares e seus assessores, encontra-se na página inicial do Portal FNS (www.portalfns.saude.gov.br), na área de Sistemas e Aplicativos, ícone “Ambiente Parlamentar”.

A senha de acesso ao AMBIENTE PARLAMENTAR, para o exercício atual, é a mesma utilizada no exercício anterior. Caso não recorde ou não tenha a senha de acesso, ou seja o primeiro acesso, basta selecionar o ano desejado, informar o parlamentar e clicar no link “Lembrar Senha” na tela principal de acesso. A senha será encaminhada para o e-mail do parlamentar cadastrado na base de dados do Ministério da Saúde.

Na eventualidade de o parlamentar ter alterado o endereço eletrônico, faz-se necessária a apresentação de ofício a ser protocolado na Assessoria Parlamentar do Gabinete do Ministro da Saúde, informando o novo e-mail a ser registrado, ao qual o sistema direcionará a senha.



Caso o parlamentar tenha interesse, poderá conceder acesso a usuários que ele entenda serem qualificados a administrar suas emendas, diretamente no sistema Ambiente Parlamentar, por meio de autorização no próprio sistema, por meio do menu “Acessos a Usuários”. O parlamentar, portanto, é responsável pelo nível de acesso a ser disponibilizado, pelo prazo de vigência, bem como pelas ações decorrentes de atividades efetuadas por esses usuários.

Somente as propostas oriundas de emendas individuais e coletivas poderão ser acompanhadas pela ferramenta Ambiente Parlamentar, em que será possível verificar todos os dados dos beneficiários e das propostas por eles cadastradas, tais como número, situação, espelho, pareceres, entre outros.

OBSERVAÇÃO: a lista de parlamentares para o ano exercício, assim como as respectivas emendas e indicações de beneficiários, serão apresentadas após as indicações pelos parlamentares no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop), sistema este de gestão e responsabilidade da Secretaria de Orçamento Federal, no Ministério da Economia. Só aparecerão na lista os parlamentares que possuam indicação de beneficiários no ano selecionado.

5.3 CADASTRO DA PROPOSTA

O Fundo Nacional de Saúde disponibiliza aos órgãos ou às entidades o **Sistema InvestSUS**, que é um sistema desenvolvido em plataforma web para gestão de sua entidade, no qual lhes permite conhecer os programas disponíveis para o financiamento neste exercício, os recursos recebidos por emenda ou programa, indicar os objetos financiáveis, cadastrar, gerenciar e acompanhar suas propostas apresentadas ao Ministério da Saúde.

Para apresentar uma proposta, é necessário que o órgão ou a entidade possua recurso oriundo de Emenda Parlamentar ou Programa e tenha cadastro no Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso (SCPA) (<https://scpa.saude.gov.br/>), nos perfis de Dirigente de entidade municipal ou estadual, Dirigente de entidade privada ou Dirigente de entidade federal. Devendo, também, manter as informações da entidade sempre atualizadas junto às superintendências estaduais.

Importante: a atualização dos dados cadastrais é de inteira responsabilidade do órgão ou da entidade.

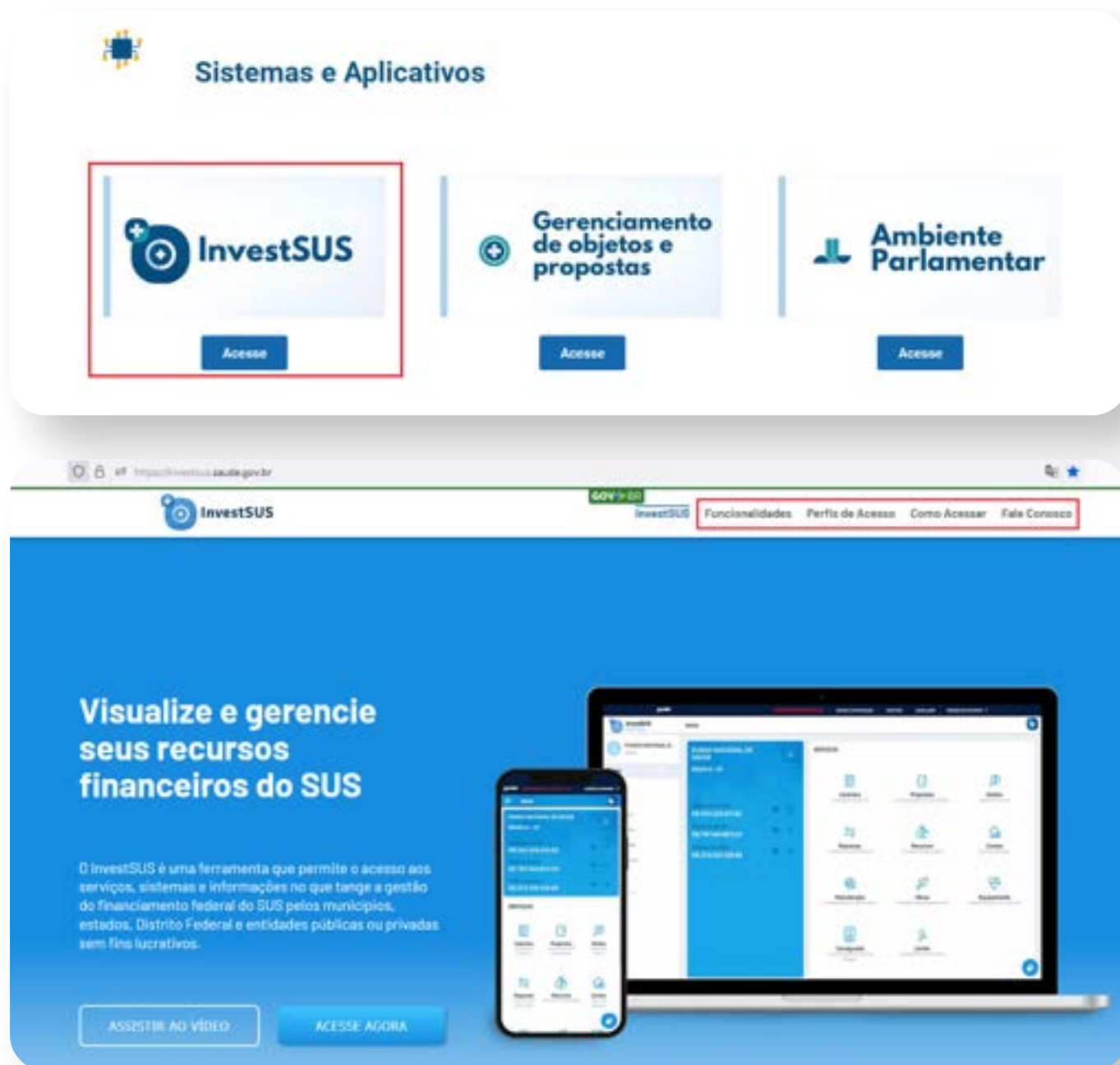
Atenção: é necessário que as entidades estejam cadastradas no TransfereGov (<https://www.gov.br/transferegov/pt-br>), portal sobre transferências e parcerias da União.

Atenção: De acordo com a Portaria SEGES/ME n.º 13.405, de 1º de dezembro de 2021, art. 1º, os termos de execução descentralizada - TED, celebrados a partir de 1º de janeiro de 2022, deverão ser operacionalizados no [transferegov.br](https://www.gov.br/transferegov), no módulo Termo de Execução Descentralizada.

5.3.1 Indicação de Objetos Financiáveis

1º Passo:

Na página inicial do Portal FNS (www.portalfns.saude.gov.br), na área de Sistemas e Aplicativos, clique em “**InvestSUS**”, conforme indicação a seguir:



Ou acesse diretamente pelo link do sistema **InvestSUS** (<https://investsus.saude.gov.br/>). O qual trará na tela de acesso, informações do sistema e de como se cadastrar.

2º Passo:

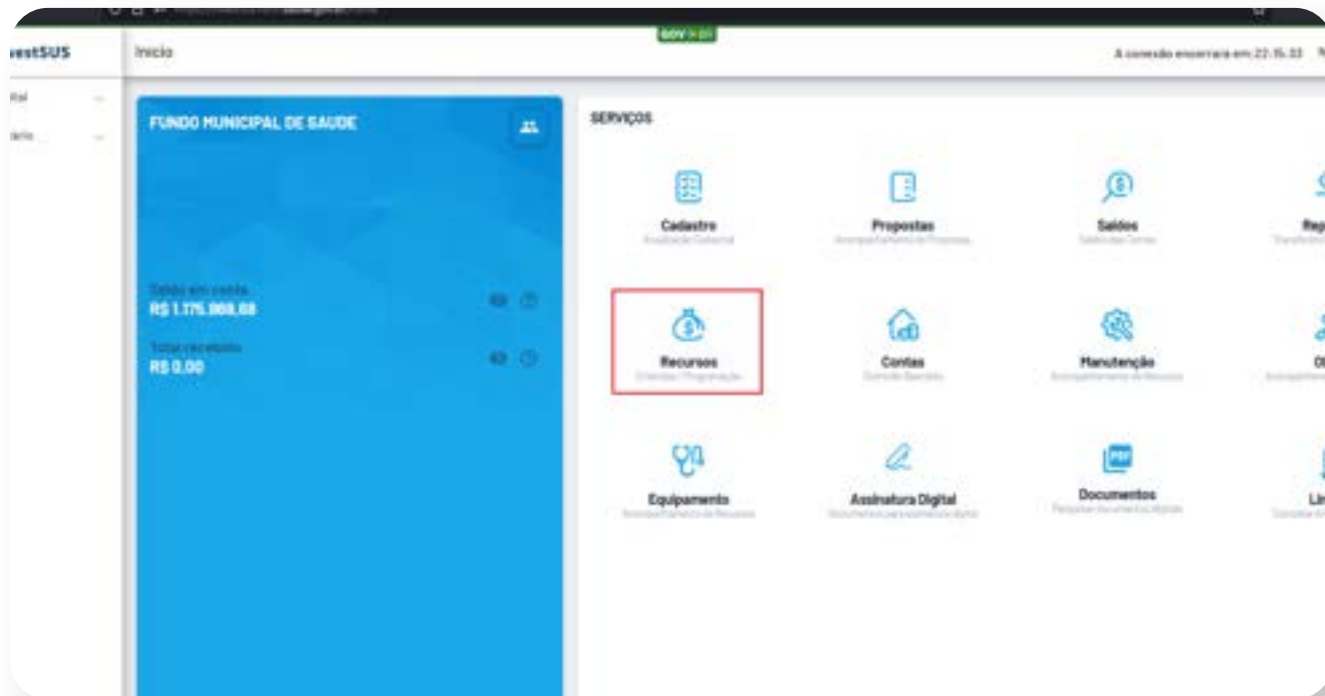
Para acesso, o proponente deve utilizar o CPF ou e-mail cadastrado no SCPA e a senha já utilizada anteriormente. O CPF já estará vinculado à entidade ao ter configurado o perfil.

Caso seja o primeiro acesso, clique no link “Novo por aqui?”, efetue o cadastro e solicite o perfil de Dirigente. Caso não se recorde da senha, clique no link “Esqueceu a Senha” e ela será enviada para o endereço de e-mail cadastrado no SCPA. Se já possuir cadastro, o acesso pode ser feito também por meio do Gov.br. Se a senha não for enviada por qualquer motivo, procurar a superintendência do estado ou entrar em contato com o falecomfns por meio do email: falecomfns@saude.gov.br.

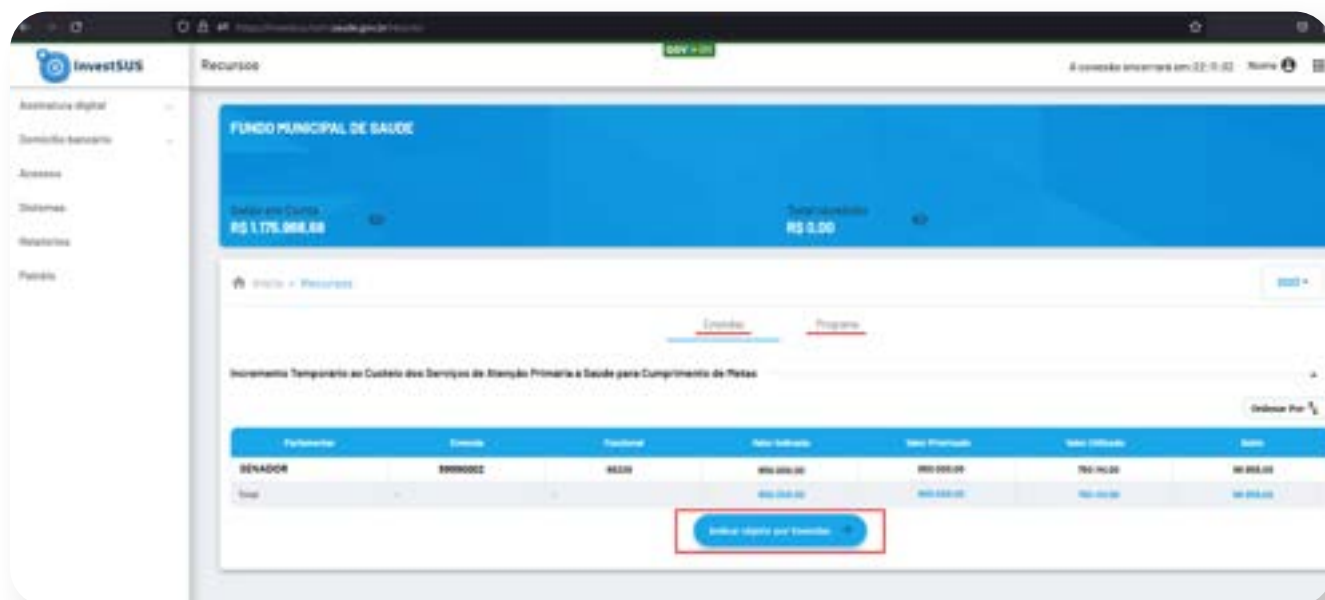
A interface de login do "Autorizador" do Ministério da Saúde. No topo, há uma barra azul com o texto "MINISTÉRIO DA SAÚDE" e "Autorizador". Abaixo, há campos para "CPF/e-mail" e "Senha". O campo de senha possui um ícone de olho para alternar a visibilidade. Abaixo dos campos, há uma imagem de uma tela de verificação de texto com o código "5 5 X G" e a instrução "digite o texto aqui". Abaixo da imagem, há um botão "ENTRAR" cinza e um botão "Entrar com gov.br" azul. Na base, há dois links: "Esqueceu a senha?" e "Novo por aqui?", ambos destacados com retângulos vermelhos. Abaixo dos links, há o texto "Caso tenha dúvida, acesse o manual de operações."

3º Passo:

Na página principal do **InvestSUS**, serão apresentadas as funcionalidades disponíveis para entidade, para visualizar os recursos disponíveis no exercício, deve utilizar a funcionalidade “Recursos”.



Será apresentada a relação dos recursos disponíveis no exercício, de emendas ou programa, conforme seleção. Ainda neste passo, a entidade deverá escolher qual recurso utilizará, emenda ou programa, a depender da disponibilidade de recursos a ela alocados, e clicar no botão “**Indicar objeto por Emenda**” ou “**Indicar objeto por Programa**”, respectivamente.



4º Passo:

Documentos para assinatura

Documento	Processo	Proposta	Ano Proposta	Cancelado	Assinado
Nenhum registro encontrado.					

RELACÃO DE EMENDAS

INSTRUÇÕES

1. Selecione o Programa/Ação;
2. Selecione o Componente desejado;
3. Selecione o Objeto desejado;
4. Clique no botão "Avançar".

Clique em **+** para detalhar a Emenda

	Programa/Ação	Saldo Capital(R\$)	Saldo Corrente(R\$)
<input type="radio"/>	IMPLANTAÇÃO DAS ACADEMIAS DA SAÚDE	300.000	0
<input type="radio"/>	INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DE METAS	0	1.500.000
<input type="radio"/>	INCREMENTO TEMPORÁRIO AO CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL PARA CUMPRIMENTO DE METAS	0	19.871.939
<input checked="" type="radio"/>	ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - NACIONAL	19.641.161	8.260.000
<input type="radio"/>	SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REDE HOSPITALAR - NACIONAL	3.510.000	0

OBJETOS SELECIONADOS

Programa	Componente	Objeto	Valor(R\$)	Ações
Nenhum registro encontrado.				

Nenhum objeto foi selecionado.

[Voltar](#)

Será apresentada a relação de programas estratégicos financiáveis pelo Ministério da Saúde no exercício, conforme recursos disponíveis para a entidade. Deve-se, então, escolher o programa para visualizar os componentes relacionados.

5º Passo:

Será apresentada a relação de componentes possíveis para o programa estratégico escolhido. Deve-se, então, escolher o componente para visualizar os objetos relacionados.

ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE - NACIONAL 19.841.161 8.260.000

 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	 PRONTO ATENDIMENTO
 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	 PRONTO ATENDIMENTO
 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	 PRONTO ATENDIMENTO
 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	 PRONTO ATENDIMENTO
 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	 PRONTO ATENDIMENTO
 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 SALA 190 - CENTRO DE REGULAÇÃO	 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	 PRONTO ATENDIMENTO

[Voltar](#) [Avançar](#) [Imprimir](#) [Atualizar](#) [Cancelar](#) [Fechar](#)

6º Passo:

Será apresentada a relação de objetos possíveis para o componente escolhido. Deve-se, então, escolher o objeto ao qual deseja cadastrar sua proposta:

Componente	Objeto	GND	Tipo Recurso	Emenda(s)
CLÍNICA / CENTRO DE ESPECIALIDADES / POLICLÍNICA / UNIDADE MISTA	REFORMA DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	Corrente	Convênio Obra	Indicar
CLÍNICA / CENTRO DE ESPECIALIDADES / POLICLÍNICA / UNIDADE MISTA	AMPLIAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	Capital	Convênio Obra	Indicar
CLÍNICA / CENTRO DE ESPECIALIDADES / POLICLÍNICA / UNIDADE MISTA	CONSTRUÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	Capital	Convênio Obra	Indicar
CLÍNICA / CENTRO DE ESPECIALIDADES / POLICLÍNICA / UNIDADE MISTA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	Capital	Equipamento	Indicar

SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REDEHOSPITALAR - NACIONAL 3.510.000 0

OBJETOS SELECIONADOS

Programa	Componente	Objeto	Valor(R\$)	Ações
Nenhum registro encontrado.				
Nenhum objeto foi selecionado.				

[Voltar](#)

a) **Recurso de emenda:** clique no botão “Indicar”.

Será apresentada a relação de emendas disponíveis para o programa estratégico/componente/objeto escolhido. Informe o valor a indicar na(s) emenda(s) que deseja utilizar, respeitando o saldo disponível, confirmando no botão “Salvar”.

FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO

Instruções

Por favor indique os valores a partir do(s) saldo(s) disponível(eis) na(s) emenda(s) abaixo:

1. Insira o valor desejado no campo “Valor a Indicar”;
2. Clique no botão “Salvar”;

- O valor não deve ultrapassar o saldo de cada emenda;
- O total do(s) valore(s) somados ou não, deve ser igual ao valor previsto na tela anterior.

Objeto Selecionado: REFORMA DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

Parlamentar	Emenda/Funcional	Valor RCL(R\$)	Valor Disponível(R\$)	Valor Indicado(R\$)	Saldo Disponível(R\$)	Valor a Indicar(R\$)
ERIKA KIKAY	28260019 10302201585350053	1.400.000	1.400.000	0	1.400.000	<input type="text"/>
IZALCI	28890020 10302201585350053	4.860.000	4.860.000	0	4.860.000	Emenda Bloqueada.
Totais(R\$):		6.260.000	6.260.000	0	6.260.000	

[Salvar](#) [Cancelar](#)

- b) Recurso de programa: informe o valor que deseja utilizar, respeitando o valor disponível para o componente, e salve.

Documentos para assinatura


Documento	Processo	Proposta	Ano Proposta	Consultar	Ano Consultar
Nenhum registro encontrado.					

SISTEMA DE CADASTRO DE PROPOSTAS

O Sistema de Cadastro de Propostas foi desenvolvido com a finalidade de facilitar as Entidades, os Fundos Estaduais, Municípios e Entidades Privadas a cadastrarem suas propostas nos sistemas abaixo:

Programa/Ação

ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

 HOSPITAL



Valor indicado para este componente R\$ 2.000.000,00

Componente	Objeto	Valor (R\$)	Ação
CLÍNICA / CENTRO DE ESPECIALIDADES / POCLÍNICA / UNIDADE MISTA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	<input type="text"/>	<div>Salvar</div>

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

OBJETOS SELECIONADOS

Programa	Componente	Objeto	Valor (R\$)
Nenhum registro encontrado.			

Voltar

7º Passo:

Será apresentada a relação de indicações realizadas, com o valor informado, na área de “Objetos Seleccionados”. Aparecerão as opções de “Excluir”, caso deseje refazer a indicação, e “Iniciar Proposta” para dar início ao cadastramento da proposta. Alguns objetos que não necessitam do preenchimento da proposta, essa opção vem desabilitada.

► SISTEMA DE CADASTRO DE PROPOSTAS

O Sistema de Cadastro de Propostas foi desenvolvido com a finalidade de facilitar as Entidades, os Fundos Estaduais, Municípios e Entidades Privadas a cadastrarem suas propostas nos sistemas abaixo:

	Programa/Ação
1	ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
2	REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

► OBJETOS SELECIONADOS

Programa	Componente	Objeto	Valor (R\$)	
ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	HOSPITAL GERAL E ESPECIALIZADO	AMPLIAÇÃO DE UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	500.000	Iniciar Proposta Excluir
ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CLÍNICA / CENTRO DE ESPECIALIDADES / POLICLÍNICA / UNIDADE MISTA	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	2.000.000	Iniciar Proposta Excluir

[Voltar](#)

Ao iniciar a proposta, o sistema será direcionado automaticamente para uma nova página para o preenchimento da proposta.

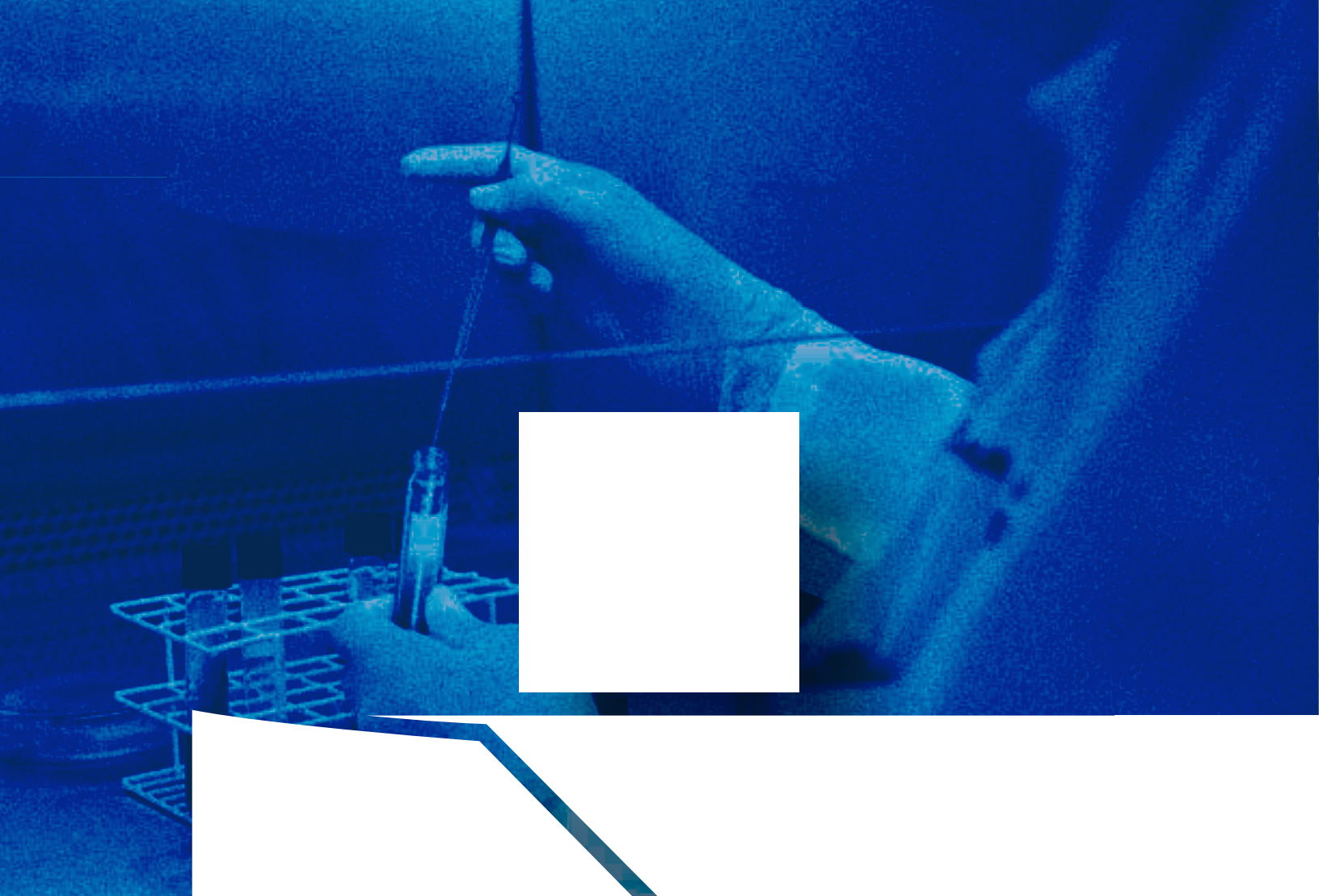
As propostas cadastradas poderão ser acompanhadas dentro da funcionalidade “Propostas” no sistema InvestSUS.



**O FNS DISPONIBILIZOU UM
NOVO CANAL DE INTERLOCUÇÃO
INTEGRADA ENTRE O FNS, GESTORES
EM SAÚDE E TODA A SOCIEDADE**

O **Saiba a Fundo** é uma plataforma pensada para oferecer **suporte adequado e formação continuada** para todos aqueles buscarem informações referentes ao **financiamento federal do SUS**. A ideia é **oferecer informação qualificada e integrada**, expandindo o entendimento sobre o financiamento da saúde, bem como alinhando-o ao processo de gestão dos serviços executados por meio da aplicação dos recursos financeiros federais destinados ao SUS.

**VISITE
POR MEIO DO
QR CODE**





6 CANAIS DE COMUNICAÇÃO



Para dúvidas e orientações quanto aos sistemas no sítio do FNS, estão disponíveis os seguintes canais de comunicação:

6.1 ATENDIMENTO ELETRÔNICO

Central de Atendimento do FNS por meio do portal: <http://portalfns.saude.gov.br/>, formulário disponível no link da aba superior: “Fale com FNS”.

É importante descrever na mensagem o detalhamento do problema ou da dúvida, enviar a imagem do erro do sistema (print da tela), assim como informar o nome do parlamentar, o número da emenda, o CNPJ da instituição beneficiada e, se já houver, o número da proposta.

6.2 ATENDIMENTO TELEFÔNICO

Central de Atendimento do FNS por meio do número: 0800-6448001.

É importante ter em mãos o CNPJ da instituição beneficiada e, se já houver, o número da proposta, o nome do parlamentar e o número da emenda, quando for o caso.

6.3 ASSESSORIA PARLAMENTAR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – ASPAR

- E-mail: atendimento.aspar@saude.gov.br.
- Atendimento telefônico e presencial voltado aos parlamentares.
- Telefones: (61) 3315-2060 / 3499.
- Esplanada dos Ministérios, bloco G, 5º andar, sala 514 – Brasília/DF.

PAINÉIS DE INFORMAÇÕES

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

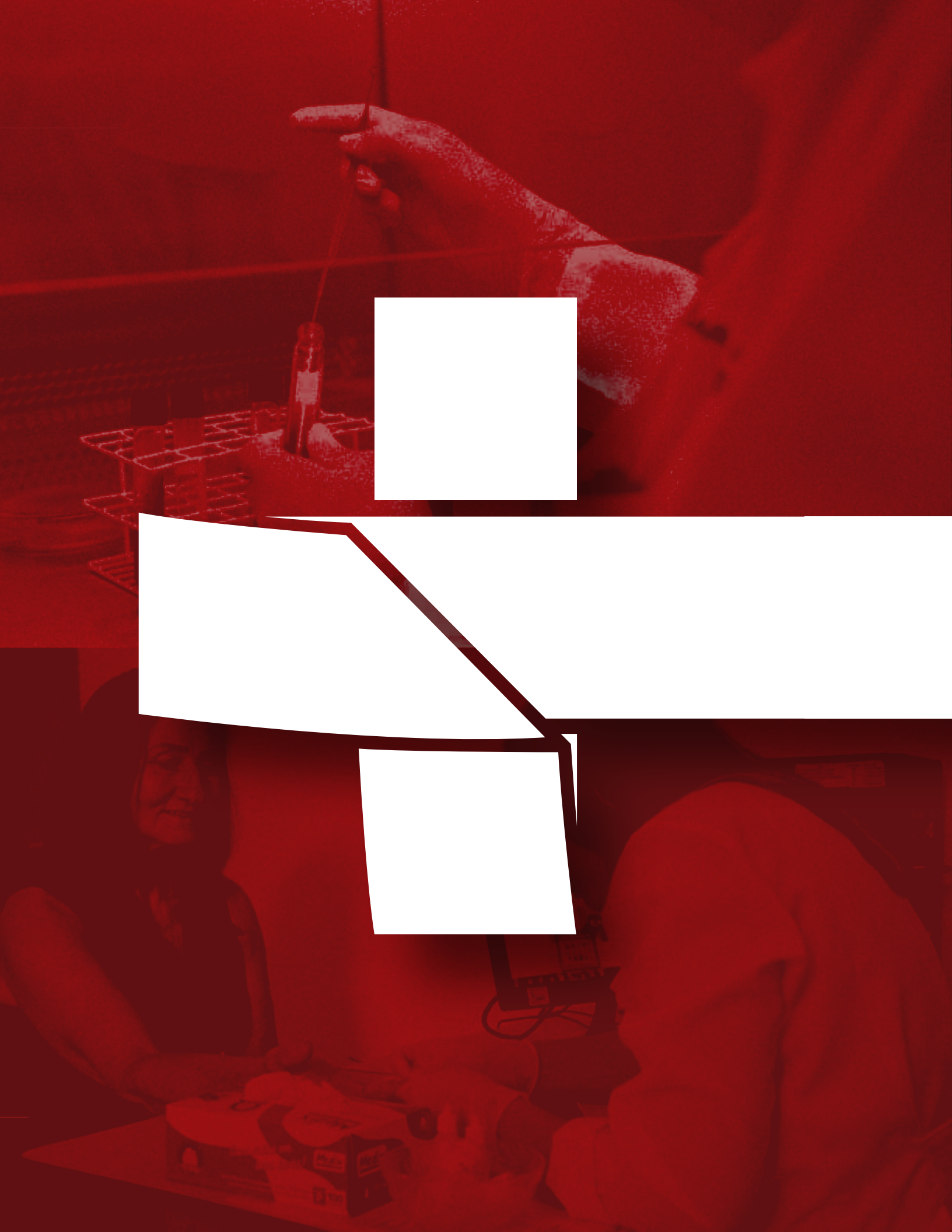


DOWNLOAD
DISPONÍVEL NAS
PLATAFORMAS



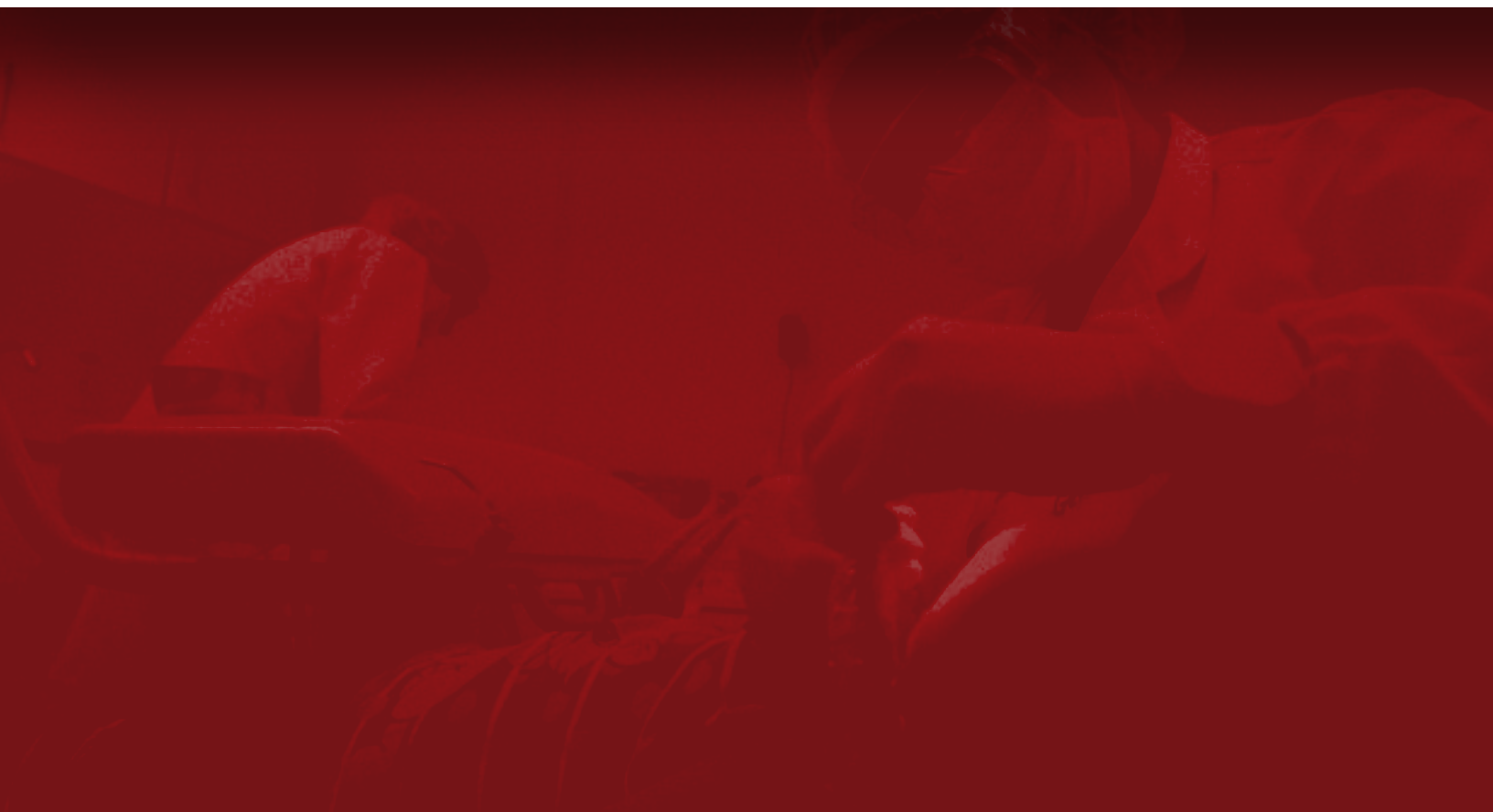
MINISTÉRIO DA
SAÚDE







7 ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE



7.1 PROCEDIMENTOS ADOTADOS APÓS A INSERÇÃO DA PROPOSTA

7.1.1 Fundo a Fundo

- ◆ Depois de cadastrada e enviada para análise, a proposta fica submetida à apreciação pela área responsável.
- ◆ A análise é realizada sob o mérito (validação do objeto) e sob o técnico-econômico (custos e especificações apresentados pelo proponente). Exceto propostas de obra, que não passam por análise técnico-econômica, pois possuem valores estabelecidos por região de acordo com o programa arquitetônico mínimo.
- ◆ Após receber todos os pareceres (mérito e econômico) e estar em consonância com os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, a proposta fica com a situação PROPOSTA APROVADA.
- ◆ Mediante parecer favorável, a proposta segue para publicação de portaria.
- ◆ Após publicação de portaria específica, a Secretaria Finalística solicita a autuação do processo e encaminha a documentação para o FNS.
- ◆ O FNS providencia o empenho, encaminha para a programação de pagamento e realiza a abertura da conta bancária para proceder com a liberação do recurso.



7.1.2 Convênios

- ◆ Depois de cadastrada e enviada para análise, a proposta fica submetida à apreciação pela área responsável.
- ◆ A análise é realizada sob o mérito (validação do objeto) e sob o técnico-econômico (custos e especificações apresentados pelo proponente).
- ◆ Após receber todos os pareceres (mérito e econômico) e estar em consonância com os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, a proposta fica com a situação PROPOSTA APROVADA, depois registra-se no Transferegov.br.
- ◆ Cumprida a etapa de análise técnica, a proposta segue para validação da Secretaria Finalística e, após autorizada, para celebração de convênio pela Secretaria-Executiva.

- ◆ Recebida a autorização, o processo segue para o FNS, onde é emitida nota de empenho; celebração do convênio (documentação da entidade válida) e publicação no Diário Oficial da União (DOU).
- ◆ A liberação dos recursos está condicionada à apresentação do processo licitatório pelo conveniente e ao aceite pelo concedente, conforme disposto no inciso II, do art. 41, e na alínea “e”, do inciso I, do art. 66, da Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016 (alterada pela Portaria Interministerial n.º 558, de 10 de outubro de 2019).



7.1.3 Contrato de Repasse

- ◆ Depois de cadastrada e enviada para análise, a proposta fica submetida à apreciação pela área responsável.
- ◆ Após receber todos os pareceres (mérito e econômico) e estar em consonância com os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, a proposta fica com a situação PROPOSTA APROVADA.
- ◆ Cumprida a etapa de análise, a proposta segue para validação da Secretaria Finalística e, após autorizada, segue para o FNS, onde é emitida nota de empenho e enviada para a Unidade Mandatária (Caixa Econômica Federal).
- ◆ A Unidade Mandatária (Caixa Econômica Federal), após receber o crédito, adota providências com o proponente quanto à assinatura do contrato de repasse.



7.1.4 Termo de Execução Descentralizada

- ◆ Depois de cadastrada e enviada para análise, a proposta fica submetida à apreciação pela área responsável.
- ◆ A análise é realizada sob o mérito (validação do objeto) e sob o técnico-econômico (custos e especificações apresentados pelo proponente).
- ◆ Após receber todos os pareceres (mérito e econômico) e estar em consonância com os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, a proposta fica com a situação PROPOSTA APROVADA.
- ◆ Após a análise técnica, a proposta segue para validação da Secretaria Finalística, para recebimento de autorização para celebração do termo pela Secretaria-Executiva.
- ◆ Recebida a autorização, o FNS efetiva o Termo de Execução Descentralizada.



7.2 EXECUÇÃO DOS CONTRATOS DE REPASSE

O Ministério da Saúde financia obras de reforma, ampliação e construção nova. Conforme o previsto na Portaria Interministerial n.º 424/2016, na fase de Seleção de Propostas, a Caixa Econômica Federal é a instituição mandatária responsável pela análise da documentação técnica, institucional, cadastral e jurídica, observadas as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde é responsável pela análise do plano de trabalho.

7.2.1 Etapas da Execução dos Contratos de Repasse

- 1) Assinatura do contrato de repasse em cláusula suspensiva: após aprovação da proposta, a Caixa chama o proponente para assinar o contrato. O contrato pode ser assinado com cláusula suspensiva. O proponente tem 24 meses para sanar todas as pendências da cláusula suspensiva.
- 2) Após a aprovação dos documentos pendentes na cláusula suspensiva (em geral, aprovação dos projetos), o contrato fica em SITUAÇÃO NORMAL e a instituição mandatária emite a autorização para início da licitação.
- 3) O desbloqueio dos recursos financeiros creditados em conta vinculada ao contrato de repasse será realizado de acordo com o cronograma de desembolso, após a verificação pela Caixa, mediante Relatório de Acompanhamento Técnico sobre a execução física da etapa correspondente e ainda a aprovação da prestação de contas parcial da etapa anterior.

7.2.2 Alteração de Plano de Trabalho dos Contratos de Repasse

As alterações no plano de trabalho, sujeitas à aprovação pela instituição mandatária, somente serão permitidas nos casos em que se fizerem necessárias, tecnicamente justificadas e de modo tempestivo pelo proponente, ou diante de ocorrência de fato imprevisível, sendo vedado alterar o objeto do contrato de repasse, exceto no caso de ampliação da execução do objeto pactuado ou para redução ou exclusão de meta, sem prejuízo da funcionalidade do objeto contratado, conforme Portaria Interministerial n.º 424/2016.

Nos casos em que a reformulação implique análise de mérito, como alteração de metas ou de endereço, a instituição mandatária a encaminhará para avaliação do Ministério da Saúde, cabendo às áreas responsáveis pelo programa a emissão de parecer de mérito.

O proponente deve procurar a Gerência Regional da Caixa em que assinou o contrato para solicitar alterações contratuais.

7.3 PARECERES TÉCNICOS

As propostas cadastradas nos sistemas informatizados deverão receber minimamente dois pareceres técnicos favoráveis para que sejam consideradas plenamente aprovadas, sendo primeiramente submetidas a uma análise técnica de mérito e, posteriormente, à análise técnico-econômica.

7.3.1 Análise Técnica do Mérito

A análise técnica de mérito compreende a análise do perfil da instituição proponente, da coerência e da compatibilidade do pleito com os objetivos e as prioridades do Ministério da Saúde para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a existência de infraestrutura física e recursos humanos necessários para a instalação, a operação e a manutenção dos equipamentos.

Essa análise se baliza, entre outras, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.631, de 1º de outubro de 2015; da Portaria n.º 3.432, de 12 de agosto de 1998; da Resolução Anvisa: RDC n.º 36, RDC n.º 50, RDC n.º 54, RDC n.º 7; da Portaria n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os principais critérios para análise de mérito são:

- ◆ O número do CNPJ do proponente é a base para avaliação da oferta de serviços e dos tipos de unidade de saúde do município.
- ◆ É exigida a existência de vínculo jurídico entre o proponente e o beneficiário.
- ◆ São importantes as informações sobre: déficit de leitos, demanda reprimida e habilitações em média e alta complexidade pretendidas.
- ◆ É necessário informar sobre a garantia de recursos humanos para compor quadro profissional do serviço.

- ◆ São observados o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do município e a inserção no Plano de Ação Regional de Redes.
- ◆ Para os novos serviços de impactos local e regional, é pertinente dar conhecimento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – não se aplica a propostas apresentadas à luz de políticas pactuadas em Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme a Portaria n.º 1.516, de 24 de julho de 2013.

A justificativa deve oferecer minimamente:

- ◆ Descrição do objetivo para a celebração do instrumento.
- ◆ Perfil do papel estratégico da unidade na Rede de Atenção à Saúde.
- ◆ Informações quanto à demanda reprimida.
- ◆ Informação sobre número de leitos por especialidade (quando houver).
- ◆ Resultados esperados com execução do objeto.

7.3.2 Propostas com Objeto de Construção, Ampliação e Reforma

- ◆ É relevante a descrição dos ambientes, do Estabelecimento Assistencial de Saúde, da população de abrangência, do total de leitos por especialidades e dos serviços a serem implantados.
- ◆ É imprescindível ter a posse do terreno onde será edificada a obra.
- ◆ É necessário apresentar declaração de conclusão de obras com recurso próprios, caso o recurso não seja suficiente para o cumprimento do objetivo pactuado.

7.3.3 Propostas com Objeto de Equipamento

- ◆ É importante informar se o objetivo é a substituição de equipamentos obsoletos ou a ampliação do serviço. No caso de substituição, anexar laudo de obsolescência.
- ◆ Para determinados equipamentos, exigem-se habilitação específica, disponibilidade de profissional, compatibilidade com a demanda populacional e espaço físico adequado para alocação.
- ◆ A quantidade de equipamentos solicitada deve apresentar coerência com a estrutura e a capacidade da entidade beneficiária.

7.4 ANÁLISE TÉCNICO-ECONÔMICA

A Análise Técnico-Econômica é iniciada após a avaliação, a emissão do parecer de mérito favorável e a homologação da proposta pelas áreas finalísticas do Ministério da Saúde.

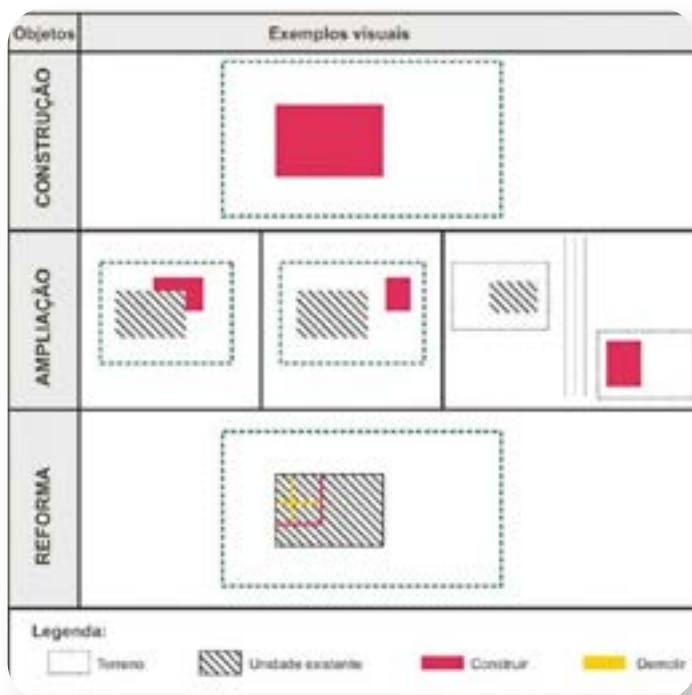
7.4.1 Análise Técnico-Econômica de Obras

A Análise Técnico-Econômica de Obras verifica a consonância entre o objeto da proposta e a descrição das futuras intervenções físicas, e entre o número de leitos e a área pleiteada.

O objeto da proposta é a informação que norteia toda a análise. Por esse motivo, é de fundamental importância que o proponente tenha conhecimento das definições dos objetos caracterizados pelo Ministério da Saúde, **conforme preconiza a RDC n.º 50/2002 – Anvisa:**

- ◆ **CONSTRUÇÃO** de unidade de saúde – edificação nova desvinculada funcionalmente ou fisicamente de algum estabelecimento já existente (vide Figura 1).
- ◆ **AMPLIAÇÃO** de unidade de saúde – acréscimo de área a uma edificação existente ou construção de uma nova edificação para ser agregada funcionalmente (fisicamente ou não) a um estabelecimento já existente (vide Figura 1).
- ◆ **REFORMA** de unidade de saúde – alteração em ambientes sem acréscimo de área, podendo incluir vedações e/ou instalações existentes, substituição ou recuperação de materiais de acabamento ou instalações existentes (vide Figura 1).

FIGURA 1 – DEFINIÇÃO DOS OBJETOS



Fonte: SE/MS.

No momento da análise são verificadas as informações preenchidas pelo proponente nos campos da proposta: Objeto do Convênio, Cronograma Físico e Plano de Aplicação, com o intuito de avaliar se essas informações mantêm coerência com a aprovação do mérito, já procedida anteriormente pela área finalística.

É verificada a consonância entre a área de intervenção física, o custo/m² e a complexidade da unidade e dos serviços de obra, sendo o custo/m² em atendimento aos demais fatores, o que definirá se uma obra será passível de exequibilidade ou não. Para que uma obra seja considerada exequível, é necessário que a relação entre o custo/m² e a complexidade da unidade esteja adequadamente enquadrada nas faixas de valores de obras predefinidas pelo Ministério da Saúde. Estando todas as informações compatibilizadas entre si e passíveis de aprovação, é emitido o Parecer Técnico-Econômico Favorável.

Para a análise e a emissão do Parecer Técnico-Econômico da Proposta, não são considerados os projetos arquitetônicos e/ou planilhas orçamentárias. Essas documentações serão analisadas posteriormente à aprovação do Plano de Trabalho, quando solicitadas as apresentações dos projetos completos (arquitetura e complementares), da planilha orçamentária e dos demais documentos técnicos pela equipe responsável, que verificará a coerência entre custos, quantitativos e projetos, visando sempre à melhor aplicação dos recursos públicos. Atualmente, para a modalidade de Contrato de Repasse, a análise dos projetos, das planilhas e das demais documentações técnicas é de responsabilidade da Caixa Econômica Federal.

7.4.2 Análise Técnico-Econômica de Equipamentos

A Análise Técnico-Econômica de Equipamentos visa buscar a coerência entre os valores e as especificações técnicas dos itens pleiteados. O Parecer Técnico-Econômico será favorável quando a proposta de projeto se apresentar (sob a ótica dos preços e especificações técnicas dos itens) exequível, ou seja, compatível com os valores praticados no mercado e livre de eventuais direcionamentos explícitos e detectáveis pelo analista técnico.

Na Análise Técnico-Econômica de Equipamentos, Materiais Permanentes e Unidades Móveis de Saúde, alguns critérios devem ser considerados no momento do cadastro dos itens para viabilizar a emissão do Parecer Técnico-Econômico de Equipamentos Favorável, sendo eles:

- ◆ **Coerências entre a nomenclatura do item e sua especificação técnica:** a especificação técnica deverá estar em total consonância com a nomenclatura do item cadastrado na proposta e aprovado pelo Parecer Técnico de Mérito.
- ◆ **Coerência entre a configuração permitida e a especificação técnica apresentada:** a especificação técnica não poderá apresentar configurações que não sejam passíveis de financiamento pelo SUS ou com incorporação de tecnologia não aprovada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), além de ter o mínimo de informação técnica que permita avaliar o valor do item.
- ◆ **Compatibilidade entre descritivo técnico do item e valor pleiteado:** o valor solicitado para o item cadastrado deve ser compatível com a sua especificação técnica descrita na proposta e com os valores de mercado.

- ◆ **Verificação de possíveis direcionamentos na especificação técnica:** o descritivo do item não poderá apresentar informações que direcionem para marca, modelo, códigos ou tecnologia patenteada.
- ◆ **Verificação de custeio de serviços:** a especificação técnica não deverá apresentar informações que se destinem a frete, treinamento, manutenção, garantia estendida ou demais serviços.

7.4.3 Especificação Técnica

A especificação técnica é a apresentação do descritivo que contém informações mínimas que permitam descrever tecnicamente o equipamento ou o material permanente, para que seja possível mensurar o valor do item especificado. Essa descrição deverá conter as informações mais relevantes para avaliação do item, como características técnicas, acessórios, componentes, porte, tecnologia de funcionamento (digital, analógico, hidráulico, elétrico etc.), respeitando-se o limite de caracteres disponível em cada um dos sistemas informatizados utilizados.

7.4.3.1 Tipos de Especificação

Todos os itens cadastrados no Sigem apresentam uma especificação sugerida que considera:

- ◆ Dados obtidos em pesquisa mercadológica.
- ◆ Informações enviadas pelas instituições de saúde.
- ◆ Informações técnico-econômicas enviadas por fornecedores participantes do Programa de Cooperação Técnica (Procot).
- ◆ Apontamentos das áreas finalísticas detentoras das políticas de saúde, entre outras.

Para a maioria dos itens, a especificação sugerida não é obrigatória e pode ser alterada no momento do cadastro da proposta para melhor atender à necessidade da instituição. Para esses itens há dois tipos de especificação:

- ◆ **Especificação Aberta:** permite que o proponente desmarque a especificação sugerida e digite em campo específico a descrição do item com informações que atendam à sua necessidade.
- ◆ **Especificação em Agrupador:** são disponibilizadas opções de características técnicas predefinidas pelo Ministério da Saúde que devem ser selecionadas pelo proponente para configurar o item cadastrado na proposta.

Alguns itens, como as Unidades Móveis, apresentam Especificação Sugerida Única, com descritivo que não permite alteração, pois esses itens têm características predefinidas, validadas pela área responsável pelo programa ou pela política de saúde que vai financiá-los.

Importante ressaltar que, a partir do exercício de 2023, alguns itens da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) apresentarão duas especificações sugeridas, afim de auxiliar as entidades de saúde no momento do cadastro de proposta com mais

uma sugestão de especificação. Reitera-se que não é obrigatório optar por uma ou outra especificação sugerida, exceto para os itens que possuem especificação única.

7.4.4 Valores de Referência

Todos os itens financiáveis pelo SUS têm uma faixa de valor, mínimo e máximo, que é determinada por meio de pesquisas mercadológicas, levando em consideração equipamentos que apresentam boa relação custo-benefício e boa resolutividade em procedimentos cobertos pelo SUS. Para a definição do valor sugerido é utilizada a média dos valores obtidos por meio das informações técnico-econômicas enviadas pelos fornecedores de equipamentos, bem como banco de preços públicos, que apresentam as características técnicas mais relevantes e que compõem a especificação sugerida.

Para os itens que são referenciados em dólar, a atualização dos valores da cotação para a moeda nacional é realizada diariamente, considerando-se sempre a cotação do dólar do dia anterior, por meio da base de informações disponibilizadas pelo Banco Central.

7.5 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES FINANCIÁVEIS PARA O SUS

A Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo SUS (Renem) foi criada por meio da Portaria GM/MS n.º 3.134, de 17 de dezembro de 2013, para gerir os itens financiáveis por meio de propostas de projetos de órgãos e entidades públicas e privadas sem fins lucrativos vinculadas à rede assistencial do SUS, e para padronizar suas nomenclaturas, permitindo a efetiva gestão deles.

O Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (Sigem) é uma ferramenta utilizada para administrar o banco de dados mantido pelo Ministério da Saúde e gerenciar as informações técnico-econômicas dos itens pertencentes à Renem, conforme preconizado pela Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017.

Para manter as informações do Sigem atualizadas, o Ministério da Saúde mantém o Programa de Cooperação Técnica (Procot) a fim de captar as informações técnico-econômicas (configuração, especificação e valores) com as empresas fabricantes, importadoras ou distribuidoras de equipamentos e materiais permanentes.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) atualiza as informações técnico-econômicas dos itens da Renem periodicamente, disponibilizando as informações das configurações permitidas e não permitidas, especificações e preços sugeridos pelo Ministério da Saúde e outras informações relacionadas aos seus itens, permitindo que as instituições públicas e privadas sem fins lucrativos se orientem para a elaboração de suas especificações técnicas e para a estruturação dos serviços.

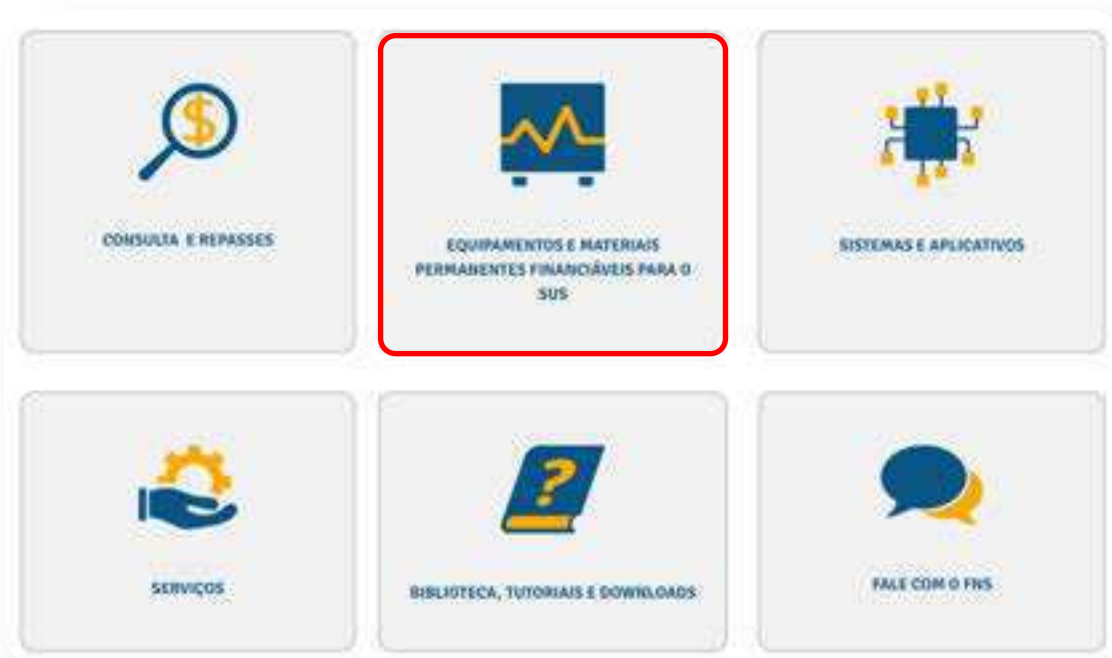
O FNS é responsável pelo gerenciamento do Sigem, realizando periodicamente a atualização da Renem. É, ainda, o responsável por incluir, ativar ou inativar os itens presentes nessa relação, mediante solicitação das áreas finalísticas responsáveis pelas respectivas ações, políticas ou programas de governo de referência aos quais os equipamentos e materiais permanentes serão destinados.

Vale a pena salientar que a Conitec assessora as áreas finalísticas nas atribuições relativas à incorporação, à exclusão ou à alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou na alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

É possível acessar a lista Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS por meio do Portal do FNS (<http://portalfns.saude.gov.br>)



Ao acessar a página inicial do portal, é possível encontrar os ícones de acesso à lista de equipamentos clicando em **“EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES FINANCIÁVEIS PARA O SUS”**, conforme indicação a seguir:



Nesta página, estão disponibilizados os seguintes serviços:

- 1) “Pesquisa de itens da RENEM”, em que é possível acessar a lista de itens ativos da RENEM.
- 2) “Colabore com informações sobre equipamentos e materiais permanentes – PROCOT”, em que os colaboradores do Procot podem enviar suas colaborações técnicas e econômicas em relação aos itens da Renem.

Ainda na página exibida, é possível acessar mais informações mais detalhadas sobre a Renem, o Sigem e o Procot no campo “Conheça”.

The screenshot displays the top section of the RENEM website. At the top, there is a header with a logo on the left and the text "Equipamentos e materiais permanentes financiáveis para o SUS - RENEM". Below the header, a section titled "Serviços:" contains two prominent blue buttons with red borders. The first button features a magnifying glass icon and the text "PESQUISA DE ITENS DA RENEM". The second button features a database icon and the text "COLABORE COM INFORMAÇÕES SOBRE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES - PROCOT". Below the "Serviços:" section is a "Conheça:" section. This section contains three white boxes, each with a logo and a description. The first box has the RENEM logo and the text "Saiba mais sobre a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes", with a "Saiba mais" button below. The second box has the SIGEM logo and the text "Conheça o Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS", with a "Saiba mais" button below. The third box has the PROCOT logo and the text "Leia sobre o Programa de Cooperação Técnica", with a "Saiba mais" button below.

Equipamentos e materiais permanentes financiáveis para o SUS - RENEM

Serviços:

- PESQUISA DE ITENS DA RENEM
- COLABORE COM INFORMAÇÕES SOBRE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES - PROCOT

Conheça:

RENEM

Saiba mais sobre a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes

[Saiba mais](#)

SIGEM

Conheça o Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS

[Saiba mais](#)

PROCOT

Leia sobre o Programa de Cooperação Técnica

[Saiba mais](#)

Ao consultar “**Pesquisa de itens da RENEM**”, são disponibilizadas diversas opções de pesquisa, conforme listados na figura a seguir:

PESQUISA DE ITENS RELAÇÃO NACIONAL DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES FINANCIÁVEIS PARA O SUS - RENEM



Planilha completa de equipamentos

Obtenha a lista completa dos itens contemplados pela Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) para o ano corrente.



Pesquisa por nome

Obtenha acesso às informações de cada um dos equipamentos e materiais permanentes financiáveis, como definição, especificação técnica, valores, e características que precisam ser descritas para o cadastro de proposta.



Pesquisa por ambiente

Obtenha as informações sobre quais equipamentos e materiais permanentes são financiáveis para cada “ambiente”, conforme a “atividade” selecionada, segundo os critérios da Portaria nº 2.022/2017, RDC nº 50/2002 e demais normativas que regulamentam a estruturação de estabelecimentos de saúde.



Pesquisa por Programa Estratégico - Componente

Obtenha a lista de equipamentos e materiais permanentes financiáveis para cada Programa Estratégico do Ministério da Saúde.



Planilha completa por atividade

Obtenha as informações de todos os equipamentos e materiais permanentes financiáveis de acordo com a “atividade” selecionada.



Pesquisa por tipo de Estabelecimento

Obtenha lista de equipamentos e materiais permanentes financiáveis para cada estabelecimento de saúde de acordo a classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

- ◆ Planilha completa de equipamentos: disponibiliza lista de todos os itens financiáveis no exercício corrente.
- ◆ Pesquisa por nome: acessa as informações referentes ao item pesquisado.

- ◆ Pesquisa por ambiente: informa os itens pertencentes aos ambientes de acordo com a atividade selecionada.

- ◆ Pesquisa por Programa Estratégico – Componente: permite obter a relação dos itens vinculados ao programa estratégico e ao componente.

The screenshot shows the 'Consulta' (Query) interface for 'Equipamentos e Materiais Permanentes' (Permanent Equipment and Materials). The header includes 'Consulta' and 'Fundo Nacional de Saúde'. Below the header, there's a section for 'Equipamentos e Materiais Permanentes' with a description of the system's purpose. The main area contains several filter tabs: 'Pesquisa por Item', 'Pesquisa por Unidade', 'Pesquisa por Componente', 'Pesquisa por Atividade', and 'Pesquisa por Estabelecimento'. The 'Pesquisa por Componente' tab is selected. Under this tab, there are two dropdown menus: 'Programa Estratégico' and 'Componente'. The 'Programa Estratégico' dropdown is set to 'Selecionar' (Select). The 'Componente' dropdown is set to 'Selecionar' (Select). At the bottom right, there are buttons for 'Consultar' (Query) and 'Limpar' (Clear).

- ◆ Pesquisa por Atividade: verifica o cadastro de itens relacionados ao tipo de atividade selecionada

The screenshot shows the 'Consulta' (Query) interface for 'Equipamentos e Materiais Permanentes' (Permanent Equipment and Materials). The header includes 'Consulta' and 'Fundo Nacional de Saúde'. Below the header, there's a section for 'Equipamentos e Materiais Permanentes' with a description of the system's purpose. The main area contains several filter tabs: 'Pesquisa por Item', 'Pesquisa por Unidade', 'Pesquisa por Componente', 'Pesquisa por Atividade', and 'Pesquisa por Estabelecimento'. The 'Pesquisa por Atividade' tab is selected. Under this tab, there is a dropdown menu labeled 'Atividade' set to 'Selecionar' (Select). At the bottom right, there are buttons for 'Consultar' (Query) and 'Limpar' (Clear).

- ◆ Pesquisa por tipo de estabelecimento: disponibiliza a lista dos itens presentes no ambiente escolhido associado ao programa estratégico, ao componente e ao estabelecimento de saúde.



- ◆ Após selecionado o tipo de pesquisa e preenchido(s) o(s) campo(s) disponível(is), é necessário clicar em “Ações” para acessar o detalhamento do item.



Equipamento	Descrição	Classificação	Ações
Aparelho para monitorização de pressão arterial	Aparelho para monitorização de pressão arterial	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de glicemia	Aparelho para monitorização de glicemia	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de oxigenação	Aparelho para monitorização de oxigenação	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de saturação de oxigênio	Aparelho para monitorização de saturação de oxigênio	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de frequência cardíaca	Aparelho para monitorização de frequência cardíaca	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de temperatura	Aparelho para monitorização de temperatura	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de pressão intracraniana	Aparelho para monitorização de pressão intracraniana	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de pressão intraocular	Aparelho para monitorização de pressão intraocular	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de pressão arterial não invasiva	Aparelho para monitorização de pressão arterial não invasiva	Módulo Monitoramento	[Ações]
Aparelho para monitorização de pressão arterial invasiva	Aparelho para monitorização de pressão arterial invasiva	Módulo Monitoramento	[Ações]

- ◆ No detalhamento do item, é possível ter acesso às informações sobre “Especificação Sugerida” e “Preço Sugerido” e também sobre “Configurações Permitidas” e “Características a serem Especificadas” para os itens financiáveis para o SUS.

Detalhe Equipamento

Equipamento
 Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada

Descrição
 Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada

Características
 Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada

Preço Sugerido
 R\$ 11.341,00

Configurações Permitidas e Características a serem Especificadas

Características

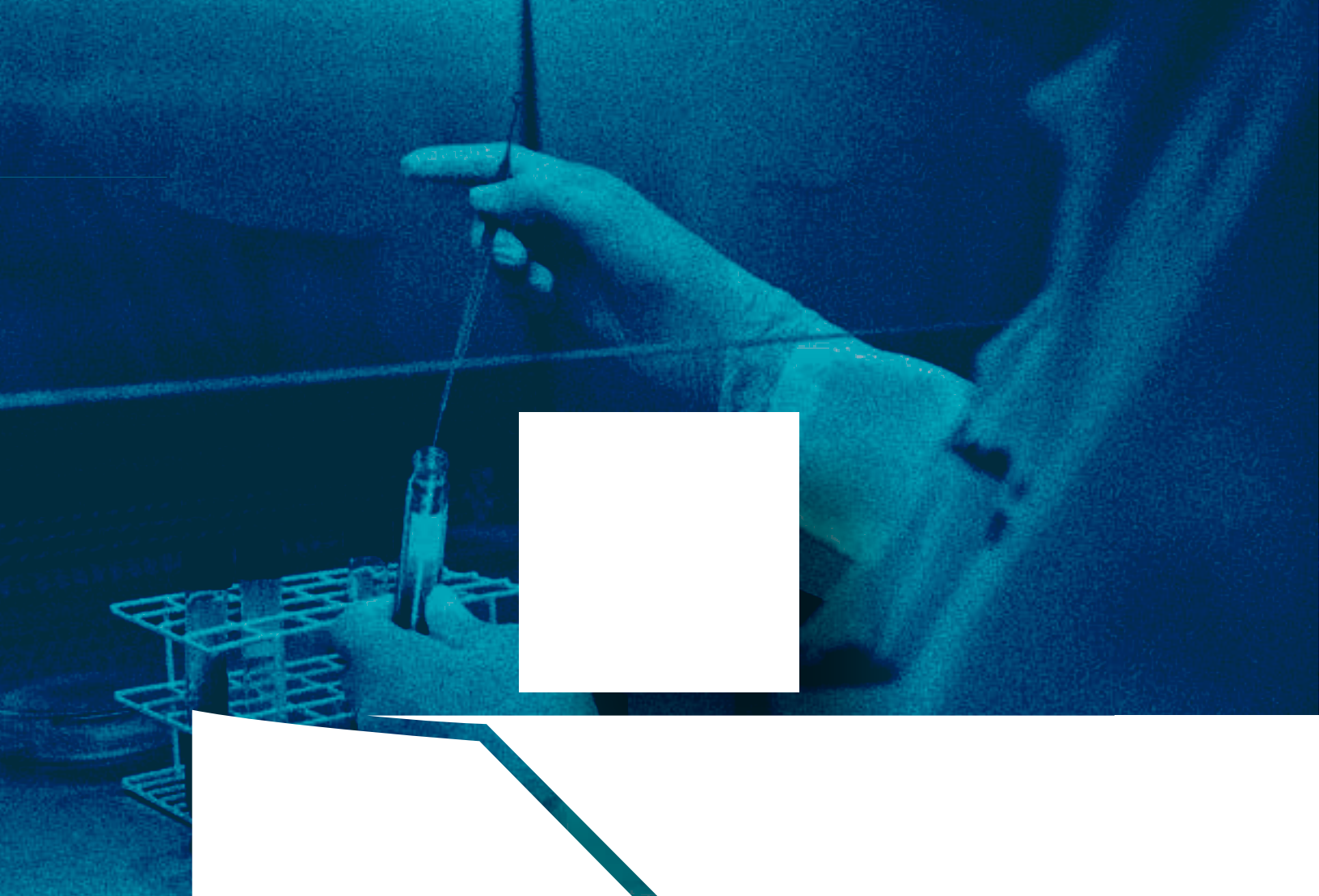
Característica	Valor
Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada	Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada
Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada	Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada
Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada	Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada

Preço Sugerido

Item	Preço Sugerido
Unidade de Foco para Hemodiálise Integrada	R\$ 11.341,00

Observações

Este equipamento é financiado pelo SUS. O preço sugerido é o valor máximo que o equipamento pode custar. O preço real pode ser menor, dependendo da negociação com o fornecedor. O preço sugerido é o valor máximo que o equipamento pode custar. O preço real pode ser menor, dependendo da negociação com o fornecedor.





REFERÊNCIAS



BATISTA, E. L. *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde soc.**, v. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/p8XGhmjmMjdJT86zy9mXdPG/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil); CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). Resolução n.º 10, de 8 de dezembro de 2016. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 237, p. 95, 12 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004-2013.** Brasília, DF: MS, [2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pnad/cnv/pnadc.def>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; BRASIL. Ministério da Fazenda; BRASIL. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. **Portaria Interministerial n.º 424, de 30 de dezembro de 2016.** Estabelece normas para execução do estabelecido no Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, revoga a Portaria Interministerial n.º 507/MP/MF/CGU, de 24 de novembro de 2011 e dá outras providências. Brasília, DF: MP, 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20457541/do1-2017-01-02-portaria-interministerial-n-424-de-30-de-dezembro-de-2016-20457287. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007.** Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6170.htm. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 10.426, de 16 de julho de 2020.** Dispõe sobre a descentralização de créditos entre órgãos e entidades da administração pública federal integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, por meio da celebração de termo de execução descentralizada. Brasília, DF: PR, 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10426.htm. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.os 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.019, de 31 de julho de 2014.** Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n.os 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. (Redação dada pela Lei n.º 13.204, de 2015). Brasília, DF: PR, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.971, de 27 de dezembro de 2019.** Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023. Brasília, DF: PR, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.971-de-27-de-dezembro-de-2019-235937365>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 14.436, de 09 de agosto de 2022.** Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2023 e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2021b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14436.htm. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021.** Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 14 fev. 2023.



Conte-nos o que pensa
sobre esta publicação.
CLIQUE AQUI e
responda a pesquisa.

DISQUE
SAÚDE **136**

[/minsaude](#)

[/ministeriodasaude](#)

[/MinSaudeBR](#)



MOVIMENTO NACIONAL PELA VACINAÇÃO

**Vacina é vida.
Vacina é pra todos.**

Atualize a caderneta e, juntos, vamos
reconstruir a vacinação brasileira.

Saiba mais em



gov.br/vacinacao



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses

NOTA

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se da Indicação Nº 27/2023 ([0034867246](#)), de autoria do Deputado Federal Leo Prates (PDT/BA), sugerindo ao Ministério da Saúde, que ***“proceda à atualização e aperfeiçoamento das diretrizes para prevenção e controle das arboviroses, de forma a incluir Zika e Chikungunya.”***

2. **ANÁLISE**

2.1. As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, publicada em 2009, é o documento vigente que auxilia estados e municípios na organização de suas atividades de prevenção e controle da doença, em períodos de baixa transmissão ou em situações epidêmicas, desde a sua publicação, no ano de 2009.

2.2. É fato que o cenário nacional atual das arboviroses difere-se daquele abordado no documento “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”. As diferenças encontradas entres os cenários envolvem desde a introdução do vírus chikungunya (CHIKV) no Brasil, no segundo semestre de 2014, e do o vírus Zika (ZIKV), no primeiro semestre de 2015, até o agravamento da situação da Febre Amarela e a introdução de outras arboviroses silvestres como Febre do Oeste do Nilo, Mayaro, Saint Louis, Oropuche, que têm a participação de outros vetores e o envolvimento de outras espécies animais na manutenção e transmissão das doenças. Além destes importantes componentes epidemiológicos e entomológicos, outras variáveis que interferem no cenário atual das arboviroses consideram as diferenças climáticas/ambientais, territoriais e sociodemográficas nas regiões brasileiras.

2.3. Desde então, a Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses tem buscado ampliar as formas de vigilância epidemiológica e laboratorial, vigilância entomológica, vigilância animal, assistência e demais aspectos que possam otimizar os processos de trabalho em todas as esferas de governo com a finalidade de qualificar os meios de vigilância e melhor controle das arboviroses no país e normatizar uma diretriz atualizada.

2.4. Em 2016, ocorreu a “Reunião Internacional para Implementação de alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil” cujo objetivo foi avaliar novas tecnologias para o controle do *Aedes aegypti*, com base em evidências de seus resultados e potencial para utilização em escala ampliada. Neste contexto, em fevereiro de 2016, o Ministério da Saúde, por meio de Boletim Epidemiológico (SEI [0035171680](#)), recomendou tecnologias para estudos e pesquisas prioritárias e para incorporação nas diretrizes nacionais.

2.5. Neste sentido, com as recentes entregas destes relevantes resultados parciais e finais das pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde, a Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses tem trabalhado na atualização de normativas técnicas do Ministério da saúde, entre elas, das diretrizes nacionais.

2.6. Recentemente, o Ministério da Saúde apresentou na 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), um conjunto de novas tecnologias para o controle do *Aedes aegypti*, que tem por objetivo impactar nos indicadores de transmissão das principais arboviroses urbanas do país. Esta é uma importante etapa que antecede a publicação das novas Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle das Arboviroses, em elaboração por esta CGARB, com previsão de publicação no ano corrente.

2.7. Ademais, cabe enfatizar a publicação dos seguintes documentos do Ministério da Saúde que norteiam as ações de prevenção e controle das arboviroses urbanas e silvestres:

2.7.1. Guia de Vigilância em Saúde (GVS) (SEI [0035171789](#)) - anualmente editado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), alinha-se aos novos desafios e estratégias de vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de importância de saúde pública. Destacam-se os capítulos 6 (Febre Amarela, Febre do Nilo Ocidental) e 7 (arboviroses urbanas causadas por vírus transmitidos pelo Aedes: dengue, chikungunya e Zika).

2.7.2. Plano Nacional de Contingência para Emergências em Saúde Pública por Dengue, Chikungunya e Zika (SEI [0035171924](#)) - Com o novo cenário epidemiológico vivenciado, fez-se necessária a elaboração do Plano a partir das orientações e normativas relacionadas ao tema (BRASIL, 2009, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2019a, 2019b; OPAS, 2019a, 2019b) e da colaboração do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), com o objetivo de subsidiar e orientar atividades frente ao risco de emergências em saúde pública por surtos ou epidemias de arboviroses.

2.7.3. Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou Epidemia de Arboviroses (SEI [0035174741](#)) - objetiva auxiliar as secretarias estaduais e municipais de saúde na estruturação dos seus serviços e impactar na redução da letalidade ocasionada pelas arboviroses referidas neste documento.

2.7.4. Dengue diagnóstico e manejo clínico (SEI [0035180383](#)) - Esta versão do guia enfatiza a nova classificação de dengue, revisa os volumes de hidratação oral dos grupos A e B; a reposição volêmica e o monitoramento do grupo C e inclui o diagnóstico diferencial com as novas arboviroses, chikungunya e zika, introduzidas no País nos últimos anos.

2.7.5. Chikungunya - manejo clínico (SEI [0035180514](#)).

2.7.6. Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus (SEI [0035180634](#)) - Tem o objetivo de aperfeiçoar e ampliar a proposta contida no protocolo de 2015, visando orientar os profissionais de saúde sobre a suspeita, notificação, investigação e outras condutas de vigilância para os casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus, atendidos nos serviços de unidades sentinelas.

2.7.7. Por fim, algumas atualizações adicionais são realizadas por meio de Notas Informativas e juntamente com os documentos normativos para vigilância e controle de arboviroses mencionados acima são amplamente divulgadas para as Secretarias Estaduais de Saúde e estão disponíveis no site do Ministério da Saúde.

3. CONCLUSÃO

3.1. Ante ao exposto, a CGARB agradece a pertinência da Indicação Nº 27/2023 ([0034867246](#)), de autoria do Deputado Federal Leo Prates (PDT/BA), que sugere ao Ministério da Saúde, que **“proceda à atualização e aperfeiçoamento das diretrizes para prevenção e controle das arboviroses, de forma a incluir Zika e Chikungunya”** e informa que o trabalho de reestruturação do Programa das Arboviroses ante ao novo cenário destes agravos no país será consolidado na atualização das diretrizes nacionais de controle vetorial, no guia de vigilância em saúde e nos manuais de manejo clínico, em elaboração/revisão, com previsão de publicação no ano corrente.

Atenciosamente,

LIVIA CARLA VINHAL FRUTUOSO
Coordenadora-Geral de Vigilância de Arboviroses

De acordo,

ALDA MARIA DA CRUZ
Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis



Documento assinado eletronicamente por **Alda Maria da Cruz, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 07/08/2023, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Livia Carla Vinhal Frutuoso, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Arboviroses**, em 07/08/2023, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035099510** e o código CRC **9830141C**.

Referência: Processo nº 25000.104146/2023-59

SEI nº 0035099510

Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses - CGARB
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - saude.gov.br

Criado por [aline.rapello](#), versão 27 por [livia.vinhal](#) em 04/08/2023 19:59:22.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis
Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização

NOTA TÉCNICA Nº 67/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Inclusão da vacina contra herpes-zóster no Programa Nacional de Imunização, de modo que ela passe a ser oferecida pelo Sistema Único de Saúde.

2. **ANÁLISE**

2.1. Acerca da sugestão de inclusão da vacina herpes-zóster no Programa Nacional de Imunizações, apresentada na Indicação nº 122/2023 ([0034875099](#)), da Câmara dos Deputados, Gabinete do Deputado Ricardo Ayres (Republicanos/TO), o Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DPNI), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde, esclarece o que se segue.

2.2. Para a incorporação de uma vacina na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário o atendimento dos seguintes critérios:

- Epidemiológicos - consideram as características da doença, incluindo a análise de sua morbimortalidade e classificação como um problema de saúde pública, a partir dos dados de prevalência, incidência e taxas de hospitalização e morte pelo agravo.
- Imunológicos – oferta de produtos seguros, de alta eficácia e que ofereçam proteção duradoura.
- Tecnológicos – são avaliados os estágios de desenvolvimento da vacina, a viabilidade técnica e econômica, capacidade de produção para atender a demanda do Programa Nacional de Imunizações (PNI), bem como os custos de importação e a transferência de tecnologia para produção nacional, garantindo a disponibilidade do produto e a sustentabilidade da sua incorporação.
- Socioeconômicos - consideram os estudos de custo-efetividade, que são métodos utilizados para avaliar se a incorporação de uma nova vacina no calendário traz maiores ou menores efeitos positivos para a saúde, em relação a outro tipo de intervenção já utilizada pelos serviços de saúde, comparando os gastos com a doença e com a vacina.
- Logísticos – identificam as necessidades referentes ao transporte, armazenamento e estoque do produto em todas as etapas, além da capacidade da rede de frio para acondicionar a vacina nas diversas instâncias, desde o produtor até a oferta efetiva à população.
- Aprovação - pela Câmara Técnica Assessora em Imunização.
- Orçamentários – as despesas decorrentes da introdução de uma vacina incorrem na aplicação de recursos públicos e devem constar na prévia dotação orçamentária.

2.3. Desse modo, uma vacina somente pode ser incorporada à rotina de vacinação no âmbito do SUS após atender concomitantemente a esses critérios e, neste momento, a vacina herpes-zóster não atende a todos eles.

3. **CONCLUSÃO**

3.1. A vacina herpes-zoster não cumpre todos os critérios necessários à introdução de um imunobiológico na rotina de vacinação, o que, neste momento, inviabiliza a sua incorporação ao SUS. Tão logo esses critérios sejam atendidos, o imunizante poderá ser incorporado à rotina de vacinação do SUS.

THIAGO FERNANDES DA COSTA

Coordenador-Geral de Incorporação Científica e Imunização - Substituto

EDER GATTI FERNANDES

Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis



Documento assinado eletronicamente por **Eder Gatti Fernandes, Diretor(a) do Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis**, em 28/07/2023, às 19:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thiago Fernandes da Costa, Coordenador(a)-Geral de Incorporação Científica e Imunização substituto(a)**, em 31/07/2023, às 12:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035014779** e o código CRC **7371C150**.

Referência: Processo nº 25000.104343/2023-78

SEI nº 0035014779

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização - CGICI
SRTVN 702, Via W5 Norte, Edifício PO700, 6º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - saude.gov.br

Criado por [reginac.silva](#), versão 4 por [reginac.silva](#) em 27/07/2023 14:43:00.



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1186/2023/ASPAR/MS

Brasília, 10 de agosto de 2023.

A Senhora

VIVIAN OLIVEIRA MENDES

Chefe de Gabinete

Secretaria Especial de Relações Institucionais

Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 1.

Casa Civil - Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 27/2023**

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Reporto-me ao **Ofício n.º 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0034867221), de 13 de julho de 2023, acompanhado da **Indicação Parlamentar nº 27/2023**, de autoria do **Deputado Federal Leo Prates**, que "**Sugere à Ministra da Saúde que proceda à atualização e aperfeiçoamento das diretrizes para prevenção e controle das arboviroses, de forma a incluir Zika e Chikungunya**".
2. Em resposta à referida Indicação, encaminho a **Nota (0035099510)** elaborada pela **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA/MS**.
3. No âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

MÁRCIA LUZ DA MOTTA

Chefe de Gabinete da Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Luz da Motta, Chefe de Gabinete**, em 29/08/2023, às 10:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035285141** e o código CRC **397B5982**.

Referência: Processo nº 25000.104146/2023-59

SEI nº 0035285141

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Ofício 1ªSec//E/nº 22/2023

Brasília, 14 de março de 2023.

A Sua Excelência o Senhor

ALEXANDRE PADILHA

Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República

Assunto: **Indicações**

Senhor Ministro,

Nos termos regimentais, encaminho a Vossa Excelência cópias das Indicações, a seguir especificadas, de autoria de diversos parlamentares.

Por oportuno, informo que seguem anexos, por meio de mídia digital, endereços eletrônicos para acesso às Indicações:

Proposição	Autor	Órgão
Indicação n. 1/2023	Sidney Leite	Ministério da Educação
Indicação n. 2/2023	Vicentinho Júnior	Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços,
Indicação n. 3/2023	Dr. Zacharias Calil	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 4/2023	Fernando Mineiro	Ministério de Minas e Energia
Indicação n. 5/2023	Delegado Matheus Laiola	Presidência da República
Indicação n. 6/2023	Delegado Matheus Laiola	Presidência da República
Indicação n. 7/2023	Luiz Carlos Motta	Ministérios da Fazenda e do Trabalho
Indicação n. 8/2023	André Figueiredo	Ministério da Fazenda
Indicação n. 9/2023	Júlio Lopes	Presidência da República
Indicação n. 10/2023	Júlio Lopes	Ministério da Fazenda
Indicação n. 11/2023	Júlio Lopes	Presidência da República
Indicação n. 12/2023	Júlio Lopes	Ministério da Saúde
Indicação n. 13/2023	Júlio Lopes	Presidência da República
Indicação n. 14/2023	Júlio Lopes	Ministério da Saúde
Indicação n. 15/2023	Júlio Lopes	Presidência da República
Indicação n. 16/2023	Júlio Lopes	Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos,
Indicação n. 17/2023	Júlio Lopes	Presidência da República
Indicação n. 18/2023	Júlio Lopes	Ministério de Minas e Energia
Indicação n. 19/2023	Júlio Lopes	Presidência da República
Indicação n. 20/2023	Kim Kataguiri	Ministério da Educação
Indicação n. 21/2023	Nicoletti	Presidência da República





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Indicação n. 22/2023	Zé Silva	Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar
Indicação n. 23/2023	Léo Prates	Ministério da Saúde
Indicação n. 24/2023	Léo Prates	Ministério da Saúde
Indicação n. 25/2023	Léo Prates	Ministério da Saúde
Indicação n. 26/2023	Léo Prates	Ministério da Saúde
Indicação n. 27/2023	Léo Prates	Ministério da Saúde
Indicação n. 28/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério de Minas e Energia
Indicação n. 29/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Educação
Indicação n. 30/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Educação
Indicação n. 31/2023	Carlos Henrique Gaguim	Presidência da República
Indicação n. 32/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 33/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério de Minas e Energia
Indicação n. 34/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério de Minas e Energia
Indicação n. 35/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Fazenda
Indicação n. 36/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 37/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministérios da Educação e do Turismo
Indicação n. 38/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministérios da Educação e do Turismo
Indicação n. 39/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério do Planejamento e Orçamento
Indicação n. 40/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério do Turismo
Indicação n. 41/2023	Delegado Fabio Costa	Ministério da Saúde
Indicação n. 42/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima
Indicação n. 43/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional
Indicação n. 44/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Educação
Indicação n. 45/2023	Célio Studart	Ministério da Educação
Indicação n. 46/2023	Pedro Lucas Fernandes	Ministério dos Transportes
Indicação n. 47/2023	Bandeira de Mello	Presidência da República
Indicação n. 48/2023	Alexandre Leite	Ministério da Saúde
Indicação n. 49/2023	Sílvia Waiãpi	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 50/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Fazenda
Indicação n. 51/2023	Carlos Henrique Gaguim	Ministério da Educação
Indicação n. 52/2023	Lídice da Mata	Ministério da Fazenda
Indicação n. 53/2023	Nicoletti	Presidência da República
Indicação n. 54/2023	Maria Rosas	Ministérios da Educação e da Saúde
Indicação n. 55/2023	Sâmia Bomfim	Ministério da Saúde
Indicação n. 56/2023	Antonio Andrade	Ministério dos Transportes
Indicação n. 57/2023	Beto Preto	Ministério da Saúde





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Indicação n. 58/2023	Murillo Gouvea	Ministério da Saúde
Indicação n. 59/2023	Pedro Lucas Fernandes	Ministério do Esporte
Indicação n. 60/2023	Fausto Santos Jr.	Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional
Indicação n. 61/2023	Laura Carneiro	Presidência da República
Indicação n. 62/2023	Célio Studart	Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos
Indicação n. 63/2023	Albuquerque	Ministério dos Transportes
Indicação n. 64/2023	Amanda Gentil	Ministério da Saúde
Indicação n. 65/2023	Luiz Philippe de Orleans e Bragança	Ministério da Cultura
Indicação n. 66/2023	Duarte	Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania
Indicação n. 67/2023	Duarte	Ministério da Saúde
Indicação n. 68/2023	Duarte	Ministério da Fazenda
Indicação n. 69/2023	Duarte	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
Indicação n. 70/2023	Duarte	Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos
Indicação n. 71/2023	Duarte	Ministério do Planejamento e Orçamento
Indicação n. 72/2023	Silvia Waiãpi	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 73/2023	Luiz Couto	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
Indicação n. 74/2023	Julia Zanatta	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
Indicação n. 75/2023	Mario Frias	Ministério das Relações Exteriores
Indicação n. 76/2023	Gerlen Diniz	Ministério dos Transportes
Indicação n. 77/2023	Fausto Santos Jr.	Ministério dos Transportes
Indicação n. 78/2023	Fausto Santos Jr.	Ministério dos Transportes
Indicação n. 79/2023	André Fufuca	Ministério da Saúde
Indicação n. 80/2023	Dr Benjamim	Ministério da Saúde
Indicação n. 81/2023	Gerlen Diniz	Ministério da Fazenda
Indicação n. 82/2023	Neto Carletto	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
Indicação n. 83/2023	Neto Carletto	Ministério da Saúde
Indicação n. 84/2023	Capitão Alberto Neto	Ministério do Planejamento e Orçamento
Indicação n. 85/2023	Marcos Tavares	Ministério da Educação
Indicação n. 86/2023	Marcos Tavares	Ministério da Saúde
Indicação n. 87/2023	Marcos Tavares	Ministério da Saúde
Indicação n. 88/2023	Rafael Brito	Ministério da Educação
Indicação n. 89/2023	Mário Negromonte Jr.	Ministério da Fazenda





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Indicação n. 90/2023	Fausto Santos Jr.	Ministério da Saúde
Indicação n. 91/2023	Marcos Tavares	Ministério da Educação
Indicação n. 92/2023	João Daniel	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
Indicação n. 93/2023	Sargento Portugal	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 95/2023	Marcos Tavares	Ministério da Educação
Indicação n. 96/2023	Amanda Gentil	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 97/2023	Roberto Monteiro	Presidência da República
Indicação n. 98/2023	Zé Silva	Presidência da República
Indicação n. 99/2023	Rosana Valle	Ministério da Fazenda
Indicação n. 100/2023	Max Lemos	Secretaria Especial de Comunicação Social da Presidência da República
Indicação n. 101/2023	Geraldo Mendes	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 102/2023	Geraldo Mendes	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 103/2023	Geraldo Mendes	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 104/2023	Geraldo Mendes	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 105/2023	Geraldo Mendes	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 106/2023	Fausto Santos Jr.	Ministério do Esporte
Indicação n. 107/2023	Eriberto Medeiros	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 108/2023	Dayany do Capitão	Ministério dos Transportes
Indicação n. 109/2023	Juliana Cardoso	Ministério da Saúde
Indicação n. 110/2023	Silvia Waiãpi	Ministério da Justiça e Segurança Pública
Indicação n. 111/2023	Ricardo Ayres	Ministério da Fazenda
Indicação n. 112/2023	Rafael Brito	Ministério da Educação
Indicação n. 113/2023	Felipe Carreras	Ministério da Educação
Indicação n. 114/2023	Tenente Coronel Zucco	Ministério da Defesa
Indicação n. 115/2023	Silvia Waiãpi	Ministério da Educação
Indicação n. 116/2023	Lebrão	Ministério dos Transportes
Indicação n. 117/2023	Lebrão	Ministério dos Transportes
Indicação n. 118/2023	Capitão Alberto Neto	Ministério dos Transportes
Indicação n. 119/2023	Maria Arraes	Ministério da Saúde
Indicação n. 120/2023	Juliana Cardoso	Ministério dos Povos Indígenas
Indicação n. 121/2023	Silvia Waiãpi	Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República
Indicação n. 122/2023	Ricardo Ayres	Ministério da Saúde
Indicação n. 123/2023	Ricardo Ayres	Ministério da Integração e Desenvolvimento Regional
Indicação n. 124/2023	Florentino Neto	Ministério do Planejamento e Orçamento
Indicação n. 125/2023	Neto Carletto	Ministério da Educação





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Indicação n. 126/2023	Neto Carletto	Ministério da Saúde
Indicação n. 127/2023	Neto Carletto	Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços
Indicação n. 128/2023	Marcelo Queiroz	Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente e Mudança do Clima
Indicação n. 129/2023	Albuquerque	Ministério das Relações Exteriores
Indicação n. 130/2023	Tião Medeiros	Ministério da Saúde
Indicação n. 131/2023	Max Lemos	Ministério da Fazenda
Indicação n. 132/2023	Duarte	Ministério da Saúde
Indicação n. 133/2023	Duarte	Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República
Indicação n. 134/2023	Max Lemos	Casa Civil - Presidência da República
Indicação n. 135/2023	Dra. Alessandra Haber	Ministério dos Transportes
Indicação n. 136/2023	Duarte	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
Indicação n. 137/2023	Nicoletti	Presidência da República
Indicação n. 138/2023	Beto Preto	Ministério dos Transportes
Indicação n. 139/2023	Rogéria Santos	Ministério dos Transportes
Indicação n. 140/2023	Rogéria Santos	Ministério da Saúde
Indicação n. 141/2023	Juliana Cardoso	Ministério da Cultura
Indicação n. 142/2023	Célio Studart	Ministério da Saúde
Indicação n. 143/2023	Marcos Tavares	Ministério da Educação
Indicação n. 144/2023	Otto Alencar Filho	Ministério de Minas e Energia
Indicação n. 145/2023	Júlio Lopes	Presidência da República
Indicação n. 146/2023	Júlio Lopes	Casa Civil - Presidência da República
Indicação n. 147/2023	Júlio Lopes	Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços
Indicação n. 148/2023	Rogéria Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 149/2023	Rogéria Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 150/2023	Rogéria Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 151/2023	Rogéria Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 152/2023	Florentino Neto	Ministério da Fazenda
Indicação n. 153/2023	Delegado Matheus Laiola	Presidência da República
Indicação n. 154/2023	Otto Alencar Filho	Ministério da Previdência Social
Indicação n. 155/2023	Thiago de Joaldo	Ministério do Planejamento e Orçamento
Indicação n. 156/2023	Thiago de Joaldo	Controladoria-Geral da União (CGU)
Indicação n. 157/2023	Nicoletti	Presidência da República
Indicação n. 158/2023	Capitão Alberto Neto	Casa Civil - Presidência da República
Indicação n. 159/2023	Capitão Alberto Neto	Casa Civil - Presidência da República
Indicação n. 160/2023	Júlio Lopes	Presidência da República





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Indicação n. 162/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 163/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 164/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 165/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 166/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 167/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 168/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 169/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 170/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 171/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 172/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 173/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 174/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 175/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 176/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 177/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 178/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 179/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 180/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 181/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 182/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 183/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 184/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 185/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 186/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 187/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 188/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 189/2023	Amanda Gentil	Ministérios da Justiça e Segurança Pública, da Saúde e dos Direitos Humanos e Cidadania
Indicação n. 190/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 191/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 192/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 193/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 194/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 195/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 197/2023	Raimundo Santos	Ministério das Mulheres
Indicação n. 198/2023	Zé Neto	Ministério da Educação
Indicação n. 199/2023	Bacelar	Ministério da Educação





CÂMARA DOS DEPUTADOS
Primeira-Secretaria

Indicação n. 200/2023	Carlos Sampaio	Ministério da Fazenda
Indicação n. 201/2023	Ana Pimentel	Ministério da Educação
Indicação n. 202/2023	Lídice da Mata	Ministério da Cultura
Indicação n. 203/2023	Max Lemos	Ministério da Fazenda
Indicação n. 204/2023	Fabio Schiochet	Ministério da Saúde
Indicação n. 205/2023	Pompeo de Mattos	Presidência da República
Indicação n. 206/2023	Gustavo Gayer	Ministério da Fazenda
Indicação n. 207/2023	Márcio Jerry	Ministério das Comunicações
Indicação n. 208/2023	Rafael Brito	Ministério da Educação
Indicação n. 209/2023	Lázaro Botelho	Ministério das Cidades
Indicação n. 210/2023	Capitão Alberto Neto	Ministério da Educação
Indicação n. 211/2023	Odair Cunha	Casa Civil - Presidência da República

Atenciosamente,

Deputado **LUCIANO BIVAR**
Primeiro-Secretário





MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
Gabinete da Ministra
Esplanada dos Ministérios, Bloco K, 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa
CEP 70040-906 - Brasília/DF
(61) 2020-5306 - e-mail astec.mpo@economia.gov.br

OFÍCIO SEI Nº 3627/2023/MPO

Brasília, 16 de agosto de 2023.

Ao Senhor

DUARTE JUNIOR

Deputado Federal

Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional - Praça dos Três Poderes, Gabinete 344, Anexo IV

70160-900 - Brasília/DF

dep.duartejr@camara.leg.br

Com cópia:

Ao Senhor

ALEXANDRE PADILHA

Ministro de Estado Chefe

Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República

Palácio do Planalto, 4º andar

70150-900 Brasília/DF

Assunto: Resposta à Indicação Parlamentar nº 71/2023, de autoria da Deputado Federal Duarte Junior .

Referência: Ao responder este Ofício, favor indicar expressamente o Processo nº 14021.163412/2023-11 (Processo referência: 00001.002626/2023-45)

Senhor Deputado,

Cumprimentando-o, refiro-me ao Ofício nº 69/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República, o qual faz referência ao Ofício 1º Sec/I/E/nº22/2023, de 14 de março de 2023, no qual o Deputado Federal Luciano Bivar, Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados, transmite cópia da Indicação nº 71, de 2023, de sua autoria, na qual "Sugere ao Poder Executivo a adoção das providências, a cargo da União, necessárias para assegurar às pessoas com deficiência a efetivação dos seus direitos e a inclusão social".

Encaminho, em resposta à Indicação citada, Informações Gerais Prestadas pela Diretoria de Pesquisas do IBGE (36330787) e Ofício nº 206/2023/IBGE-IBGE/IBGE (36330795), da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, entidade vinculada a esta Pasta.

Anexos:

- I - Informações Gerais Prestadas pela Diretoria de Pesquisas do IBGE (36330787);
II - Ofício nº 206/2023/IBGE-IBGE/IBGE (36330795).

Atenciosamente,

SIMONE TEBET

Ministra de Estado do Planejamento e Orçamento



Documento assinado eletronicamente por **Simone Nassar Tebet, Ministro(a) de Estado**, em 17/08/2023, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **36542339** e o código CRC **D10F98FA**.

Informações Gerais Prestadas pela Diretoria de Pesquisas

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Indicação Parlamentar nº 71/2023, que sugere ao Poder Executivo a adoção das providências, a cargo da União, necessárias para assegurar às pessoas com deficiência a efetivação dos seus direitos e a inclusão social.

REF.: OFÍCIO SEI Nº 2976/2023/MPO

Processo: 14021.163412/2023-11

Em resposta à solicitação encaminhada, sugerindo ao Poder Executivo a adoção das providências, a cargo da União, necessárias para assegurar às pessoas com deficiência a efetivação dos seus direitos e a inclusão social, com indicação de criação de um grupo de trabalho interministerial para coleta de dados sobre Síndrome de Down nos censos demográficos, prestamos os esclarecimentos que seguem:

Os quesitos que compõem os questionários do Censo Demográfico brasileiro são pautados principalmente pela necessidade de informações imprescindíveis para o conhecimento da realidade do país e pautado no princípio da garantia da cobertura da população e dos domicílios e a qualidade das respostas dos informantes. Por isso, alcançar a cobertura total¹ da população, distribuída em mais de 5.500 municípios em um território de mais de 8,5 milhões de Km² constitui um dos principais desafios na realização de qualquer operação censitária.

1) Sobre a inclusão de quesitos no questionário do Censo

- ❖ o censo demográfico é a maior operação estatística realizada no contexto de qualquer sistema estatístico oficial. O Censo tradicional, como o que é realizado pelo IBGE, é uma operação extensa e complexa, sendo suas informações fundamentais para o mapeamento da realidade demográfica e socioeconômica do país;
- ❖ o objetivo precípua do censo é a enumeração individual de toda a população domiciliada e de todos os domicílios localizados em todo o território nacional;
- ❖ a operação censitária é a ocasião na qual se coletam informações demográficas, socioeconômicas e domiciliares de caráter estrutural, que não variam sensivelmente no curto prazo;
- ❖ o censo deve dar conta do dimensionamento populacional e da identificação do perfil da população brasileira; e,
- ❖ as informações essenciais precisam ser mantidas no questionário de modo que as séries históricas sejam preservadas.

O IBGE, ao implementar uma pesquisa amostral ou censitária, acompanha as discussões internacionais, estudando e analisando as recomendações e observando as práticas de outros

¹ O número de unidades (domicílios) elegíveis para responder o questionário do censo deve ser muito próximo ao número de unidades (domicílios) que responderão. Trata-se de quesito de avaliação do resultado da coleta dos dados.

institutos de estatística. Esse processo de construção e implementação de um questionário contempla também a realização de ampla consulta a diversos segmentos representativos da sociedade, bem como de discussões internas envolvendo técnicos e analistas da Instituição, nas áreas de Estatística, Economia, Sociologia, Demografia, Educação, Saúde, entre outras.

No que se refere aos censos demográficos o IBGE, acompanha as discussões e recomendações específicas². Ademais, no período que antecede a realização dos Censos Demográficos, o IBGE abre processo de consulta pública em seu Portal para que as instituições de pesquisa, pesquisadores, especialistas e usuários e para o público em geral encaminhem sugestões e perguntas sobre conteúdo do próximo Censo. Nesse processo de análise dos quesitos que irão compor os questionários do censo, o IBGE conta com a atuação de uma Comissão Consultiva do Censo Demográfico, formada por especialistas com notório saber, que acompanham todo o planejamento do Censo, especialmente a definição do seu conteúdo temático de investigação.

A definição dos quesitos que constam na pesquisa do Censo Demográfico é um processo complexo, que envolve o atendimento à necessidade de informação da sociedade e que, ao mesmo tempo, deve considerar vários fatores, entre eles: a revisão dos tópicos investigados tradicionalmente, a reavaliação da necessidade de manter a série histórica de dados, a avaliação de novas necessidades de informação e as alternativas disponíveis de obtenção dos dados, sempre se observando as recomendações internacionais que têm como objetivo fornecer orientação e assistência aos países no planejamento e na condução de seus censos de habitação e população e promover, sempre que possível, a comparabilidade internacional.

Ainda como parte desse processo, importa esclarecer que a introdução de novas perguntas no Censo Demográfico deve ser analisada, sob o ponto de vista da viabilidade técnica e metodológica de sua adequação a uma operação censitária.

A experiência da rodada dos censos de 2022 provocarão novas discussões, adequações e recomendações internacionais que serão acompanhadas pelo IBGE.

2) Levantamento sobre especificidades inerentes às pessoas com deficiência no Censo Demográfico

O levantamento de informações oficiais sobre o tema pessoa com deficiência no Brasil precede a fundação do IBGE. Criada em 14 de janeiro de 1871, a Diretoria Geral de Estatística foi atribuída da direção dos trabalhos de recenseamento da população do Império e, posteriormente, dos Estados Unidos do Brasil. Nesse contexto, realizou os censos demográficos de 1872, 1890, 1900 e 1920. Todos eles coletaram informações sobre pessoa com deficiência, conforme as concepções do final do Século XIX e início do Século XX.

O primeiro censo demográfico realizado pelo IBGE, em 1940, também identificou as pessoas com deficiência. Em 1950, contudo, pela necessidade de redução da operação, o tema não foi abarcado, sendo retomado no Censo Demográfico de 1991 e nos subsequentes.

² O questionário brasileiro, seguiu as orientações contidas para a rodada dos censos 2020, o documento “Princípios e Recomendações para Censos de População e Domicílios (*Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses*)” disponível em: https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Principles_and_Recommendations/Population-and-Housing-Censuses/Series_M67rev3-E.pdf

Não se trata, no entanto, apenas de repetir o que já foi feito nos anos anteriores, tendo em vista a evolução da definição de pessoa com deficiência e das metodologias de identificação deste grupo populacional.

Com efeito, atualmente, as pessoas com deficiência são definidas a partir do chamado modelo social, que não aceita a relação causal – afirmada pelo modelo biomédico que o precedeu – entre condições de saúde e impedimentos corporais e as incapacidades e desvantagens experimentadas pelas pessoas com deficiência. O modelo social jogou luz nas barreiras contextuais como preponderantes na imposição de limitações das atividades e participação em sociedade a esses indivíduos. No âmbito da Organização Mundial de Saúde, foi proposta, então, a avaliação biopsicossocial dos indivíduos, a partir do arranjo apresentado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), de 2001.

Nesse cenário, o IBGE vem consolidando a compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras ambientais. A investigação sobre pessoas com deficiência no Censo Demográfico busca, pois, identificar este grupo populacional segundo o conceito apresentado pela Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada no âmbito das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006, e incorporado ao Estatuto da Pessoa com Deficiência brasileiro:

“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

A partir desse modelo de abordagem, o IBGE realizou uma série de estudos – incluindo um teste cognitivo e uma prova piloto – elaborados em parceria com outros países do Mercosul, além de análises e consultas aos usuários externos e internos das informações. Esses estudos buscaram avaliar e validar o conjunto curto de perguntas propostas pelo Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência (*Washington Group on Disability Statistics – WG*)³, criado com o intuito de fomentar a cooperação internacional no âmbito das estatísticas de pessoas com deficiência.

O Grupo de Washington busca padronizar e harmonizar definições, conceitos e metodologias de modo a garantir a comparabilidade das estatísticas entre diferentes países. É formado sob a Comissão de Estatística das Nações Unidas e composto por representantes de Institutos Oficiais de Estatística e organizações representantes da sociedade civil. Como representante oficial do Brasil, o IBGE participa desde o início da formação do grupo, em 2001, acompanhando as discussões e estudos propostos.

Em consonância com estas recomendações internacionais, no Censo Demográfico, realizado em 2010, o IBGE investigou o tema Pessoas com Deficiência no questionário da amostra. As perguntas presentes no questionário buscavam captar a percepção da população sobre sua dificuldade em ouvir, enxergar e caminhar ou subir escadas, mesmo contando com facilitadores como aparelhos auditivos, lentes de contato e bengalas. Também foi investigada a deficiência mental, considerando a efetiva limitação em atividades e participação.

No Censo de 2022, além do acréscimo de quesito sobre uso dos membros superiores, foi aprimorada a redação da questão sobre deficiência mental, o que foi devidamente testado em

³ <http://www.washingtongroup-disability.com/>

todas as etapas preparatórias da operação, incluindo testes cognitivos e duas provas-piloto aplicadas em todas as unidades da federação.

3) Pesquisas do IBGE e o tema de Síndrome de Down

Os Censos demográficos até o momento não investigaram diretamente as pessoas com Síndrome de Down, mas como descrito acima, através de consultas com grupos de especialistas e testes que antecederam o censo de 2022, foi possível avançar na investigação do tema de deficiência.

Além do censo demográfico, o IBGE possui outras pesquisas relacionadas a esse tema. A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013, por exemplo, captou o número de pessoas com deficiência (física, auditiva, visual, intelectual). No caso da deficiência intelectual, foi investigado se estava associada a alguma síndrome ou transtorno de desenvolvimento (Síndrome de Down; autismo; paralisia cerebral; outra síndrome; AVC, AVE, derrame, aneurisma ou epilepsia; demência séria ou falhas de memória). A informação sobre Síndrome de Down foi captada no quesito G3 (variável G003).

As informações da PNS 2013 foram divulgadas em 4 edições e estão disponíveis em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-desau.html?=&t=o-que-e>

Na PNS 2019 não há quesitos sobre pessoas com Síndrome de Down, porém, no volume “Ciclos de vida” é possível identificar o número de pessoas com deficiência intelectual. Para acessar os principais resultados da pesquisa acessar: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns/pns-2019>

4) Considerações finais

Esclarecemos que o Censo Demográfico não tem o escopo de fazer uma avaliação biopsicossocial de cada morador do país, não sendo apropriado a contabilizar especificamente os indivíduos com deficiência ou qualquer outro transtorno, ou condição de saúde. De modo global, por exemplo, as pessoas com autismo ou síndrome de down que vivenciam dificuldade para se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar, ir à escola ou em outras atividades habituais serão identificadas como pessoas que têm esse tipo de dificuldade e, portanto, demandam atenção de políticas públicas.

A limitação do Censo Demográfico como instrumento hábil para este tipo de investigação não é reconhecida apenas pelo IBGE, tanto que não se encontrou nos questionários dos censos de outros países do mundo. Foram levantados os questionários da totalidade dos países da América Latina e do Caribe, Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, Irlanda, Portugal e Reino Unido.

Por fim, informamos que o IBGE aponta a proposta de inclusão da investigação específica sobre deficiência no questionário da amostra. Com módulo exclusivo para o tema das pessoas com deficiência, seria possível combinar a investigação de impedimentos, como o autismo, a síndrome de down, entre outros, com limitações em atividades e participação, fornecendo um panorama mais completo do fenômeno da deficiência.

Rio de Janeiro, 31 de julho de 2023

Raphael Soares de Moraes
Coordenador Técnico do Censo Demográfico



Documento assinado eletronicamente por RAPHAEL SOARES DE MORAES, Gerente Nível I, em 31 de Julho de 2023, às 17:24:51, horário de Brasília, com fundamento legal no § 3º do Art. 4º do Decreto Nº 10.543, de 13 de Novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://transparenciasda.ibge.gov.br/docs/validador.jsf> informando o código verificador 6715106475609011783 e o código CRC 93628BC5.



Ministério do Planejamento e Orçamento
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OFÍCIO Nº 206/2023/IBGE-IBGE/IBGE.

Rio de Janeiro, 1º de agosto de 2023.

À Senhora
PATRICIA PARRA FERREIRA
Chefe Adjunta
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos/MPO
Esplanada dos Ministérios Bloco T, - Edifício Sede - Zona Cívico-Administrativa
70.064-900 - Brasília - DF - Brasil

Assunto: Resposta ao OFÍCIO SEI Nº 2976/2023/MPO sobre a Indicação Parlamentar nº 71/2023, de autoria do Deputado Federal Duarte

Referência: 03601.000275/2023-67

Prezada Senhora,

Cumprimentando-a cordialmente, em atenção ao Ofício em referência, processo SEI nº 14021.163412/2023-11, encaminho em anexo o documento intitulado "Informações Gerais Prestadas pela Diretoria de Pesquisas IBGE_31JUL2023", elaborado pela Coordenação Técnica do Censo Demográfico 2022 desta Fundação IBGE.

À disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários, subscrevo-me.

Atenciosamente,

CIMAR AZEREDO PEREIRA
Presidente - Substituto(a)



Documento assinado eletronicamente por CIMAR AZEREDO PEREIRA, Diretor, em 4 de Agosto de 2023, às 23:28:17, horário de Brasília, com fundamento legal no § 3º do Art. 4º do Decreto Nº 10.543, de 13 de Novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://transparenciasda.ibge.gov.br/docs/validador.jsf> informando o código verificador 2857464004412816172 e o código CRC 98600311.



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
Gabinete da Ministra
Esplanada dos Ministérios, Bloco K, 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa
CEP 70040-906 - Brasília/DF
e-mail astec.mpo@economia.gov.br

OFÍCIO SEI Nº 3629/2023/MPO

Brasília, 17 de agosto de 2023.

Ao Senhor

THIAGO DE JOALDO

Deputado Federal

Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional - Praça dos Três Poderes, Gabinete 128, Anexo III

70160-900 Brasília/DF

dep.thiagodejoaldo@camara.leg.br

Com cópia:

Ao Senhor

ALEXANDRE PADILHA

Ministro de Estado Chefe

Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República

Palácio do Planalto, 4º andar

70150-900 Brasília/DF

Assunto: Resposta à Indicação Parlamentar nº 155/2023, de autoria do Deputado Federal Thiago de Joaldo.

Referência: Ao responder este Ofício, favor indicar expressamente o Processo nº 14021.163412/2023-11 (Processo referência: 00001.002626/2023-45).

Senhor Deputado,

Cumprimentando-o, refiro-me ao Ofício nº 69/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República, que faz referência ao Ofício 1ª Sec/I/E/nº22/2023, de 14 de março de 2023, no qual o Deputado Federal Luciano Bivar, Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados, transmite cópia da Indicação nº 155, de 2023, de sua autoria, que "Sugere ao Ministério do Planejamento e Orçamento que tome providências para incluir a avaliação do financiamento público de procedimentos de diálise entre os temas prioritários do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP)".

Encaminho, em resposta à Indicação citada, Nota Informativa SEI nº 491/2023/MPO (36612887) de autoria da Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos

Econômicos desta Pasta.

Anexos:

I - Nota Informativa SEI nº 491/2023/MPO (36612887).

Atenciosamente,

SIMONE TEBET

Ministra de Estado do Planejamento e Orçamento



Documento assinado eletronicamente por **Simone Nassar Tebet, Ministro(a) de Estado**, em 18/08/2023, às 16:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **36542506** e o código CRC **70615D9F**.



MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos

Nota Informativa SEI nº 491/2023/MPO

INTERESSADO(S): MPO-GABIN-ASPAR

ASSUNTO: Indicação Parlamentar nº 155/2023, de autoria do Deputado Federal Thiago de Joaldo .

QUESTÃO RELEVANTE:

Trata-se do Ofício nº 69/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, da Secretaria de Relações Institucionais/PR, que faz referência ao Ofício 1ª Sec/I/E/nº22/2023, de 14 de março de 2023, no qual o Deputado Federal Luciano Bivar, Primeiro-Secretário da Câmara dos Deputados, transmite cópia da Indicação nº 155, de 2023, de autoria do Senhor Deputado Thiago de Joaldo, que "Sugere ao Ministério do Planejamento e Orçamento que tome providências para incluir a avaliação do financiamento público de procedimentos de diálise entre os temas prioritários do Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP)".

O CMAP foi instituído pela LEI Nº 13.971, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2019, com o objetivo de avaliar políticas públicas por meio dos comitês CMAS (políticas de subsídios) e CMAG (gastos diretos), além de monitorar a implementação das alterações em políticas públicas que são recomendadas pelo Conselho. Este teve suas atribuições e composições atualizadas pelo DECRETO Nº 11.558, DE 13 DE JUNHO DE 2023, tendo em vista a modernização do Conselho para atender as necessidades da atual conjuntura política

Cabe ressaltar que o CMAP já produziu 60 avaliações de políticas públicas, avaliando mais de 1 trilhão em recursos públicos. Dentre elas, foram avaliadas oito políticas da área de saúde. O processo de escolha das políticas à serem avaliadas é normatizado pela RESOLUÇÃO CMAP Nº 5, DE 4 DE MAIO DE 2022, que define que será utilizado um critério de prioridade utilizando materialidade, criticidade e relevância, conforme definido pela Nota Técnica SEI nº 1702/2020/ME.

A lista de políticas a serem avaliadas em cada ciclo é aprovada pelo Conselho, como prevê o Decreto 11.558/2023, e as políticas são posteriormente avaliadas ao longo de dois anos, assim, é preservado o princípio técnico no processo de escolha, fundamental para a perenidade da atuação do Conselho.

Ressalta-se que o CMAP é um dos executores da avaliação de políticas públicas na esfera federal, mas não o único. Sendo assim, é possível que o pleito da indicação em questão possa vir a ser avaliado pela própria Secretaria de Monitoramento e Avaliação em parceria com o Ministério da Saúde, uma vez que provocada e munida dos dados necessários para tal fim.

Por fim, considerando a importância do pleito do Sr. Deputado, esta Secretaria de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas e Assuntos Econômicos, observados os dispositivos legais supracitados e a pertinência do impacto da política em questão, está ciente da importância de tal avaliação e compromete-se em observar o pedido nas próximas reuniões do colegiado.

Documento assinado eletronicamente

Henrique Pimentel

Chefe de Gabinete

Documento assinado eletronicamente

Sergio Firpo

Secretário

De acordo. Encaminhe-se o processo para o Gabinete da Ministra do Planejamento.



Documento assinado eletronicamente por **Henrique Cunha Pimentel Filho, Chefe(a) de Gabinete**, em 16/08/2023, às 20:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sergio Pinheiro Firpo, Secretário(a)**, em 17/08/2023, às 10:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **36612887** e o código CRC **9EA35D32**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2909/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 18 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 95, de 2023, de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares.
Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – SETEC sobre a sugestão de "providências necessárias para a instalação de uma unidade do Colégio Pedro II, no Eixo dos bairros Saracuruna, Jardim Primavera, Campos Elíseos e Vila Maria Helena, no Município de Duque de Caxias - RJ".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I - Nota Técnica Conjunta nº 56/2023/DDR/SETEC/SETEC (4219172).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 21/08/2023, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4252132** e o código CRC **006138A4**.



Ministério da Educação

Nota Técnica Conjunta nº 56/2023/DDR/SETEC/SETEC

PROCESSO Nº 23123.005153/2023-57

INTERESSADO: DEPUTADO FEDERAL MARCOS TAVARES

Assunto: Indicação nº 95, de 2023 (SEI 4187646), de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares, o qual requer "ao Excelentíssimo Ministro da Educação as providências necessárias para a instalação de uma unidade do Colégio Pedro II, no Eixo dos bairros Saracuruna, Jardim Primavera, Campos Elíseos e Vila Maria Helena, no Município de Duque de Caxias – RJ".

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1. Manifestação técnica da Diretoria de Desenvolvimento da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Rede Federal de EPCT) sobre a Indicação nº 95/2023 (SEI 4187646), por meio da qual o Deputado Federal Marcos Tavares solicita a instalação de uma unidade do Colégio Pedro II, no Eixo dos bairros Saracuruna, Jardim Primavera, Campos Elíseos e Vila Maria Helena, no Município de Duque de Caxias – RJ.

2. ANÁLISE

2.1. Resposta à Indicação nº 95, de 2023 (SEI 4187646), de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares, encaminhada por meio do Ofício nº 2379/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (SEI 4187651), por meio do qual a Assessoria para Assuntos Parlamentares deste Ministério da Educação (ASPAR/MEC) solicitou, a esta Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec/MEC), análise quanto ao pedido de instalação de uma unidade do Colégio Pedro II, no Eixo dos bairros Saracuruna, Jardim Primavera, Campos Elíseos e Vila Maria Helena, no Município de Duque de Caxias – RJ.

2.2. Inicialmente, tem-se a informar que a Rede Federal de EPCT é composta por um conjunto de Instituições Federais vinculadas ao Ministério da Educação, as quais atuam com ênfase na oferta da Educação Profissional e Tecnológica (EPT). Conforme art. 1º, da [Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008](#), fazem parte da Rede Federal de EPCT os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, a Universidade Tecnológica Federal do Paraná, os Centros Federais de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (Cefet/RJ) e de Minas Gerais (Cefet/MG), o Colégio Pedro II, bem como as Escolas Técnicas vinculadas às Universidades Federais.

2.3. No que concerne à finalidade, as unidades da Rede Federal de EPCT têm importante papel no desenvolvimento socioeconômico local, regional e nacional, atuando na oferta de Educação Profissional e Tecnológica em diferentes níveis e modalidades de ensino, bem como na realização de pesquisas aplicadas e de ações de inovação e extensão tecnológica.

2.4. Ressalta-se que a territorialidade foi uma importante diretriz nos processos de criação e de expansão da Rede Federal com foco no desenvolvimento local e regional. A abrangência territorial para atuação das unidades dessa Rede tomou por referência geográfica as então denominadas mesorregiões brasileiras, atualmente chamadas de regiões geográficas imediatas e intermediárias pela classificação do IBGE, bem como o conjunto de interações e de identidades socioculturais construídas no território.

2.5. Como resultado dos esforços empreendidos para a criação e expansão de suas instituições, a Rede Federal de EPCT é composta atualmente por 680 unidades distribuídas entre 26 estados e o Distrito Federal, conforme listagem disponível no site oficial da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação (Setec/MEC), por meio do endereço eletrônico <https://www.gov.br/mec/secretaria-de-educacao-profissional/rede-federal>.

2.6. Desse modo, a Setec/MEC é responsável pela coordenação nacional da política de Educação Profissional e Tecnológica, bem como pela manutenção, supervisão e fortalecimento das instituições que compõem a Rede Federal de EPCT. Vale ressaltar, também, que a significativa expansão da Rede Federal de EPCT impôs ao MEC, nos últimos anos, a assunção de responsabilidades para a retomada e conclusão de obras de infraestrutura física das últimas unidades do processo de expansão, com a aquisição de equipamentos e a manutenção das unidades existentes, além de gerar uma demanda crescente com a contratação e capacitação de docentes e técnicos-administrativos.

2.7. Ampliar o acesso a cursos de Educação Profissional e Tecnológica constitui-se demanda histórica da sociedade brasileira. Pleitos que convergem para essa direção reforçam a importância de se buscar, de forma conjunta, instrumentos e procedimentos para fazer avançar e consolidar a política de Educação Profissional e Tecnológica no país, sendo isso, portanto, algo em que a Setec/MEC vem trabalhando.

2.8. Nesse contexto, em que pese a presença das unidades da Rede Federal de EPCT em mais de 578 municípios, é compreensível prognosticar que as atuais 680 unidades da Rede Federal de EPCT já implantadas não sejam ainda suficientes para atender às expectativas de toda a sociedade e de todos os municípios do país.

2.9. Quanto aos critérios para o processo de expansão da Rede Federal de EPCT, salienta-se que, a partir da promulgação da Lei nº 11.892, de 2008, a criação de novas unidades, assim como a expansão daquelas já existentes, segue exclusivamente o modelo dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, em consonância com o art. 15º do referido normativo.

2.10. Além de levar em conta o modelo de Instituto Federal, a expansão deverá também observar os parâmetros, as diretrizes e as normas definidos pelo MEC, constantes na [Portaria MEC nº 713, de 8 de setembro de 2021](#), publicada no DOU de 10 de setembro de 2021, que normatizou o novo modelo de dimensionamento de cargos e de funções e reformulou as diretrizes para a organização das instituições que compõem a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, consolidando a [Portaria nº 246, de 15 de abril de 2016, republicada no DOU de 11 de maio de 2016](#), e a [Portaria nº 1.291, de 30 de dezembro de 2013](#).

2.11. O citado normativo, em seu art. 16, atribuiu competência a esta Secretaria para *"regulamentar e estabelecer critérios e procedimentos para a alteração de tipo de unidade e criação de novas unidades de ensino no âmbito dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, dos Centros Federais de Educação Tecnológica e do Colégio Pedro II"*. Tendo em vista isso, por intermédio da [Portaria Setec nº 603, de 8 de dezembro de 2021](#), foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de elaborar e de apresentar proposta de critérios e procedimentos para a alteração de tipo de unidade e criação de novas unidades de ensino, no âmbito dos Institutos Federais, dos Cefets e do Colégio Pedro II, conforme art. 16 da Portaria MEC nº 713 de 2021.

2.12. Dessa forma, informa-se que, tão logo reste definida e constituída a regulamentação apontada, as instituições da Rede Federal de EPCT serão comunicadas e as solicitações de implantação de novas unidades serão devidamente avaliadas frente aos critérios e procedimentos a serem estabelecidos.

3. CONCLUSÃO

3.1. Ante o exposto, são reconhecidas e pertinentes as expectativas de toda a sociedade e de todos os municípios brasileiros quanto ao acesso à Educação Profissional e Tecnológica, todavia, tem-se buscado estabelecer, de forma conjunta, instrumentos e procedimentos para o fortalecimento da política de Educação Profissional e Tecnológica.

3.2. Diante das informações apresentadas, e considerando a premência de definição e constituição da regulamentação que trata, dentre outros, da implantação de novas unidades, no atual momento, não se vislumbra a possibilidade de atendimento da demanda pela implantação de unidade de ensino da Rede Federal de EPCT no Município Duque de Caxias – RJ.

3.3. Logo, encaminhe-se a presente Nota Técnica ao Gabinete da Setec/MEC para conhecimento e apreciação, com sugestão de posterior envio à Aspar/MEC em resposta à Indicação do Parlamentar.

À consideração superior.

JÉSSICA CRISTINA PEREIRA SANTOS
Coordenadora-Geral de Planejamento e Gestão da Rede Federal de EPCT

SILVILENE SOUZA DA SILVA
Coordenadora-Geral de Desenvolvimento de Pessoas da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se na forma proposta.

MARCELO BREGAGNOLI
Diretor de Desenvolvimento da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se à Aspar.

GETÚLIO MARQUES FERREIRA
Secretário de Educação Profissional e Tecnológica



Documento assinado eletronicamente por **Silvilene Souza da Silva, Coordenador(a)-Geral**, em 07/08/2023, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Cristina Pereira Santos, Coordenador(a)-Geral**, em 08/08/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Bregagnoli, Diretor(a)**, em 08/08/2023, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Getulio Marques Ferreira, Secretário(a)**, em 17/08/2023, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4219172** e o código CRC **3BC40837**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2912/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 18 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

C/C: Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República.

Assunto: Indicação nº 91, de 2023, de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares.

Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – SETEC sobre a sugestão de "providências necessárias para a instalação de uma unidade do Colégio Pedro II, no Eixo dos bairros Pantanal, Vila São José, Parque Fluminense, São Bento, Vila Rosário, Nossa Senhora do Carmo e Parque Comercial, no Município de Duque de Caxias – RJ".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I - Nota Técnica Conjunta nº 55/2023/DDR/SETEC/SETEC (4219113).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 21/08/2023, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4252397** e o código CRC **2706EC49**.



Ministério da Educação

Nota Técnica Conjunta nº 55/2023/DDR/SETEC/SETEC

PROCESSO Nº 23123.005128/2023-73

INTERESSADO: DEPUTADO FEDERAL MARCOS TAVARES

Assunto: Indicação nº 91, de 2023 (SEI 4185767), de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares, o qual requer "ao Excelentíssimo Ministro da Educação as providências necessárias para a instalação de uma unidade do Colégio Pedro II, no Eixo dos bairros Pantanal, Vila São José, Parque Fluminense, São Bento, Vila Rosário, Nossa Senhora do Carmo e Parque Comercial, no Município de Duque de Caxias – RJ".

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1. Manifestação técnica da Diretoria de Desenvolvimento da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Rede Federal de EPCT) sobre a Indicação nº 91/2023 (SEI 4185767), por meio da qual o Deputado Federal Marcos Tavares solicita a instalação de uma unidade do Colégio Pedro II, no Eixo dos bairros Pantanal, Vila São José, Parque Fluminense, São Bento, Vila Rosário, Nossa Senhora do Carmo e Parque Comercial, no Município de Duque de Caxias – RJ.

2. ANÁLISE

2.1. Resposta à Indicação nº 91, de 2023 (SEI 4185767), de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares, encaminhada por meio do Ofício nº 2369/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (SEI 4185769), por meio do qual a Assessoria para Assuntos Parlamentares deste Ministério da Educação (ASPAR/MEC) solicitou, a esta Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec/MEC), análise quanto ao pedido de instalação de uma unidade do Colégio Pedro II, no Eixo dos bairros Pantanal, Vila São José, Parque Fluminense, São Bento, Vila Rosário, Nossa Senhora do Carmo e Parque Comercial, no Município de Duque de Caxias – RJ.

2.2. Inicialmente, tem-se a informar que a Rede Federal de EPCT é composta por um conjunto de Instituições Federais vinculadas ao Ministério da Educação, as quais atuam com ênfase na oferta da Educação Profissional e Tecnológica (EPT). Conforme art. 1º, da [Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008](#), fazem parte da Rede Federal de EPCT os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, a Universidade Tecnológica Federal do Paraná, os Centros Federais de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (Cefet/RJ) e de Minas Gerais (Cefet/MG), o Colégio Pedro II, bem como as Escolas Técnicas vinculadas às Universidades Federais.

2.3. No que concerne à finalidade, as unidades da Rede Federal de EPCT têm importante papel no desenvolvimento socioeconômico local, regional e nacional, atuando na oferta de Educação Profissional e Tecnológica em diferentes níveis e modalidades de ensino, bem como na realização de pesquisas aplicadas e de ações de inovação e extensão tecnológica.

2.4. Ressalta-se que a territorialidade foi uma importante diretriz nos processos de criação e de expansão da Rede Federal com foco no desenvolvimento local e regional. A abrangência territorial para atuação das unidades dessa Rede tomou por referência geográfica as então denominadas mesorregiões brasileiras, atualmente chamadas de regiões geográficas imediatas e intermediárias pela classificação do IBGE, bem como o conjunto de interações e de identidades socioculturais construídas no território.

2.5. Como resultado dos esforços empreendidos para a criação e expansão de suas instituições, a Rede Federal de EPCT é composta atualmente por 680 unidades distribuídas entre 26 estados e o Distrito Federal, conforme listagem disponível no site oficial da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação (Setec/MEC), por meio do endereço eletrônico <https://www.gov.br/mec/secretaria-de-educacao-profissional/rede-federal>.

2.6. Desse modo, a Setec/MEC é responsável pela coordenação nacional da política de Educação Profissional e Tecnológica, bem como pela manutenção, supervisão e fortalecimento das instituições que compõem a Rede Federal de EPCT. Vale ressaltar, também, que a significativa expansão da Rede Federal de EPCT impôs ao MEC, nos últimos anos, a assunção de responsabilidades para a retomada e conclusão de obras de infraestrutura física das últimas unidades do processo de expansão, com a aquisição de equipamentos e a manutenção das unidades existentes, além de gerar uma demanda crescente com a contratação e capacitação de docentes e técnicos-administrativos.

2.7. Ampliar o acesso a cursos de Educação Profissional e Tecnológica constitui-se demanda histórica da sociedade brasileira. Pleitos que convergem para essa direção reforçam a importância de se buscar, de forma conjunta, instrumentos e procedimentos para fazer avançar e consolidar a política de Educação Profissional e Tecnológica no país, sendo isso, portanto, algo em que a Setec/MEC vem trabalhando.

2.8. Nesse contexto, em que pese a presença das unidades da Rede Federal de EPCT em mais de 578 municípios, é compreensível prognosticar que as atuais 680 unidades da Rede Federal de EPCT já implantadas não sejam ainda suficientes para atender às expectativas de toda a sociedade e de todos os municípios do país.

2.9. Quanto aos critérios para o processo de expansão da Rede Federal de EPCT, salienta-se que, a partir da promulgação da Lei nº 11.892, de 2008, a criação de novas unidades, assim como a expansão daquelas já existentes, segue exclusivamente o modelo dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, em consonância com o art. 15º do referido normativo.

2.10. Além de levar em conta o modelo de Instituto Federal, a expansão deverá também observar os parâmetros, as diretrizes e as normas definidos pelo MEC, constantes na [Portaria MEC nº 713, de 8 de setembro de 2021](#), publicada no DOU de 10 de setembro de 2021, que normatizou o novo modelo de dimensionamento de cargos e de funções e reformulou as diretrizes para a organização das instituições que compõem a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, consolidando a [Portaria nº 246, de 15 de abril de 2016, republicada no DOU de 11 de maio de 2016](#), e a [Portaria nº 1.291, de 30 de dezembro de 2013](#).

2.11. O citado normativo, em seu art. 16, atribuiu competência a esta Secretaria para "*regulamentar e estabelecer critérios e procedimentos para a alteração de tipo de unidade e criação de novas unidades de ensino no âmbito dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, dos Centros Federais de Educação Tecnológica e do Colégio Pedro II*". Tendo em vista isso, por intermédio da [Portaria Setec nº 603, de 8 de dezembro de 2021](#), foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de elaborar e de apresentar proposta de critérios e procedimentos para a alteração de tipo de unidade e criação de novas unidades de ensino, no âmbito dos Institutos Federais, dos Cefets e do Colégio Pedro II, conforme art. 16 da Portaria MEC nº 713 de 2021.

2.12. Dessa forma, informa-se que, tão logo reste definida e constituída a regulamentação apontada, as instituições da Rede Federal de EPCT serão comunicadas e as solicitações de implantação de novas unidades serão devidamente avaliadas frente aos critérios e procedimentos a serem estabelecidos.

3. CONCLUSÃO

3.1. Ante o exposto, são reconhecidas e pertinentes as expectativas de toda a sociedade e de todos os municípios brasileiros quanto ao acesso à Educação Profissional e Tecnológica, todavia, tem-se buscado estabelecer, de forma conjunta, instrumentos e procedimentos para o fortalecimento da política de Educação Profissional e Tecnológica.

3.2. Diante das informações apresentadas, e considerando a premência de definição e constituição da regulamentação que trata, dentre outros, da implantação de novas unidades, no atual momento, não se vislumbra a possibilidade de atendimento da demanda pela implantação de unidade de ensino da Rede Federal de EPCT no Município Duque de Caxias – RJ.

3.3. Logo, encaminhe-se a presente Nota Técnica ao Gabinete da Setec/MEC para conhecimento e apreciação, com sugestão de posterior envio à Aspar/MEC em resposta à Indicação do Parlamentar.

À consideração superior.

JÉSSICA CRISTINA PEREIRA SANTOS
Coordenadora-Geral de Planejamento e Gestão da Rede Federal de EPCT

SILVILENE SOUZA DA SILVA
Coordenadora-Geral de Desenvolvimento de Pessoas da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se na forma proposta.

MARCELO BREGAGNOLI
Diretor de Desenvolvimento da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se à Aspar.

GETÚLIO MARQUES FERREIRA
Secretário de Educação Profissional e Tecnológica



Documento assinado eletronicamente por **Silvilene Souza da Silva, Coordenador(a)-Geral**, em 07/08/2023, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Cristina Pereira Santos, Coordenador(a)-Geral**, em 08/08/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Bregagnoli, Diretor(a)**, em 08/08/2023, às 17:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Getulio Marques Ferreira, Secretário(a)**, em 17/08/2023, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4219113** e o código CRC **BD267BEA**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP
70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2921/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 18 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 85, de 2023, de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares.

Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – SETEC sobre a sugestão de "criação da Escola Técnica Federal do Petróleo e Gás de Duque de Caxias – RJ".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I - Nota Técnica Conjunta nº 52/2023/DDR/SETEC/SETEC (4217619).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 21/08/2023, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4252754** e o código CRC **DED7675A**.



Ministério da Educação

Nota Técnica Conjunta nº 52/2023/DDR/SETEC/SETEC

PROCESSO Nº 23123.005126/2023-84

INTERESSADO: DEPUTADO FEDERAL MARCOS TAVARES

Assunto: Indicação nº 85, de 2023 (SEI 4185705), de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares, o qual sugere "a criação da Escola Técnica Federal do Petróleo e Gás de Duque de Caxias – RJ".

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1. Manifestação técnica da Diretoria de Desenvolvimento da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Rede Federal de EPCT) sobre a Indicação nº 85/2023 (SEI 4185705), por meio da qual o Deputado Federal Marcos Tavares solicita a criação da Escola Técnica Federal do Petróleo e Gás no município de Duque de Caxias – RJ

2. ANÁLISE

2.1. Resposta à Indicação nº 85, de 2023 (SEI 4185705), de autoria do Deputado Federal Marcos Tavares, encaminhada por meio do Ofício nº 2367/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (SEI 4185709), por meio do qual a Assessoria para Assuntos Parlamentares deste Ministério da Educação (ASPAR/MEC) solicitou, a esta Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec/MEC), análise quanto ao pedido de "criação da Escola Técnica Federal do Petróleo e Gás de Duque de Caxias – RJ".

2.2. Inicialmente, tem-se a informar que a Rede Federal de EPCT é composta por um conjunto de Instituições Federais vinculadas ao Ministério da Educação, as quais atuam com ênfase na oferta da Educação Profissional e Tecnológica (EPT). Conforme art. 1º, da [Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008](#), fazem parte da Rede Federal de EPCT os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, a Universidade Tecnológica Federal do Paraná, os Centros Federais de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (Cefet/RJ) e de Minas Gerais (Cefet/MG), o Colégio Pedro II, bem como as Escolas Técnicas vinculadas às Universidades Federais.

2.3. No que concerne à finalidade, as unidades da Rede Federal de EPCT têm importante papel no desenvolvimento socioeconômico local, regional e nacional, atuando na oferta de Educação Profissional e Tecnológica em diferentes níveis e modalidades de ensino, bem como na realização de pesquisas aplicadas e de ações de inovação e extensão tecnológica.

2.4. Ressalta-se que a territorialidade foi uma importante diretriz nos processos de criação e de expansão da Rede Federal com foco no desenvolvimento local e regional. A abrangência territorial para atuação das unidades dessa Rede tomou por referência geográfica as então denominadas mesorregiões brasileiras, atualmente chamadas de regiões geográficas imediatas e intermediárias pela classificação do IBGE, bem como o conjunto de interações e de identidades socioculturais construídas no território.

2.5. Como resultado dos esforços empreendidos para a criação e expansão de suas instituições, a Rede Federal de EPCT é composta atualmente por 680 unidades distribuídas entre 26 estados e o Distrito Federal, conforme listagem disponível no site oficial da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação (Setec/MEC), por meio do endereço eletrônico <https://www.gov.br/mec/secretaria-de-educacao-profissional/rede-federal>.

2.6. Desse modo, a Setec/MEC é responsável pela coordenação nacional da política de Educação Profissional e Tecnológica, bem como pela manutenção, supervisão e fortalecimento das instituições que compõem a Rede Federal de EPCT. Vale ressaltar, também, que a significativa expansão da Rede Federal de EPCT impôs ao MEC, nos últimos anos, a assunção de responsabilidades para a retomada e conclusão de obras de infraestrutura física das últimas unidades do processo de expansão,

com a aquisição de equipamentos e a manutenção das unidades existentes, além de gerar uma demanda crescente com a contratação e capacitação de docentes e técnicos-administrativos.

2.7. Ampliar o acesso a cursos de Educação Profissional e Tecnológica constitui-se demanda histórica da sociedade brasileira. Pleitos que convergem para essa direção reforçam a importância de se buscar, de forma conjunta, instrumentos e procedimentos para fazer avançar e consolidar a política de Educação Profissional e Tecnológica no país, sendo isso, portanto, algo em que a Setec/MEC vem trabalhando.

2.8. Nesse contexto, em que pese a presença das unidades da Rede Federal de EPCT em mais de 578 municípios, é compreensível prognosticar que as atuais 680 unidades da Rede Federal de EPCT já implantadas não sejam ainda suficientes para atender às expectativas de toda a sociedade e de todos os municípios do país.

2.9. Quanto aos critérios para o processo de expansão da Rede Federal de EPCT, salienta-se que, a partir da promulgação da Lei nº 11.892, de 2008, a criação de novas unidades, assim como a expansão daquelas já existentes, segue exclusivamente o modelo dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, em consonância com o art. 15º do referido normativo.

2.10. Além de levar em conta o modelo de Instituto Federal, a expansão deverá também observar os parâmetros, as diretrizes e as normas definidos pelo MEC, constantes na [Portaria MEC nº 713, de 8 de setembro de 2021](#), publicada no DOU de 10 de setembro de 2021, que normatizou o novo modelo de dimensionamento de cargos e de funções e reformulou as diretrizes para a organização das instituições que compõem a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, consolidando a [Portaria nº 246, de 15 de abril de 2016, republicada no DOU de 11 de maio de 2016](#), e a [Portaria nº 1.291, de 30 de dezembro de 2013](#).

2.11. O citado normativo, em seu art. 16, atribuiu competência a esta Secretaria para "*regulamentar e estabelecer critérios e procedimentos para a alteração de tipo de unidade e criação de novas unidades de ensino no âmbito dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, dos Centros Federais de Educação Tecnológica e do Colégio Pedro II*". Tendo em vista isso, por intermédio da [Portaria Setec nº 603, de 8 de dezembro de 2021](#), foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de elaborar e de apresentar proposta de critérios e procedimentos para a alteração de tipo de unidade e criação de novas unidades de ensino, no âmbito dos Institutos Federais, dos Cefets e do Colégio Pedro II, conforme art. 16 da Portaria MEC nº 713 de 2021.

2.12. Dessa forma, informa-se que, tão logo reste definida e constituída a regulamentação apontada, as instituições da Rede Federal de EPCT serão comunicadas e as solicitações de implantação de novas unidades serão devidamente avaliadas frente aos critérios e procedimentos a serem estabelecidos.

3. CONCLUSÃO

3.1. Ante o exposto, são reconhecidas e pertinentes as expectativas de toda a sociedade e de todos os municípios brasileiros quanto ao acesso à Educação Profissional e Tecnológica, todavia, tem-se buscado estabelecer, de forma conjunta, instrumentos e procedimentos para o fortalecimento da política de Educação Profissional e Tecnológica.

3.2. Diante das informações apresentadas, e considerando a premência de definição e constituição da regulamentação que trata, dentre outros, da implantação de novas unidades, no atual momento, não se vislumbra a possibilidade de atendimento da demanda pela implantação de unidade de ensino da Rede Federal de EPCT no Município Duque de Caxias – RJ.

3.3. Logo, encaminhe-se a presente Nota Técnica ao Gabinete da Setec/MEC para conhecimento e apreciação, com sugestão de posterior envio à Aspar/MEC em resposta à Indicação do Parlamentar.

À consideração superior.

JÉSSICA CRISTINA PEREIRA SANTOS

SILVILENE SOUZA DA SILVA
Coordenadora-Geral de Desenvolvimento de Pessoas da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se na forma proposta.

MARCELO BREGAGNOLI
Diretor de Desenvolvimento da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se à Aspar.

GETÚLIO MARQUES FERREIRA
Secretário de Educação Profissional e Tecnológica



Documento assinado eletronicamente por **Silvilene Souza da Silva, Coordenador(a)-Geral**, em 07/08/2023, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Cristina Pereira Santos, Coordenador(a)-Geral**, em 08/08/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Bregagnoli, Diretor(a)**, em 08/08/2023, às 17:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Getulio Marques Ferreira, Secretário(a)**, em 17/08/2023, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4217619** e o código CRC **B7C4435D**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP
70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2922/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 18 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 198, de 2023, de autoria do Deputado Federal Zé Neto.
Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – SETEC sobre a sugestão de "criação de Campus do IFBA - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia no município de Feira da Mata, Estado da Bahia".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I - Nota Técnica Conjunta nº 57/2023/DDR/SETEC/SETEC (4219228).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 21/08/2023, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4252768** e o código CRC **86320730**.



Ministério da Educação

Nota Técnica Conjunta nº 57/2023/DDR/SETEC/SETEC

PROCESSO Nº 23123.005178/2023-51

INTERESSADO: DEPUTADO FEDERAL ZÉ NETO

Assunto: Indicação nº 198, de 2023 (SEI 4188611), de autoria do Deputado Federal Zé Neto, o qual sugere "a criação de Campus do IFBA - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia no município de Feira da Mata, Estado da Bahia".

1. **SUMÁRIO EXECUTIVO**

1.1. Manifestação técnica da Diretoria de Desenvolvimento da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Rede Federal de EPCT) sobre a Indicação nº 198/2023 (SEI 4188611), por meio da qual o Deputado Federal Zé Neto sugere a criação de Campus do IFBA - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia no município de Feira da Mata, Estado da Bahia.

2. **ANÁLISE**

2.1. Resposta à Indicação nº 198, de 2023 (SEI 4188611), de autoria do Deputado Federal Zé Neto, encaminhada por meio do Ofício nº 2389/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (SEI 4188623), por meio do qual a Assessoria para Assuntos Parlamentares deste Ministério da Educação (ASPAR/MEC) solicitou, a esta Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec/MEC), análise quanto à sugestão de criação de Campus do IFBA - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia no município de Feira da Mata, Estado da Bahia.

2.2. Inicialmente, tem-se a informar que a Rede Federal de EPCT é composta por um conjunto de Instituições Federais vinculadas ao Ministério da Educação, as quais atuam com ênfase na oferta da Educação Profissional e Tecnológica (EPT). Conforme art. 1º, da [Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008](#), fazem parte da Rede Federal de EPCT os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, a Universidade Tecnológica Federal do Paraná, os Centros Federais de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (Cefet/RJ) e de Minas Gerais (Cefet/MG), o Colégio Pedro II, bem como as Escolas Técnicas vinculadas às Universidades Federais.

2.3. No que concerne à finalidade, as unidades da Rede Federal de EPCT têm importante papel no desenvolvimento socioeconômico local, regional e nacional, atuando na oferta de Educação Profissional e Tecnológica em diferentes níveis e modalidades de ensino, bem como na realização de pesquisas aplicadas e de ações de inovação e extensão tecnológica.

2.4. Ressalta-se que a territorialidade foi uma importante diretriz nos processos de criação e de expansão da Rede Federal com foco no desenvolvimento local e regional. A abrangência territorial para atuação das unidades dessa Rede tomou por referência geográfica as então denominadas mesorregiões brasileiras, atualmente chamadas de regiões geográficas imediatas e intermediárias pela classificação do IBGE, bem como o conjunto de interações e de identidades socioculturais construídas no território.

2.5. Como resultado dos esforços empreendidos para a criação e expansão de suas instituições, a Rede Federal de EPCT é composta atualmente por 680 unidades distribuídas entre 26 estados e o Distrito Federal, conforme listagem disponível no site oficial da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação (Setec/MEC), por meio do endereço eletrônico <https://www.gov.br/mec/secretaria-de-educacao-profissional/rede-federal>.

2.6. Desse modo, a Setec/MEC é responsável pela coordenação nacional da política de Educação Profissional e Tecnológica, bem como pela manutenção, supervisão e fortalecimento das instituições que compõem a Rede Federal de EPCT. Vale ressaltar, também, que a significativa expansão da Rede Federal de EPCT impôs ao MEC, nos últimos anos, a assunção de responsabilidades para a retomada e conclusão de obras de infraestrutura física das últimas unidades do processo de expansão, com a aquisição de equipamentos e a manutenção das unidades existentes, além de gerar uma demanda crescente com a contratação e capacitação de docentes e técnicos-administrativos.

2.7. Ampliar o acesso a cursos de Educação Profissional e Tecnológica constitui-se demanda histórica da sociedade brasileira. Pleitos que convergem para essa direção reforçam a importância de se buscar, de forma conjunta, instrumentos e procedimentos para fazer avançar e consolidar a política de Educação Profissional e Tecnológica no país, sendo isso, portanto, algo em que a Setec/MEC vem trabalhando.

2.8. Nesse contexto, em que pese a presença das unidades da Rede Federal de EPCT em mais de 578 municípios, é compreensível prognosticar que as atuais 680 unidades da Rede Federal de EPCT já implantadas não sejam ainda suficientes para atender às expectativas de toda a sociedade e de todos os municípios do país.

2.9. Quanto aos critérios para o processo de expansão da Rede Federal de EPCT, salienta-se que, a partir da promulgação da Lei nº 11.892, de 2008, a criação de novas unidades, assim como a expansão daquelas já existentes, segue exclusivamente o modelo dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, em consonância com o art. 15º do referido normativo.

2.10. Além de levar em conta o modelo de Instituto Federal, a expansão deverá também observar os parâmetros, as diretrizes e as normas definidos pelo MEC, constantes na [Portaria MEC nº 713, de 8 de setembro de 2021](#), publicada no DOU de 10 de setembro de 2021, que normatizou o novo modelo de dimensionamento de cargos e de funções e reformulou as diretrizes para a organização das instituições que compõem a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, consolidando a [Portaria nº 246, de 15 de abril de 2016, republicada no DOU de 11 de maio de 2016](#), e a [Portaria nº 1.291, de 30 de dezembro de 2013](#).

2.11. O citado normativo, em seu art. 16, atribuiu competência a esta Secretaria para "*regulamentar e estabelecer critérios e procedimentos para a alteração de tipo de unidade e criação de novas unidades de ensino no âmbito dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, dos Centros Federais de Educação Tecnológica e do Colégio Pedro II*". Tendo em vista isso, por intermédio da [Portaria Setec nº 603, de 8 de dezembro de 2021](#), foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de elaborar e de apresentar proposta de critérios e procedimentos para a alteração de tipo de unidade e criação de novas unidades de ensino, no âmbito dos Institutos Federais, dos Cefets e do Colégio Pedro II, conforme art. 16 da Portaria MEC nº 713 de 2021.

2.12. Dessa forma, informa-se que, tão logo reste definida e constituída a regulamentação apontada, as instituições da Rede Federal de EPCT serão comunicadas e as solicitações de implantação de novas unidades serão devidamente avaliadas frente aos critérios e procedimentos a serem estabelecidos.

3. **CONCLUSÃO**

3.1. Ante o exposto, são reconhecidas e pertinentes as expectativas de toda a sociedade e de todos os municípios brasileiros quanto ao acesso à Educação Profissional e Tecnológica, todavia, tem-se buscado estabelecer, de forma conjunta, instrumentos e procedimentos para o fortalecimento da política de Educação Profissional e Tecnológica.

3.2. Diante das informações apresentadas, e considerando a premência de definição e constituição da regulamentação que trata, dentre outros, da implantação de novas unidades, no atual momento, não se vislumbra a possibilidade de atendimento da demanda pela implantação de unidade de ensino da Rede Federal de EPCT no Município de Feira da Mata-Ba.

3.3. Logo, encaminhe-se a presente Nota Técnica ao Gabinete da Setec/MEC para conhecimento e apreciação, com sugestão de posterior envio à Aspar/MEC em resposta à Indicação do Parlamentar.

À consideração superior.

JÉSSICA CRISTINA PEREIRA SANTOS
Coordenadora-Geral de Planejamento e Gestão da Rede Federal de EPCT

SILVILENE SOUZA DA SILVA
Coordenadora-Geral de Desenvolvimento de Pessoas da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se na forma proposta.

MARCELO BREGAGNOLI
Diretor de Desenvolvimento da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se à Aspar.

GETÚLIO MARQUES FERREIRA
Secretário de Educação Profissional e Tecnológica



Documento assinado eletronicamente por **Silvilene Souza da Silva, Coordenador(a)-Geral**, em 07/08/2023, às 17:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Cristina Pereira Santos, Coordenador(a)-Geral**, em 08/08/2023, às 16:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Bregagnoli, Diretor(a)**, em 08/08/2023, às 17:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Getulio Marques Ferreira, Secretário(a)**, em 17/08/2023, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4219228** e o código CRC **4F7C68F3**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF,
CEP 70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2923/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 18 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 112, de 2023, de autoria do Deputado Federal Rafael Brito.
Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE sobre a sugestão de "aumento imediato do valor de repasse do PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar)".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I – Nota Técnica nº 3664006/2023/COEFA/CGPAE/DIRAE (4234328).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 21/08/2023, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
[http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4252775** e o código CRC **EAA7F8BE**.



FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO

NOTA TÉCNICA Nº 3664006/2023/COEFA/CGPAE/DIRAE

PROCESSO Nº 23034.024166/2023-24

INTERESSADO: ASPAR/MEC

1. ASSUNTO

1.1. Trata-se da resposta da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar - CGPAE à Indicação nº 112, de 2023, de autoria do Deputado Federal Rafael Brito, que sugere "ao Ministério da Educação o aumento imediato do valor de repasse do PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar)"

2. REFERÊNCIAS

2.1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

2.2. Lei nº 9.894, de 20 de dezembro de 1996 - Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

2.3. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências (Lei de Responsabilidade Fiscal)

2.4. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, e suas atualizações - Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica.

2.5. Lei nº 14.535, de 17 de janeiro de 2023 - Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2023 (Lei Orçamentária Anual - LOA 2023)

2.6. Resolução CD/FNDE nº 6, de 6 de maio de 2020, e suas atualizações - Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE.

2.7. Resolução CD/FNDE nº 2, de 10 de março de 2023 - Altera a Resolução CD/FNDE nº 6, de 8 de maio de 2020, que dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE, Altera o valor per capita para oferta da alimentação escolar do Programa de Alimentação Escolar - PNAE (alteração do valor per capita do PNAE).

3. SUMÁRIO EXECUTIVO

3.1. Trata-se da resposta da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar - CGPAE à Indicação nº 112, de 2023, de autoria do Deputado Federal Rafael Brito, apresentada no dia 27 de novembro de 2023, que sugere "ao Ministério da Educação o aumento imediato do valor de repasse do PNAE".

3.2. Dentre as justificativas apresentadas na proposição em tela, destaca-se:

[...] Cumpre ressaltar que a **última atualização do repasse data de 2012** e contemplou somente os valores destinados aos alunos matriculados em creches e pré-escolas, de acordo com histórico do PNAE disponível no portal do FNDE, enquanto as outras modalidades permaneceram inalteradas e, nos dias atuais, **os montantes destinados ao ensino fundamental e médio e à educação de jovens e adultos seguem sendo de R\$ 0,36 e R\$ 0,32**, respectivamente. Conforme demonstra a calculadora do IPCA (Índice Nacional de Preços ao

Consumidor Amplo) a variação percentual total de dezembro de 2012 a dezembro de 2022 atingiu 81,13%, indicadores claros de que os valores repassados já são insuficientes para garantir a qualidade ideal para as refeições no presente momento. (Grifo nosso).

Neste momento tramita Projeto de Lei nº 656/2023 de minha autoria para que seja votada a inclusão de índice de atualização periódica na Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009 que “dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; (...); e dá outras providências”. Contudo, se faz necessária uma atuação de pronto para o combate dos danos já existentes em decorrência da inflação no longo período sem reajuste dos valores. Os estudantes de todas as redes públicas do país precisam que a defasagem dos últimos 10 anos seja reparada e por isso urge a tomada de uma medida eficaz que possa promover resultados imediatos enquanto a solução definitiva não é estabelecida.

4. ANÁLISE

4.1. Preliminarmente, ressalta-se que reconhecemos a importância da demanda apresentada por meio da Indicação em referência. Contudo, importa esclarecer que os valores per capita de todas as etapas e modalidades foram reajustados em índices que variam entre 28% e 39%, concedidos por meio da Resolução CD/FNDE nº 2/2023, de 10 de março de 2023, publicada no dia 13 de março de 2023, tendo sido pagos a partir da parcela 2, relativa ao mês de março.

4.2. Registra-se que o último reajuste do PNAE, anterior ao reajuste concedido em 2023, ocorreu em 2017, por meio da Resolução CD/FNDE nº 01/2017, de 08 de fevereiro de 2017.

4.3. Dessa forma, o reajuste dos valores per capitas do PNAE, definidos por meio da Resolução CD/FNDE nº 02/2023, considerou a defasagem dos últimos 06 (seis) anos, tendo em conta as limitações orçamentárias, ou seja, o aumento do valor per capita deveria estar adequado à Lei Orçamentária Anual (Lei n. 14.535/2023) e à Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº 101/2000), notadamente aos seus artigos 16 e 17.

4.4. Assim, para o reajuste de 2023, aplicou-se o percentual de reajuste de 39% aos valores per capitas destinados a atender aos estudantes do Ensino Fundamental e do Ensino Médio, o que significou um aumento real, acima da inflação acumulada entre fevereiro de 2017 e dezembro de 2022. Registra-se que o último reajuste do PNAE anterior ao reajuste concedido em 2023 ocorreu em 2017, por meio da Resolução CD/FNDE nº 01/2017, de 08 de fevereiro de 2017.

4.5. Já, para os estudantes da pré-escola e para aqueles matriculados nas escolas localizadas em terras indígenas e em áreas remanescentes de quilombos, foi concedido um reajuste de 35%, correspondente ao valor acumulado do Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA) entre o período de fevereiro de 2017 e dezembro de 2022. Esse acréscimo permitiu a recomposição do poder de compra dos recursos federais do PNAE.

4.6. Para as demais etapas e modalidades (creche, educação de jovens e adultos, atendimento educacional especializado, ensino integral e ensino médio em tempo integral), foi concedida uma atualização monetária de 28%, o que corresponde ao IPCA acumulado entre a partir de 2017, excluindo-se os picos inflacionários e deflacionários.

4.7. O reajuste foi distribuído de forma a beneficiar o maior número possível de estudantes. Assim, os Ensinos Fundamental e Médio, que concentram mais da metade dos alunos de toda a educação básica, receberam um aumento real dos valores per capitas. Além disso, os alunos matriculados em escolas localizadas em terras indígenas e em áreas remanescentes de quilombos foram priorizados porque essas populações são, geralmente, as mais afetadas pela ausência de políticas públicas. Já os estudantes da pré-escola foram priorizados na tentativa de aproximar o valor repassado para atendimento dos estudantes de creche e por ser uma fase da vida da criança propícia e fértil para a formação de hábitos alimentares saudáveis.

1. A seguir, apresentam-se os novos valores e os respectivos percentuais de reajuste, por etapa e modalidade de ensino:

Etapa/Modalidade	*1Per Capita antes do Reajuste (R\$)	*2Per Capita Reajustado (R\$)	Reajuste/Aumento (%)
Creche	1,07	1,37	28%
Atendimento Educacional Especializado (AEE)	0,53	0,68	28%
Educação de Jovens e Adultos (EJA)	0,32	0,41	28%
Ensino Fundamental	0,36	0,50	39%
Indígena	0,64	0,86	35%
Ensino Médio em Tempo Integral (EMTI)	2,00	2,56	28%
Período Integral	1,07	1,37	28%
Ensino Médio	0,36	0,50	39%
Pré-Escola	0,53	0,72	35%
Quilombola	0,64	0,86	35%

*1 Resolução CD/FNDE nº 01/2017, de 08 de fevereiro de 2017 - link de acesso: <https://www.gov.br/fnde/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2017/resolucao-cd-fnde-mec-no-1-de-8-de-fevereiro-de-2017/view>

*2 Resolução CD/FNDE nº 02/2023, de 10 de março de 2023 - link de acesso: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2-de-10-de-marco-de-2023-469394679>

5. CONCLUSÃO

5.1. Diante do exposto, esta Coordenação-Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar (CGPAE) entende que o pleito de autoria do Deputado Federal Rafael Brito, apresentado por meio da Indicação nº 112, de 2023, foi atendido, uma vez que os valores per capita do PNAE de todas as etapas e modalidades foram reajustados, após 06 (seis) anos, por meio da Resolução CD/FNDE nº 2/2023, de 10 de março de 2023, publicada no dia 13 de março de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANA MENDONCA GOTTSCHALL, Coordenador(a) de Gestão Orçamentária e Financeira da Alimentação Escolar**, em 04/08/2023, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



Documento assinado eletronicamente por **SOLANGE FERNANDES DE FREITAS CASTRO, Coordenador(a)-Geral do Programa Nacional de Alimentação Escolar**, em 04/08/2023, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



Documento assinado eletronicamente por **GILNEI PEREIRA DA COSTA, Diretor(a) de Ações Educacionais**, em 04/08/2023, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA MARA DE OLIVEIRA MACEDO CARNEIRO PACOBAHYBA, Presidente**, em 08/08/2023, às 17:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.fnde.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3664006** e o código CRC **C1FB8C0F**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2936/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 21 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 54, de 2023, de autoria da Deputada Federal Maria Rosas.
Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação – SEB, que sugere "providências para regulamentar a Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018, que dispõe sobre a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I – Nota Técnica nº 262/2023/DPDI/SEB/SEB (4208853)



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 21/08/2023, às 12:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4254390** e o código CRC **E36B1718**.



Ministério da Educação

Nota Técnica nº 262/2023/DPDI/SEB/SEB

PROCESSO Nº 23123.005124/2023-95

INTERESSADO: ASPAR/MEC

ASSUNTO

Indicação nº 54, de 2023, de autoria da Deputada Federal Maria Rosas. Sugere providências para regulamentar a Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018.

1. **REFERÊNCIAS**

1.1. Processo 23123.005124/2023-95

1.2. Constituição Federal de 1988.

1.3. Lei nº 9.394/1996.

2. **SUMÁRIO EXECUTIVO**

2.1. Trata-se da manifestação acerca da Indicação nº 54, de 2023, de autoria da Deputada Federal Maria Rosas, a qual sugere "providências para regulamentar a Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018, que dispõe sobre a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil".

3. **ANÁLISE**

3.1. Inicialmente, cabe informar que, quanto à organização dos sistemas de ensino, a Constituição Federal estabelece, em seu artigo 211, o regime de colaboração entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, não havendo imposição de obrigações, nem transferência de encargos de uma instância federativa para outra. A Secretaria de Educação Básica (SEB) reconhece o mérito da proposta e a sua adequação à oferta do serviço, nos estabelecimentos de ensino, e ressalta a observância à autonomia das redes e dos estabelecimentos de ensino conferida pela Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB), nos seguintes artigos:

Art. 8º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios organizarão, em regime de colaboração, os respectivos sistemas de ensino.

§ 1º Caberá à União a coordenação da política nacional de educação, articulando os diferentes níveis e sistemas e exercendo função normativa, redistributiva e supletiva em relação às demais instâncias educacionais.

§ 2º Os sistemas de ensino terão liberdade de organização nos termos desta Lei.

Art. 9º A União incumbir-se-á de:

I - elaborar o Plano Nacional de Educação, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

II - organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais do sistema federal de ensino e o dos Territórios;

III - prestar assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o desenvolvimento de seus sistemas de ensino e o atendimento prioritário à escolaridade obrigatória, exercendo sua função redistributiva e supletiva;

IV - estabelecer, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, competências e diretrizes para a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio, que nortearão os currículos e seus conteúdos mínimos, de modo a assegurar formação básica comum;

[...]

Art. 10. Os Estados incumbir-se-ão de:

I - organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais dos seus sistemas de ensino;

II - definir, com os Municípios, formas de colaboração na oferta do ensino fundamental, as quais devem assegurar a distribuição proporcional das responsabilidades, de acordo com a população a ser atendida e os recursos financeiros disponíveis em cada uma dessas esferas do Poder Público;

III - elaborar e executar políticas e planos educacionais, em consonância com as diretrizes e planos nacionais de educação, integrando e coordenando as suas ações e as dos seus Municípios;

IV - autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar, respectivamente, os cursos das instituições de educação superior e os estabelecimentos do seu sistema de ensino;

V - baixar normas complementares para o seu sistema de ensino;

[...]

Art. 11. Os Municípios incumbir-se-ão de:

I - organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais dos seus sistemas de ensino, integrando-os às políticas e planos educacionais da União e dos Estados;

II - exercer ação redistributiva em relação às suas escolas;

III - baixar normas complementares para o seu sistema de ensino;

[...]

Art. 12. Os estabelecimentos de ensino, respeitadas as normas comuns e as do seu sistema de ensino, terão a incumbência de:

I - elaborar e executar sua proposta pedagógica; (Grifos Nossos)

3.2. Importa ressaltar, que na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, está posto que a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

3.3. Destaca-se ainda que a escola é uma das instituições que compõem a chamada rede de proteção à infância e adolescência e deve zelar pelos direitos desse público previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente.

3.4. No âmbito do Programa Saúde na Escola, a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, define as regras e os critérios para adesão e implementação do PSE, incluindo o processo de monitoramento e avaliação do Programa, e a disponibilização de um manual técnico com indicadores e padrões de avaliação do PSE em cada ciclo de adesão. Ressalta-se que o PSE compreende um conjunto de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos nas escolas descritos a seguir, contemplando a prevenção dos acidentes, no conjunto das ações orientadas às escolas: 2.4.1. Alimentação saudável e prevenção da obesidade; 2.4.2. Promoção da atividade física; 2.4.3. Promoção da cultura de paz e direitos humanos; 2.4.4. Prevenção das violências e dos acidentes; 2.4.5. Prevenção de doenças negligenciadas; 2.4.6. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas; 2.4.7. Prevenção à Covid-19; 2.4.8. Saúde ambiental; 2.4.9. Saúde bucal; 2.4.10. Saúde auditiva; 2.4.11. Saúde ocular; 2.4.12. Saúde mental; Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST e 2.4.14. Verificação da situação vacinal.

3.4.1. As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas, e destaca-se ainda que é essencial o envolvimento dos gestores estaduais e municipais das áreas da educação e da saúde, pois trata-se de um processo intersetorial que busca melhorar a saúde dos estudantes, reduzir a evasão escolar e a intermitência de frequência por problemas de saúde, além de lançar luz sobre os compromissos e pactos estabelecidos por ambos os setores.

3.5. Quanto à implementação da Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018, que "Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil", vale recorrer ao texto da Lei supra:

Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018

Art. 1º Os estabelecimentos de ensino de educação básica da rede pública, por meio dos respectivos sistemas de ensino, e os estabelecimentos de ensino de educação básica e de recreação infantil da rede privada deverão capacitar professores e funcionários em noções de primeiros socorros.

(...)

§ 3º A responsabilidade pela capacitação dos professores e funcionários dos estabelecimentos públicos caberá aos respectivos sistemas ou redes de ensino.

(...)

Art. 5º Os estabelecimentos de ensino de que trata esta Lei deverão estar integrados à rede de atenção de urgência e emergência de sua região e estabelecer fluxo de encaminhamento para uma unidade de saúde de referência.

3.6. Nesse contexto, a Lei nº 13.722/2018 estabelece de maneira clara que cabe aos sistemas de ensino e aos estabelecimentos de ensino das redes pública e privada capacitarem os professores e funcionários em noções de primeiros socorros, prevendo ainda penalidades em caso do não cumprimento da Lei. Por fim, cabe destacar que os estados, o Distrito Federal e os municípios têm autonomia financeira e administrativa para elaborar e executar políticas e planos educacionais. Enfatiza-se ainda que a Lei não depende de regulamentação para que seja cumprida.

3.7. Adicionalmente, vale mencionar que os entes possuem autonomia para exarar normativos sobre a matéria, exemplificando citamos:

Mogi das Cruzes/SP: Lei nº 7.657, de 28 de janeiro de 2021 – Dispõe sobre a obrigatoriedade de curso de capacitação de primeiros socorros aos funcionários das escolas e creches da rede de ensino municipal e particular.

Juara/MT: Lei Municipal nº 2.711, de 17 de setembro de 2018 – Dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de cursos de primeiros socorros aos funcionários de creches e escolas da rede pública municipal e particulares.

3.8. Dentre as ações de publicação de materiais e a capacitação de profissionais da educação, realizadas pelo MEC, cabe destacar as ferramentas disponíveis na **Plataforma Integrada de Recursos Digitais (MEC RED)** e na **Plataforma AVAMEC**, respectivamente:

1. **Plataforma Integrada de Recursos Educacionais Digitais (MEC RED):** Plataforma do MEC que reúne informações de vários parceiros, disponibiliza vídeos, animações, infográficos, entre outros recursos destinados à educação. Há vários recursos que tratam do tema Prevenção de Acidentes nas Escolas, disponível em: (https://plataformaintegrada.mec.gov.br/busca?page=3&results_per_page=12&query=preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20acidentes&search_class=LearningObject&order=score), dentre outros.

2. **Plataforma AVAMEC:** Plataforma criada pelo MEC que visa fornecer um ambiente virtual colaborativo de aprendizagem, permitindo a concepção, administração e desenvolvimento de diversos tipos de ações formativas. Cursos realizados a distância, complementos a cursos presenciais, projetos de pesquisa e projetos colaborativos são alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por meio do AVAMEC. Os cursos são gratuitos e possuem certificação. A plataforma está disponível em: (<https://avamec.mec.gov.br/#/>).

3.9. Ante o exposto, esta Secretaria de Educação Básica, informa que atuará na ampliação do acesso ao conhecimento sobre a Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018 (Lei Lucas), que dispõe sobre a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil, como um direito humano, na perspectiva da implementação desta Lei, junto aos entes federados (conforme rege os arts. 8º e 12 da LDB) e as instituições representativas das Secretarias de Educação Estaduais, Distrital e Municipais.

4. CONCLUSÃO

4.1. Por fim, são essas as considerações da Secretaria de Educação Básica - SEB, ouvida a a Diretoria de Políticas e Diretrizes da Educação Integral Básica - DPDI e a Coordenação-Geral de Estratégia da Educação Básica - COGEB, no limite da sua

competência, tem a apresentar, no que se refere à implementação da Lei Lucas, reiterando que a capacitação dos professores e funcionários dos estabelecimentos públicos cabe aos respectivos sistemas ou redes de ensino.

À consideração superior.

ALEXSANDRO DO NASCIMENTO SANTOS
Diretor de Políticas e Diretrizes da Educação Integral Básica

De acordo. Encaminhe-se.

KÁTIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT
Secretária de Educação Básica



Documento assinado eletronicamente por **Alexsandro do Nascimento Santos, Diretor(a)**, em 03/08/2023, às 18:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Katia Helena Serafina Cruz Schweickardt, Secretário(a)**, em 08/08/2023, às 15:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4208853** e o código CRC **1DCB603F**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP
70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2972/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 22 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 88, de 2023, de autoria do Deputado Federal Rafael Brito.

Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica – SETEC sobre a sugestão de que "seja atendido o pedido do Governo do Estado de Alagoas para a construção de campi definitivos do Instituto Federal de Alagoas (IFAL) nas cidades de Batalha, Rio Largo, Santana do Ipanema e Maceió".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I - Nota Técnica nº 46/2023/CGPG/DDR/SETEC/SETEC (4219113).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 23/08/2023, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4259221** e o código CRC **BCE52456**.



Ministério da Educação

Nota Técnica nº 46/2023/CGPG/DDR/SETEC/SETEC

PROCESSO Nº 23123.005127/2023-29

INTERESSADO: DEPUTADO FEDERAL RAFAEL BRITO

Assunto: Indicação nº 88, de 2023, de autoria do Deputado Federal Rafael Brito.

1. REFERÊNCIAS

- 1.1. Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR (SEI 4185738);
- 1.2. Ofício 1ªSec/I/E/nº 22/2023 (SEI 4185739);
- 1.3. Indicação nº 88, 2023 (SEI 4185744).

2. SUMÁRIO EXECUTIVO

2.1. Trata-se da Indicação nº 88, de 2023 (SEI 4185744), do Deputado Federal Rafael Brito, que sugere ao Ministério da Educação que seja atendido o pedido do Governo do Estado de Alagoas para a construção de *campi* definitivos do Instituto Federal de Alagoas (IFAL) nas cidades de Batalha, Rio Largo, Santana do Ipanema e Maceió.

2.2. O pleito em tela informa que o Governo do Estado de Alagoas celebrará convênios com o IFAL (Convênio SEDUC n. 02/2021, 04/2021 e 05/2021) para a construção dos *campi* definitivos nos referidos municípios, com exceção da capital alagoana. A ação teve como objetivo suprir a carência de recursos encontrada pela instituição e, por fim, possibilitar aos cidadãos alagoanos mais oportunidades de ensino da Educação Profissional e Tecnológica.

2.2.1. Destacam que, conforme indica No Ofício OG nº 21/2023.01.1, exarado pelo governo de Alagoas, as obras de Batalha, Santana do Ipanema e Rio Largo estão em andamento e cerca de 50% do valor referente a essas unidades já foi repassado pelo Estado, restando agora o montante de R\$ 26.851.959,61, a ser repassado pelo governo federal para a conclusão das obras supramencionadas, para que se inicie a construção do projeto para a implementação do campus em Benedito Bentes, bairro de Maceió.

3. ANÁLISE

3.1. Preliminarmente, cumpre esclarecer que, dadas as competências desta Secretaria, por força do art. 17 do [Decreto nº 11.342, de 1º de janeiro de 2023](#), esta pasta se manifestará acerca dos assuntos afetos à Educação Profissional e Tecnológica no âmbito dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFs), do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais (Cefet/MG), do Centro de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (Cefet/RJ) e do Colégio Pedro II, os quais pertencem à Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Rede Federal de EPCT), instituída pela [Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008](#).

3.2. Faz-se oportuno registrar, também, que as instituições de ensino integrantes da Rede Federal de EPCT são autarquias detentoras de autonomia administrativa, patrimonial, financeira, didático-pedagógica e disciplinar, nos termos do parágrafo único do art. 1º, da Lei nº 11.892, de 2008, vinculadas ao Ministério da Educação, sujeitas à supervisão ministerial expressamente prevista no Título IV, do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Ademais, a aplicabilidade da supervisão e do controle finalístico a ser exercido por esta pasta ocorre visando não adentrar na esfera de competência das autarquias, nem tampouco a suprimir.

3.3. Nesse contexto, em se tratando dos recursos orçamentários, destaca-se a previsão constante no art. 9º da [Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008](#), transcrita a seguir:

Art. 9 Cada Instituto Federal é organizado em estrutura multicampi, com proposta orçamentária anual identificada para cada campus e a reitoria, exceto no que diz respeito a pessoal, encargos sociais e benefícios aos servidores.

3.4. Assim, anualmente, é consignado, na Lei Orçamentária Anual (LOA) das instituições que compõe a Rede Federal, recursos tanto de custeio, que envolve, dentre outras despesas, a manutenção das instituições, a assistência ao educando e a capacitação de servidores, quanto de investimento, que engloba a realização de obras, as aquisições de equipamentos, os mobiliários, o material bibliográfico etc. Esses recursos são chamados de discricionários (RP 2), de modo que, considerando a autonomia prevista em lei, cabe a cada instituição definir as prioridades a serem atendidas, a partir do seu planejamento institucional, observando os limites legais.

3.5. Ademais, anualmente, com o objetivo de apoiar a reestruturação, consolidação e modernização das instituições da Rede Federal de EPCT, além de fomentar projetos e programas com foco na eficiência e efetividade da gestão, esta Secretaria aporta recursos para as instituições, via Termo de Execução Descentralizada, nos termos do [Decreto nº 10.426, de 16 de julho de 2020](#). Para isso, prezando por uma atuação isonômica e eficiente junto às instituições na distribuição desses recursos, solicita-se que as instituições enviem, a esta Secretaria, a lista de prioridades, em especial das demandas de investimento, dentro do limite de razoabilidade orçamentária.

3.6. Em 2023, esse levantamento foi realizado mediante o Sistema de Coleta de Demandas da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, conforme diretrizes estabelecidas na Nota Técnica nº 17/2023/CGPG/DDR/SETEC/SETEC (SEI 3902946), cujos principais pontos, relacionados à demanda em tela, serão transcritos a seguir:

Contextualização

A cada exercício financeiro é consignado na Lei Orçamentária Anual (LOA) das instituições que compõem a Rede Federal de EPCT, créditos orçamentários tanto de custeio, que envolve, dentre outras despesas, a manutenção das instituições, assistência ao educando e capacitação de servidores, quanto de investimento, que engloba a realização de obras, aquisições de equipamentos, mobiliários, material bibliográfico etc. Esses créditos são chamados de discricionários (RP 2), de modo que considerando a autonomia prevista na [Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008](#), cabe a cada instituição definir as prioridades a serem atendidas, a partir do seu planejamento institucional, observando os limites legais.

Frente às inúmeras demandas da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, sobretudo de investimento, a Setec busca apoiar as demandas de infraestrutura física para dotar as unidades de plena capacidade na oferta do ensino, pesquisa e extensão, gerando assim o aumento de matrículas, que se traduz em maior acesso dos cidadãos à educação profissional e melhorias da qualidade educacional. Nesse contexto, anualmente, esta Secretaria faz o aporte de dotações orçamentárias para as instituições, via Termo de Execução Descentralizada (TED), na forma de destaque concedido, isto é, de forma extra à Lei Orçamentária Anual da instituição, com o objetivo de apoiar a consolidação, reestruturação e modernização da Rede Federal de EPCT, além de fomentar projetos e programas com foco da eficiência e efetividade da gestão.

No exercício de 2023, está alocado na LOA do MEC, sob a gestão da Setec, o montante de R\$ 235.800,00 (duzentos e trinta e cinco mil e oitocentos reais) de investimento, do tipo RP-2, sendo R\$ 190 milhões fruto do esforço da Comissão de Transição do atual Governo, com o objetivo de recompor parte das perdas orçamentárias ocorridas nos últimos anos no âmbito dessas instituições.

Assim, **prezando por uma atuação isonômica, transparente e eficiente** junto às instituições **na distribuição dessas dotações**, faz-se necessário que as instituições enviem a esta Secretaria a lista de demandas prioritárias do exercício, dentro do limite de razoabilidade orçamentária.

Diretrizes e Requisitos

Foram definidos **7 eixos** estratégicos prioritários para possível alocação de orçamento pela Setec no exercício de 2023, sendo eles:

obras (Paralisada e/ou Em Execução) ;

obras de acessibilidade;
obras de prevenção e combate a incêndio e pânico;
obras de saneamento básico;
equipamentos e mobiliários;
usinas solares fotovoltaicas;
incidentes climáticos.

Destaca-se a inclusão de dois eixos relacionados à sustentabilidade e eficiência energética, com o objetivo de apoiar o fomento dessas ações junto à Rede Federal de EPCT.

A instituição poderá indicar até **10 (dez) demandas em cada eixo**, por ordem de prioridade, observando o **limite global de R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais)**. Além disso, somente poderão ser cadastradas **demandas com valor mínimo de R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais)**.

Cada eixo possui uma série de requisitos que deverão ser respondidos pela instituição para balizar a tomada de decisão da Setec quanto à alocação dos valores, juntamente com o critério de ordem de prioridade indicado pela própria instituição no preenchimento,

[...]

Após a definição das demandas que poderão ser apoiadas pela Setec no exercício, as instituições receberão essa informação para subsidiar a condução do respectivo processo licitatório, de modo que sendo necessário, a Setec emitirá a Declaração de Previsão Orçamentária em relação ao orçamento a ser descentralizado.

Via de regra, o crédito somente será descentralizado para as instituições quando o processo licitatório estiver concluído.

Decreto 10.426/2020 – Dispõe sobre a descentralização de créditos entre órgãos e entidades da administração pública federal integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, por meio da celebração de

termo de execução descentralizada.

Conforme já é praticado, ratifica-se que as descentralizações a serem realizadas pela Setec para as instituições da Rede Federal de EPCT ocorrerão via Termo de Execução Descentralizada (TED), sendo esse processo regido pelo [Decreto nº 10.426, de 16 de julho de 2020](#). Portanto, o Decreto deverá ser observado em todos os trâmites a serem realizados.

Destaca-se que esse processo de mapeamento das demandas de investimento junto à Rede Federal de EPCT, tem como foco conhecer as prioridades das instituições para balizar a tomada de decisões da Setec na alocação dos créditos do exercício. Ademais, é importante reforçar que o apoio orçamentário a ser dado pela Setec dependerá da disponibilidade orçamentária do exercício, de modo que esta coleta não garante que todas as demandas apresentadas serão atendidas.

Entende-se que conhecer as demandas por instituição, nos 7 (sete) eixos definidos, permitirá que a Setec realize um planejamento orçamentário mais holístico e eficiente para apoiar as demandas da Rede Federal EPCT, além de ter um histórico plurianual das demandas institucionais.

3.7. Verifica-se, portanto, que o eixo de obras se encontra dentre as prioridades desta Secretaria para a distribuição do orçamento alocado na administração direta entre as 41 instituições da Rede Federal de EPCT.

3.8. Nessa coleta realizada em 2023, o valor total de demandas apresentadas pelas instituições para este exercício foi de R\$ 814 milhões, de modo que, dentro da disponibilidade orçamentária e dos critérios estabelecidos na Nota Técnica acima mencionada, verifica-se quais demandas poderão ser atendidas.

3.9. Nesse sentido, cumpre destacar que as prioridades listadas pelo Instituto Federal de Alagoas para este exercício são as seguintes:

DEMANDA	UNIDADE	VALOR SOLICITADO (R\$)	VALOR APOIADO (R\$)
Quadra Coberta para o Campus Marechal Deodoro	Campus Marechal Deodoro	1.597.165,53	750.000,00
Mobiliário Pós-Obra	Campus Batalha	924.260,37	923.811,75
Mobiliário Pós-Obra	Campus Viçosa	890.272,01	891.390,06
Quadra Coberta para o Campus Penedo	Campus Penedo	1.374.953,83	750.000,00
Quadra Coberta para o Campus Piranhas	Campus Piranhas	1.471.188,47	750.000,00
Quadra Coberta para o Campus Viçosa	Campus Viçosa	1.200.415,46	750.000,00
Piso Tátil	Campus Arapiraca, Campus Maceió, Campus Maragogi, Campus Marechal Deodoro, Campus Piranhas, Campus Viçosa	987.255,00	
Usina Solar Fotovoltaica Campus Batalha	Campus Batalha	802.556,16	
Usina Solar Fotovoltaica Campus Maceió	Campus Maceió	3.388.381,00	
Salas Modulares	Campus Maragogi, Campus Palmeira dos Índios, Campus Penedo, Campus Piranhas, Campus Rio Largo	1.230.000,20	
Usina Solar Fotovoltaica Marechal Deodoro	Campus Marechal Deodoro	1.016.514,30	
Obra de Construção do Refeitório do Campus Palmeira dos Índios	Campus Palmeira dos Índios	775.012,78	
Usina Fotovoltaica	Campus São Miguel dos Campos	1.000.000,00	
Usina Solar Fotovoltaica São Miguel dos Campos	Campus São Miguel dos Campos	677.676,20	

DEMANDA	UNIDADE	VALOR SOLICITADO (R\$)	VALOR APOIADO (R\$)
Usina Solar Fotovoltaica Campus Viçosa	Campus Viçosa	633.388,10	
Adequação do Sistema de Proteção e Combate a Incêndio e Pânico da Reitoria	Reitoria	356.952,04	
Computadores para implementação do BIM no Ensino e Setor de Engenharia	Reitoria, Campus Coruripe, Campus Maceió, Campus Palmeira dos Índios	1.213.517,20	
Total		19.539.508,65	4.815.201,81

3.10. Logo, informe-se que já foi pactuado com o IFAL, até o momento, o montante de R\$ 4,8 milhões para atendimento das prioridades definidas em seu planejamento, o que representa 25% do montante apresentado. Assim, conforme a disponibilidade orçamentária e a capacidade de execução da instituição, novas pactuações poderão ser realizadas até o término deste exercício.

3.11. Especificamente acerca dessa demanda de construção dos *campi* de Batalha, Rio Largo e Santana do Ipanema, é importante mencionar que **há um convênio vigente, firmado entre o IFAL e o Governo do Estado de Alagoas, que prevê o repasse dos recursos pelo Governo do Estado para a execução desse objeto.** Em decorrência disso, a arrecadação dessa Receita foi estimada pelo IFAL na LOA 2023, não se aplicando, a descentralização orçamentária pelo Ministério da Educação, a um convênio firmado pela instituição. Destaca-se que, em função da autonomia prevista na Lei 11.892/2008, todas as ações inerentes à formalização e execução de convênios guardam pertinência com as atividades desenvolvidas diretamente pelas instituições, sem qualquer gestão da Setec/MEC.

3.12. Registra-se que, em contato com o IFAL, foi informado a esta Secretaria que a obra do Campus Batalha está com 42% de execução e a obra do Campus Rio Largo com 12%. Já a obra do Campus Santana do Ipanema ainda se encontra em fase de licitação. De acordo com a instituição, os valores repassados pelo Governo do Estado até o momento garantem a conclusão da obra do Campus Batalha e há um saldo a executar para a obra do Campus Rio Largo, sendo que a demanda para continuidade dessas obras em 2023 seria de R\$ 10 milhões, e o restante do valor, para 2024. O IFAL também informou que a obra do Campus Benedito Bentes não é objeto deste Convênio e que ela ainda está em fase de regularização do terreno a ser doado pelo governo do estado, com licitação da obra prevista para ocorrer somente em 2024.

3.13. Portanto, diante do pleito de que o Ministério da Educação faça o repasse da parcela pendente do Convênio para conclusão das obras, observa-se que, caso não haja a arrecadação da receita estimada, faz-se necessário consultar a SPO/MEC, enquanto setorial orçamentária deste Ministério, para verificar, tecnicamente, os impactos da sua frustração e as possíveis providências para mitigá-los. Por outro lado, entende-se, também, que a instituição deve verificar técnica e juridicamente como serão tratadas as obrigações das partes previstas no convênio vigente. Resolvidas essas pendências, no que se refere a um possível apoio orçamentário deste Ministério para conclusão das obras, informe-se que o recurso sob a gestão da Setec/MEC foi alocado para atendimento de parte da demanda da Rede Federal de EPCT, registrada no Sistema de Coleta de Demandas, de forma que, havendo disponibilidade orçamentária até o término do exercício, esta demanda consta dentre as prioridades de atendimento.

3.14. Aproveitamos a oportunidade para ponderar que a Rede Federal de EPCT não se encontra plenamente consolidada, havendo ainda diversas unidades com estrutura aquém do planejado. Há várias obras em execução atualmente, além de demandas por equipamentos para funcionamento de instalações recém-concluídas e por intervenções de acessibilidade e combate e prevenção de incêndio. Esse é um contexto de significativa necessidade já existente por investimentos e há, ainda, a necessidade de novas obras para que algumas unidades já existentes tenham a capacidade de oferta das vagas que estavam planejadas no momento de sua criação.

3.15. Por fim, destaca-se que este Ministério está empenhado em auxiliar nessa demanda, tendo em vista seu compromisso com a conclusão das obras da educação. Inclusive, em 6 de julho de 2023 foi realizada uma reunião junto a Aspar/MEC, com representantes do IFAL, da Setec/MEC, da SPO/MEC e do governo do estado de Alagoas para tratar dessa temática, na qual foram repassados esses encaminhamentos.

4. CONCLUSÃO

4.1. Ante o exposto, destaca-se que há um convênio vigente, firmado entre o IFAL e o governo do estado de Alagoas, que prevê o repasse dos recursos pelo Governo do Estado para a execução desse objeto, de forma que, caso não haja a arrecadação da receita estimada, entende-se necessário consultar a SPO/MEC, enquanto setorial orçamentária deste Ministério, para verificar, tecnicamente, os impactos da sua frustração e as possíveis providências

para mitigá-los. Por outro lado, entende-se, também, que a instituição deve verificar técnica e juridicamente como serão tratadas as obrigações das partes previstas no convênio vigente.

4.2. No que se refere a um possível apoio orçamentário deste Ministério para conclusão das obras, após sanadas as pendências do Convênio que está vigor, informe-se que o recurso disponível na Setec/MEC foi alocado para atendimento de parte da demanda da Rede Federal de EPCT registrada no Sistema de Coleta de Demandas, de forma que, havendo disponibilidade orçamentária até o término do exercício, esta demanda consta dentre as prioridades de atendimento.

4.3. Além disso, cumpre ressaltar que esta pasta atua sempre na busca da otimização do orçamento destinado às instituições da Rede Federal de EPCT, trabalhando numa distribuição transparente e isonômica, com foco em apoiar o atendimento das demandas existentes, além de estar permanentemente à disposição dos dirigentes das instituições, atuando de forma conjunta com o Conselho Nacional das Instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (Conif) na busca de ações para resolução de questões que afetam a Rede Federal de EPCT, com foco no cumprimento da missão da Rede EPCT junto à sociedade.

4.4. Assim, encaminhe-se os autos ao Gabinete da Setec para conhecimento, com a recomendação de posterior envio a Assessoria Parlamentar do Ministério da Educação (Aspar/MEC), em atenção ao Ofício 2368/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (SEI 4185751).

À consideração superior.

JÉSSICA CRISTINA PEREIRA SANTOS
Coordenadora-Geral de Planejamento e Gestão da Rede Federal de EPCT

De acordo. Encaminhe-se ao Gabinete da Setec.

MARCELO BREGAGNOLI
Diretor de Desenvolvimento da Rede Federal de EPCT

Encaminhe-se à Aspar.

GETULIO MARQUES FERREIRA
Secretário de Educação Profissional e Tecnológica



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Cristina Pereira Santos, Coordenador(a)-Geral**, em 10/08/2023, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Bregagnoli, Diretor(a)**, em 10/08/2023, às 17:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Getulio Marques Ferreira, Secretário(a)**, em 14/08/2023, às 09:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4220648** e o código CRC **1FCB8F57**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP
70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2935/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 21 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 51, de 2023, de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim.

Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE, que sugere "ao Poder Executivo resgatar obras inacabadas de creches e escolas".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I – Nota Técnica nº 3665473/2023/COAPI/CGEST/DIGAP (4223865).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 23/08/2023, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4254325** e o código CRC **BF28F3B5**.



23034.024010/2023-43



3675257



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
Setor Bancário Sul, Quadra 2 Bloco F, Edifício FNDE. - Bairro Asa Sul, Brasília/DF, CEP 70070-929
Telefone: 0800-616161 - <https://www.fnde.gov.br>

Ofício nº 17497/2023/Asesp/Gabin-FNDE

Brasília, 08 de agosto de 2023.

Ao(À) Senhor(a)

LÉO DE BRITO

Chefe da Assessoria para Assuntos Parlamentares
Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios, Bloco L, 8º andar, sala 813
CEP: 70047-900 - Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 51, de 2023, de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim. - Processo SEI nº 23123.005123/2023-41.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23034.024010/2023-43.

Senhor Chefe da Assessoria Parlamentar,

1. Cumprimentando-o cordialmente, registro o recebimento do Ofício nº 2366/2023 /ASPAR/GM/GM-MEC, da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos Gabinete do Ministro de Estado da Educação, acompanhado do Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, e cópia do Ofício 1ªSec/I/E/ nº 22/2023, e da Indicação nº 51, de 2023, de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim, que sugere "ao Poder Executivo resgatar obras inacabadas de creches e escolas".
2. Conforme solicitado, encaminho a NOTA TÉCNICA Nº 3665473/2023/COAPI/CGEST /DIGAP, com a posição oficial do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).

Atenciosamente,

Fernanda Mara de Oliveira Macedo Carneiro Pacobahyba
Presidente do FNDE

Anexos: I -NOTA TÉCNICA Nº 3665473/2023/COAPI/CGEST/DIGAP.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA MARA DE OLIVEIRA MACEDO CARNEIRO PACOBAHYBA, Presidente**, em 08/08/2023, às 17:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.fnde.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3675257** e o código CRC **F59B030F**.

A eventual resposta à presente notificação deve ser feita por ofício, encaminhado por meio do Serviço de Protocolo Digital do FNDE, no endereço <https://www.gov.br/pt-br/servicos/protocolar-documentos-junto-ao-fnde>

Telefone: 0800-616161 e - <https://www.fnde.gov.br>

SEI nº 3675257

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23034.024010/2023-43



FUNDO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO

NOTA TÉCNICA Nº 3665473/2023/COAPI/CGEST/DIGAP

PROCESSO Nº 23034.024010/2023-43

**INTERESSADO: LEO DE BRITO CHEFE DA ASSESSORIA DE ASSUNTOS PARLAMENTARES E FEDERATIVOS
GABINETE DO MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

1. ASSUNTO

1.1. Ofício Nº 2366/2023/ASPAR/GM/GM-MEC. Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, acompanhado da cópia do Ofício 1ªSec/I/E/ nº 22/2023, e da Indicação nº 51, de 2023, de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim, que sugere "ao Poder Executivo resgatar obras inacabadas de creches e escolas".

2. REFERÊNCIAS

- 2.1. Resolução CD/FNDE nº 3, de 23 de fevereiro de 2018;
- 2.2. Resolução CD/FNDE nº 4, de 4 de maio de 2020;
- 2.3. Resolução CD/FNDE nº 3, de 20 de abril de 2021;
- 2.4. Resolução CD/FNDE nº 16, de 30 de setembro de 2021;
- 2.5. Nota Técnica nº 2680858/2021/CODAN/CGEST/DIGAP; e
- 2.6. Nota Técnica nº 3211095/2022/COINF/CGEST/DIGAP.
- 2.7. Portaria nº 348, de 14 de dezembro de 2016, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão;
- 2.8. Portaria Interministerial nº 350, de 3 de julho de 2019, do Ministério da Economia e da Secretaria de Governo da Presidência da República;
- 2.9. Portaria FNDE nº 617, de 13 de outubro de 2020;

3. SUMÁRIO EXECUTIVO

3.1. Manifestação técnica da Coordenação-Geral de Infraestrutura Educacional - CGEST, vinculada à Diretoria de Gestão, Articulação e Projetos Educacionais - DIGAP do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE, quanto ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, acompanhado da cópia do Ofício 1ªSec/I/E/ nº 22/2023, e da Indicação nº 51, de 2023, de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim, que sugere "ao Poder Executivo resgatar obras inacabadas de creches e escolas".

4. CONSIDERAÇÕES

4.1. Inicialmente, registra-se que o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE é responsável pela execução de políticas educacionais do Ministério da Educação - MEC, tendo como missão prestar assistência técnica e financeira aos entes federados e executar ações que contribuam para uma educação de qualidade a todos.

4.2. No âmbito de competência do FNDE, a gestão do Plano de Ações Articuladas - PAR é realizada pela Diretoria de Gestão, Articulação e Projetos Educacionais - DIGAP e orientada a partir de eixos de atuação expressos nos programas educacionais do Plano Plurianual da União, dentre os quais se incluem iniciativas de infraestrutura física escolar.

4.3. O PAR foi concebido como uma ferramenta de gestão para o planejamento plurianual das políticas de educação de Municípios, Estados e do Distrito Federal, sendo que o ciclo atual, o quarto ciclo (PAR 4), abrange o período de 2021 a 2024, consoante Resolução CD/FNDE nº 4, de 4 de maio de 2020.

4.4. Dentre as coordenações vinculadas à DIGAP, compete à Coordenação-Geral de Infraestrutura Educacional - CGEST coordenar as ações de infraestrutura educacional, estabelecer e supervisionar os padrões construtivos mínimos para os projetos de infraestrutura educacional e propor diretrizes e estratégias que contribuam para a melhoria contínua das ações voltadas para a infraestrutura educacional.

4.5. Por sua vez, cabe à Coordenação-Geral de Implementação e Monitoramento de Programas e Projetos Educacionais - CGIMP supervisionar as ações de monitoramento de programas e projetos educacionais afetos à Diretoria.

4.6. Importa esclarecer que a CGEST desenvolve ações direcionadas às obras educacionais inacabadas e canceladas. Partindo desse aspecto, cabe esclarecer que o conceito do termo obra inacabada, nos termos da Nota Técnica Nº 2680858/2021/CODAN/CGEST/DIGAP, é a obra iniciada e não concluída dentro do prazo de vigência do instrumento de pactuação, seja ele Termo de Compromisso ou Convênio.

4.6.1. Assim sendo, como forma de racionalização e otimização de recursos públicos já empreendidos em termos de compromisso ainda pendentes de conclusão, com intuito de auxiliar estados e municípios a garantir mais vagas nas salas de aula e concluir obras inacabadas, o Ministério da Educação - MEC e o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE publicaram a Resolução nº 3, de 20 de abril de 2021, que dispunha sobre a possibilidade de se firmar novos termos de compromisso, com fundamento na Lei nº 12.695, de 25 de julho de 2012, para finalização de obras decorrentes de instrumentos cujo prazo de vigência tenha se esgotado sem a conclusão do objeto pactuado.

4.6.2. Com efeito, a Resolução CD/FNDE nº 3/2021 estabelecia que a celebração de novos termos de compromisso seria destinada à retomada de obras inacabadas com percentual de execução física superior a 20%, devidamente comprovado mediante relatório de vistoria inserido no SIMEC, sendo o procedimento administrativo gerenciado por equipe especializada alocada na CGEST/DIGAP /FNDE.

4.6.3. Após avaliação, e desde que cumpridas todas as etapas constantes do referido normativo, o FNDE poderia pactuar novos termos de compromisso para que as obras fossem retomadas. Conforme previa o art. 1º, §§ 2º e 3º, da Resolução CD/FNDE nº 3/2021, o aporte de recursos por parte do FNDE seria limitado ao valor originalmente pactuado, devendo o ente interessado concordar com o aporte de recursos próprios para a finalização das obras.

4.6.3.1. Implementado desde então, o processo de repactuação é gerido pontualmente no âmbito desta Autarquia, por meio do SIMEC, onde ocorre todo o procedimento, desde o cadastramento da solicitação até o seu deferimento, ou não. Nesse sentido, quando alterado o status de obra de paralisada, pela automação da plataforma SIMEC, para inacabada, cabe aos Gestores Municipais realizarem o acesso ao SIMEC e iniciar o cadastramento do pedido de repactuação da obra e acompanhar o procedimento ante a prementes necessidades pontuais que, porventura, podem ocorrer como por exemplo: ordens de diligência, quando se faz necessária a interação entre o órgão técnico da Autarquia e o gestor municipal para complementação, retificação ou adição de documentos ao procedimento. **Destarte, os normativos supracitados estão em vigor e gerenciam os processos de repactuação em curso, excluindo-se, no presente momento, a possibilidade de cadastramento de novas requisições para repactuação, tendo em vista o disposto no Art. 1º da Resolução nº 16 de 30 de setembro de 2021, que limitou a solicitação para retomada de obras inacabadas de infraestrutura educacional até a data de 30 de dezembro de 2021.**

4.6.3.2. Frisa-se, ainda, ante a necessidade de esclarecimentos técnicos sobre as naturezas

jurídicas dos *status* das obras inacabadas contidas no levantamento de dados requisitado que, no âmbito do FNDE, a prestação de contas é dividida em duas etapas: análise técnica, denominada de Cumprimento do Objeto, realizada pela Coordenação de Análise do Cumprimento do Objeto de Infraestrutura - COINF, subordinada à CGEST; e análise financeira, realizada pela Coordenação-Geral de Prestação de Contas - CGAPC, vinculada à Diretoria Financeira - DIFIN.

4.6.3.3. Após expirada a vigência do instrumento e alterada a situação da obra no SIMEC, Módulo Obras 2.0, para concluída, cancelada ou inacabada, o processo administrativo de concessão dos recursos é enviado à CGEST/DIGAP para que a equipe de cumprimento do objeto possa iniciar a análise técnica. Concluída essa análise (com emissão de parecer técnico), o processo é remetido à CGAPC/DIFIN para a análise financeira e, conseqüentemente, a conclusão da prestação de contas.

4.6.3.4. Por sua vez, o cumprimento do objeto é a análise técnica de engenharia que visa verificar a conformidade da execução física das obras pactuadas. A partir de relatórios de vistorias *in loco* e de apontamentos de restrições e inconformidades identificadas nas obras, diligências podem ser encaminhadas aos entes no intuito de sanar pendências, podendo o resultado da análise ensejar glosa de valores repassados pelo FNDE.

4.6.3.5. Os documentos que subsidiam a análise quanto ao cumprimento do objeto são o contrato firmado entre o ente e a empresa construtora, a planilha contratada, as medições e as notas fiscais, o documento de propriedade do terreno onde se deu a execução da obra, o termo de recebimento definitivo da obra, entre outros.

4.6.3.6. Ocorre que para obras canceladas e inacabadas, o procedimento acima relatado não contempla todos esses critérios, haja vista que para ambas as situações não há, em tese, a avaliação de serviços eventualmente executados, uma vez que o objeto pactuado não foi cumprido durante a vigência do respectivo instrumento, conforme definições dos itens 4.5 e 4.6 da Nota Técnica Nº 3211095/2022/COINF/CGEST/DIGAP.

4.6.3.7. As obras canceladas e inacabadas que foram objeto de análise de prestação de contas técnica, tendo sido elaborado "Parecer Técnico de Obra cancelada/Inacabada - Conclusivo", devidamente assinado em processo administrativo, serão tramitadas para as respectivas situações: **Cancelada - PC Técnica Concluída** e **Inacabada - PC Técnica Concluída**, no Módulo Obras 2.0, do SIMEC.

Para obra cancelada:

"A obra está sendo tramitada do status de "Cancelada" para "Cancelada - PC técnica concluída" em consonância com a NT nº 3211095/2022/Coinf/Cgest/Digap, de 31 de outubro de 2022, haja vista que o objeto pactuado não foi concluído pelo Ente Federativo, tendo sido a obra cancelada no SIMEC e o processo administrativo foi remetido para adoção das medidas pertinentes".

Para obra Inacabada:

"A obra está sendo tramitada do status de "Inacabada" para "Inacabada - PC técnica concluída" em consonância com a NT nº 3211095/2022/Coinf/Cgest/Digap, de 31 de outubro de 2022, haja vista que o objeto pactuado não foi concluído pelo Ente Federativo, tendo sido a obra considerada Inacabada no SIMEC e o processo administrativo foi remetido para adoção das medidas pertinentes".

4.6.3.8. Destaca-se que o Governo Federal por meio da Medida Provisória nº 1.174, de 12 de maio de 2023 e da Portaria Conjunta MEC/MGI/CGU nº 82, de 10 de julho de 2023 instituiu o Pacto Nacional pela Retomada de Obras e de Serviços de Engenharia Destinados à Educação Básica. O instrumento permite a repactuação de obras paralisadas e inacabadas, com correção do saldo, mediante manifestação de adesão ao pacto junto ao FNDE, no prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis por ato do FNDE por igual período, a contar da entrada em vigor daquela Portaria, mediante solicitação no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação – SIMEC, na aba "lista de opções", clicando no ícone "Solicitar Nova Pactuação MP 1174".

4.6.3.9. Nesse contexto, recomendamos a leitura dos normativos supracitados, que seguem anexos, bem como o acesso ao sítio <https://www.gov.br/fnde/pt-br/assuntos/noticias/publicada->

portaria-que-dispoe-sobre-as-repactuacoes-para-retomada-de-obras-da-educacao-basica, com mais informações sobre o Pacto.

4.6.3.10. Além disto, o FNDE permanece aperfeiçoando suas atividades de monitoramento das obras e apoio aos entes federados, objetivando a redução de obras inacabadas ou paralisadas e a conclusão das que estão em execução, além de auxiliar os entes quanto à retomada das obras inacabadas, bem como com o compromisso de atuar tempestivamente em relação à obrigação de prestar contas inerente aos recursos repassados pela Autarquia.

4.6.3.11. Por fim, informamos que o FNDE, em parceria com o Ministério da Educação, disponibiliza em seu site os dados de empreendimentos que se encontram nestas e em diversas outras situações. Assim, as informações podem ser livremente consultadas pela população no seguinte sítio: <https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos-1/paineis-de-monitoramento-e-indicadores/painel-gerencial-de-obras>.

5. CONCLUSÃO

5.1. Diante do exposto, submetemos a presente Nota Técnica à Diretoria de Gestão, Articulação e Projetos Educacionais - DIGAP, para consideração superior.

Estêvão Perpétuo Martins

Coordenador-Geral de Infraestrutura Educacional - Substituto

De acordo. Encaminhe-se à Presidência do FNDE.

Flávia de Holanda Schmidt

Diretora de Gestão, Articulação e Projetos Educacionais

De acordo. Encaminhe-se à Assessoria Parlamentar do Ministério da Educação - MEC.

Fernanda Mara de Oliveira Macedo Carneiro Pacobahyba

Presidente do FNDE



Documento assinado eletronicamente por **ESTEVAO PERPETUO MARTINS, Coordenador(a)-Geral de Infraestrutura Educacional, Substituto(a)**, em 03/08/2023, às 18:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



Documento assinado eletronicamente por **FLAVIA DE HOLANDA SCHMIDT, Diretor(a) de Gestão, Articulação e Projetos Educacionais**, em 04/08/2023, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA MARA DE OLIVEIRA MACEDO CARNEIRO PACOBAHYBA, Presidente**, em 08/08/2023, às 10:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput e § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#), embasado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria MEC nº 1.042, de 5 de novembro de 2015](#), respaldado no art. 9º, §§ 1º e 2º, da [Portaria/FNDE nº 83, de 29 de fevereiro de 2016](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.fnnde.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3665473** e o código CRC **C6C79367**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP
70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2978/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 22 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 20, de 2023, de autoria do Deputado Federal Kim Kataguiri.

Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Básica – SEB acerca da sugestão de "implementação das matérias de programação robótica, noções de direito e educação financeira".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I – Nota Técnica nº 274/2023/DPDI/SEB/SEB (4219298).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 23/08/2023, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4259421** e o código CRC **F87C39F3**.



Ministério da Educação

Nota Técnica nº 274/2023/DPDI/SEB/SEB

PROCESSO Nº 23123.005087/2023-15

INTERESSADO: ASPAR/MEC

ASSUNTO

Indicação nº 20, de 2023, de autoria do Deputado Federal Kim Kataguiri.

1. REFERÊNCIAS

- 1.1. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB).
- 1.2. Base Nacional Comum Curricular (BNCC), disponível em http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf.
- 1.3. Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017.
- 1.4. Resolução CNE/CP nº 4, de 17 de dezembro de 2018.

2. SUMÁRIO EXECUTIVO

2.1. Trata-se do Ofício 2359/2023/ASPAR/GM/GM-MEC (4183529), procedente da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos do Gabinete do Ministro (ASPAR), que solicita posicionamento referente ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR (SEI 4183511), de 13 de julho de 2023, acompanhado da cópia do Ofício 1ªSec/I/E/ nº 22/2023 (SEI 4183512), e da Indicação nº 20, de 2023 (SEI 4183519), de autoria do Deputado Federal Kim Kataguiri, o qual sugere "a implementação das matérias de programação robótica, noções de direito e educação financeira", para análise e manifestação.

3. ANÁLISE

3.1. A Indicação nº 20/2023 (SEI 4183519) sugere "a implementação das matérias de programação robótica, noções de direito e educação financeira" para a grade curricular escolar brasileira. O legislador registra que há diversos debates na mídia e muitos projetos de lei no Legislativo sobre estes conteúdos. Inclusive relata que estes conteúdos podem contribuir para um aprendizado prático, visando desenvolver a capacidade de pensar e achar soluções para desafios apresentados aos estudantes em sala de aula.

3.2. No que tange à dimensão curricular da educação básica, destaca-se entre seus normativos principais, a seguinte legislação:

- a) A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB), cujo artigo 26, alterado pela Lei nº 12.796/2013, estabelece que a estrutura curricular deve ter base nacional comum e orienta, em seu parágrafo 10, acerca da inserção de novos componentes curriculares:

Art. 26. Os currículos da educação infantil, do ensino fundamental e do ensino médio devem ter base nacional comum, a ser complementada, em cada sistema de ensino e em cada estabelecimento escolar, por uma parte diversificada, exigida pelas

características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e dos educandos.

(...)

§ 10 A inclusão de novos componentes curriculares de caráter obrigatório na Base Nacional Comum Curricular dependerá de aprovação do Conselho Nacional de Educação e de homologação pelo Ministro de Estado da Educação.

b) A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) aprovada pelo Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução CNE/CP nº 2/2017, para as etapas da Educação Infantil e do Ensino Fundamental e pela Resolução CNE/CP nº 4/2018, para a Etapa do Ensino Médio, ambas homologadas pelo Ministro da Educação. A BNCC é um documento de caráter normativo para as redes de ensino, de referência obrigatória para elaboração dos currículos escolares e propostas pedagógicas, que define o conjunto de aprendizagens essenciais que todos os estudantes devem desenvolver ao longo das etapas e modalidades da Educação Básica, constituídas por conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, expressáveis em competências para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do mundo do trabalho e do pleno exercício da cidadania.

A Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017, em seu artigo 8º, § 1º define, por sua vez, que:

§1º Os currículos devem incluir a abordagem, de forma transversal e integradora, de temas exigidos por legislação e normas específicas, e temas contemporâneos relevantes para o desenvolvimento da cidadania, que afetam a vida humana em escala local, regional e global, observando-se a obrigatoriedade de temas tais como o processo de envelhecimento e o respeito e valorização do idoso; os direitos das crianças e adolescentes; a educação para o trânsito; a educação ambiental; a educação alimentar e nutricional; a educação em direitos humanos; e a **educação digital**, bem como o tratamento adequado da temática da diversidade cultural, étnica, linguística e epistêmica, na perspectiva do desenvolvimento de práticas educativas ancoradas no interculturalismo e no respeito ao caráter pluriétnico e plurilíngue da sociedade brasileira. (grifo nosso)

c) Normas do Ensino de Computação na Educação Básica (Complementando a Base Nacional Comum Curricular), em atendimento ao artigo 22 da Resolução CNE nº 2/2017, que instituiu e orientou a implantação da BNCC. Essas normas complementares foram homologadas por meio do Parecer CNE/CEB nº2/2022 e apresentam 2 Eixos (Pensamento Computacional e o Mundo Digital) e 4 Premissas:

Desenvolver reconhecimento e identificação de padrões, construindo conjuntos de objetos com base em diferentes critérios como: quantidade, forma, tamanho, cor e comportamento.

Experimentar e identificar diferentes formas de interação mediadas por artefatos computacionais.

Criar e testar algoritmos jogando com objetos do ambiente e com movimentos corporais individualmente ou em grupo.

Resolver problemas dividindo-os em partes menores identificando etapas, estágios ou ciclos que se repetem e que podem ser generalizados ou reutilizados para outros problemas.

3.3. Desta forma, no que se refere aos conteúdos relativos à programação robótica, as competências e habilidades previstas na BNCC incluem aqueles conteúdos relacionados ao

mundo digital. A BNCC apresenta 4 das 10 competências gerais que abordam questões relacionadas ao mundo digital, com destaque para a competência: “Entender, usar e criar tecnologias de informação e comunicação de forma crítica, significativa, reflexiva e ética em diversas práticas sociais (incluindo as escolares) para comunicar, acessar e disseminar informações, produzir conhecimento, resolver problemas, e exercer protagonismo e autoria na vida pessoal e coletiva.”

3.4. Quanto à educação financeira, vale observar que a temática encontra-se contemplada na versão final do texto da BNCC (2018), em consonância com os componentes curriculares em suas respectivas áreas de conhecimento, a saber:

a) **Área de Matemática/Ensino Fundamental (pp. 268-269):** A unidade temática **Números** tem como finalidade desenvolver o pensamento numérico, que implica o conhecimento de maneiras de quantificar atributos de objetos e de julgar e interpretar argumentos baseados em quantidades. (...) Outro aspecto a ser considerado nessa unidade temática é o estudo de conceitos básicos de economia e finanças, visando a **Educação Financeira** dos alunos, com destaque na descrição das *Unidades Temáticas, Objetos de Conhecimento e Habilidades* do 5º ano (p. 295), 6º ano (p. 301), 7º ano (p. 307) e 9º ano (p. 317);

b) **Área de Matemática e suas Tecnologias/Ensino Médio (p. 527):** A área de **Matemática e suas Tecnologias** propõe a consolidação, a ampliação e o aprofundamento das aprendizagens essenciais desenvolvidas no Ensino Fundamental. Para tanto, propõe colocar em jogo, de modo mais inter-relacionado, os conhecimentos já explorados na etapa anterior, a fim de possibilitar que os estudantes construam uma visão mais integrada da Matemática, ainda na perspectiva de sua aplicação à realidade. Na BNCC de Matemática do Ensino Fundamental, as habilidades estão organizadas segundo unidades de conhecimento da própria área (Números, Álgebra, Geometria, Grandezas e Medidas, Probabilidade e Estatística). A proposta da BNCC do Ensino Médio é que o estudante consolide *Competências Específicas e Habilidades*, dentre elas a **Matemática Financeira**, abordada nos 1º, 2º e 3º anos do Ensino Médio (pp. 536, 541, 543-544);

c) **Área de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas/Ensino Médio (p. 561):** A exploração das questões sob uma perspectiva mais complexa torna-se possível no Ensino Médio dada a maior capacidade cognitiva dos jovens, que lhes permite ampliar seu repertório conceitual e sua capacidade de articular informações e conhecimentos. Nesse sentido, temas como as transformações na sociedade, o uso de novas tecnologias, a participação dos trabalhadores nos diversos setores da produção, a diversificação das relações de trabalho, a oscilação nas taxas de ocupação, emprego e desemprego, o uso do trabalho intermitente, a desconcentração dos locais de trabalho, a riqueza global, o empreendedorismo individual, dentre outros, são conteúdos afeitos que implicam ao estudante desenvolver a compreensão da **Educação Financeira** e da compreensão do sistema monetário contemporâneo nacional e mundial, imprescindíveis para uma inserção crítica e consciente no mundo atual. Diante desse cenário, impõem-se novos desafios às Ciências Humanas, incluindo a compreensão dos impactos das inovações tecnológicas nas relações de produção, trabalho e consumo (p. 568).

3.5. Adicionalmente, na BNCC estão presentes os chamados Temas Contemporâneos Transversais (TCTs), entre eles, constam as macroáreas ciência e tecnologia, cidadania e civismo, além de economia, onde devem ser abordadas temáticas relevantes para a formação cidadã, inclusive dos conteúdos relacionados à programação robótica, noções de direito e educação financeira e correlacionados. Os TCTs da BNCC são apresentados como de fundamental relevância na elaboração e organização do currículo, planos de aula e atividades a serem abordados nas instituições de ensino. Os normativos acima elencados orientam a inclusão dos TCTs visando que os currículos da Educação Básica devam oferecer aprendizagens significativas, para que os estudantes possam se desenvolver nas diferentes dimensões: intelectual, humana, social, cultural, ética, entre outras, conforme citado no documento da BNCC:

Por fim, cabe aos sistemas e redes de ensino, assim como às escolas, em suas respectivas esferas de autonomia e competência, incorporar aos currículos e as propostas pedagógicas a abordagem de temas contemporâneos que afetam a vida humana em escala local, regional e global, preferencialmente de forma transversal e integradora. Entre esses temas, destacam-se: direitos da criança e do adolescente (Lei nº 8.069/1990), educação para o trânsito (Lei nº 9.503/1997), educação ambiental (Lei nº 9.795/1999, Parecer CNE/CP nº 14/2012 e Resolução CNE/CP nº 2/201218), educação alimentar e nutricional (Lei nº 11.947/200919), processo de envelhecimento, respeito e valorização do idoso (Lei nº 10.741/200320), educação em direitos humanos (Decreto nº 7.037/2009, Parecer CNE/CP nº 8/2012 e Resolução NE/CP nº 1/201221), educação das relações étnico-raciais e ensino de história e cultura afro-brasileira, africana e indígena (Leis nº 10.639/2003 e 11.645/2008, Parecer CNE/CP nº 3/2004 e Resolução CNE/CP nº 1/200422), bem como saúde, vida familiar e social, **educação para o consumo, educação financeira e fiscal, trabalho, **ciência e tecnologia** e diversidade cultural (Parecer CNE/CEB nº 11/2010 e Resolução CNE/CEB nº 7/201023). **Na BNCC, essas temáticas são contempladas em habilidades dos componentes curriculares, cabendo aos sistemas de ensino e escolas, de acordo com suas especificidades, tratá-las de forma contextualizada.** (BNCC, 2018, pp 19 -20).**

[Grifos Nossos]

3.6. Cumpre ainda destacar a autonomia dos sistemas de ensino para selecionar temas e propor ações e eventos sobre as temáticas que julgarem relevantes, levando em consideração a realidade de seu público estudantil e a capacidade do seu corpo técnico e docente, conforme preconiza o artigo 8º da LDB, ao afirmar que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios organizarão, em regime de colaboração, os seus sistemas de ensino.

§ 1º Caberá à União a coordenação da política nacional de educação, articulando os diferentes níveis e sistemas e exercendo função normativa, redistributiva e supletiva em relação às demais instâncias educacionais.

§ 2º Os sistemas de ensino terão liberdade de organização nos termos desta Lei.

3.7. Portanto, cabe aos sistemas de ensino, assim como às escolas, em suas respectivas esferas de autonomia e competência, incorporar aos currículos e às propostas pedagógicas a abordagem de temas contemporâneos que afetam a vida humana em escala local, regional e global, assim como a inclusão de conteúdos e disciplinas para toda as etapas e modalidades da educação básica.

4. CONCLUSÃO

4.1. Ante o exposto são essas as considerações desta Secretaria de Educação Básica (SEB), ouvida a Diretoria de Políticas e Diretrizes da Educação Integral Básica (DPDI) e a Coordenação-Geral de Gestão Estratégica da Educação Básica (COGEB), a respeito da Indicação

nº 20, de 2023, de autoria do Deputado Federal Kim Kataguirí, o qual sugere "a implementação das matérias de programação robótica, noções de direito e educação financeira".

À consideração superior.

ALEXSANDRO DO NASCIMENTO SANTOS

Diretor de Políticas e Diretrizes da Educação Integral Básica

De acordo. Encaminhe-se.

KÁTIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT

Secretária de Educação Básica



Documento assinado eletronicamente por **Alexsandro do Nascimento Santos, Diretor(a)**, em 08/08/2023, às 09:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Katia Helena Serafina Cruz Schweickardt, Secretário(a)**, em 08/08/2023, às 16:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4219298** e o código CRC **0BA0D936**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP
70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 2980/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 22 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 37, de 2023, de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim.

Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Básica – SEB acerca da sugestão de "criação, em parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério do Turismo, por meio da Secretaria Especial da Cultura, do Projeto 'A Arte Vai à Escola'".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I – Nota Técnica nº 275/2023/DPDI/SEB/SEB (4220006).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 23/08/2023, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4259452** e o código CRC **88053CB8**.



Ministério da Educação

Nota Técnica nº 275/2023/DPDI/SEB/SEB

PROCESSO Nº 23123.005115/2023-02

INTERESSADO: DEPUTADO FEDERAL CARLOS HENRIQUE GAGUIM

ASSUNTO

0.1. Indicação nº 37, de 2023 (4185349), de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim (UNIÃO/TO).

1. REFERÊNCIAS

1.1. Processo nº 23123.005115/2023-02

1.2. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB.

2. SUMÁRIO EXECUTIVO

2.1. O Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR (4185339), de 13 de julho de 2023, acompanhado da cópia do Ofício 1ªSec/I/E/ nº 22/2023 (4185340), e da Indicação nº 37, de 2023 (4185349), de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim, o qual sugere "a criação, em parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério do Turismo, por meio da Secretaria Especial da Cultura, do Projeto 'A Arte Vai à Escola'", que foi encaminhada para análise e manifestação dessa pasta.

3. ANÁLISE

3.1. A Indicação nº 37/2023 sugere a criação do Projeto "A Arte Vai à Escola", com o objetivo de incentivar à incorporação de atividades culturais no contraturno escolar, como forma estratégica para concretizar a educação integral nas escolas brasileiras, e contribuir para que os alunos e a sociedade desenvolvam a percepção da importância da cultura. Para tanto, as escolas públicas participantes ofertariam aos alunos atividades culturais diversas, como apresentações de música, espetáculos teatrais e de dança; palestras de escritores; sessões de cinema; e debates com profissionais da área – o que contribuiria para uma formação cidadã mais completa e de maior qualidade.

3.2. O deputado apresenta a legislação educacional e de valorização cultural pertinente para o desenvolvimento do Projeto, especialmente a Constituição Federal (arts. 206 e 215), a Lei nº 12.343/2010 (Plano Nacional de Cultura - PNC), a Lei nº 13.005/2014 (Plano Nacional da Educação - PNE).

3.3. Inicialmente cabe destacar a relevância do assunto em tela, uma vez que a própria Constituição Federal do Brasil estabelece que é competência comum dos entes federados proporcionar acesso à educação e à cultura, assim como estabelecer conteúdos mínimos educacionais, de maneira a assegurar formação básica comum e respeito aos valores culturais e artísticos, nacionais e regionais (CF arts. 23, 24 e 210).

3.4. Também cabe informar que a definição dos currículos do ensino fundamental e médio está amparada num arcabouço institucional, que tem entre seus normativos principais, a Lei nº 9.394/1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB), cujo art. 26, alterado pela Lei nº 12.796/2013, estabelece que a estrutura curricular deve ter base nacional comum.

3.5. A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução CNE/CP nº 2/2017, para as etapas da Educação Infantil e do Ensino Fundamental e pela Resolução CNE/CP nº 4/2018, para a Etapa do Ensino Médio, ambas homologadas pelo Ministro da Educação. A BNCC é um documento de caráter normativo para as redes de ensino, de referência obrigatória para elaboração dos currículos escolares e propostas pedagógicas, que define o conjunto de aprendizagens essenciais que todos os estudantes devem desenvolver ao longo das etapas e modalidades da Educação Básica, constituídas por conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, expressáveis em competências para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do mundo do trabalho e do pleno exercício da cidadania.

3.6. A Resolução CNE/CP nº 2, de 22 de dezembro de 2017, em seu artigo 8º, § 1º define que:

§1º Os currículos **devem incluir a abordagem, de forma transversal e integradora, de temas exigidos por legislação e normas específicas, e temas contemporâneos relevantes para o desenvolvimento da cidadania, que afetam a vida humana em escala local, regional e global**, observando-se a obrigatoriedade de temas tais como o processo de envelhecimento e o respeito e valorização do idoso; os direitos das crianças e adolescentes; a educação para o trânsito; a educação ambiental; a educação alimentar e nutricional; a educação em direitos humanos; e a educação digital, bem como o tratamento adequado da temática da diversidade cultural, étnica, linguística e epistêmica, na perspectiva do desenvolvimento de práticas educativas ancoradas no interculturalismo e no respeito ao caráter pluriétnico e plurilíngue da sociedade brasileira.

3.7. Nesse sentido, vale ressaltar que conteúdos relacionados à cultura encontram-se contemplados no contexto escolar, amparados pela BNCC tanto em habilidades das áreas de conhecimento, quanto no rol dos Temas Contemporâneos, e, tal como regulamenta a LDB, podem ser incorporados pelas redes de ensino e pelas escolas, em suas respectivas esferas de autonomia e competência, aos currículos e às propostas pedagógicas, de forma transversal e integradora, juntamente com os componentes curriculares da formação geral, garantindo ao estudante o seu desenvolvimento, a **formação integral** como preconizam as Resoluções CNE/CEB nº 7/2010 e CNE/CP nº 2/2017, ao longo de toda a educação básica e em cada etapa da escolaridade, como expressão dos direitos de aprendizagem de todos os estudantes. A BNCC assim orienta:

Por fim, cabe aos sistemas e redes de ensino, assim como às escolas, em suas respectivas esferas de autonomia e competência, incorporar aos currículos e às propostas pedagógicas a abordagem de temas contemporâneos que afetam a vida humana em

escala local, regional e global, preferencialmente de forma transversal e integradora. Entre esses temas, destacam-se: direitos da criança e do adolescente (Lei nº 8.069/1990); educação para o trânsito (Lei nº 9.503/1997); educação ambiental (Lei nº 9.795/1999, Parecer CNE/CP nº 14/2012 e Resolução CNE/CP nº 2/2012); educação alimentar e nutricional (Lei nº 11.947/2009); processo de envelhecimento, respeito e valorização do idoso (Lei nº 10.741/2003); educação em direitos humanos (Decreto nº 7.037/2009, Parecer CNE/CP nº 8/2012 e Resolução CNE/CP nº 1/2012); educação das relações étnico-raciais e ensino de história e cultura afro-brasileira, africana e indígena (Leis nº 10.639/2003 e 11.645/2008, Parecer CNE/CP nº 3/2004 e Resolução CNE/CP nº 1/2004); bem como **saúde**, vida familiar e social, educação para o consumo, educação financeira e fiscal, trabalho, ciência e tecnologia e diversidade cultural (Parecer CNE/CEB nº 11/2010 e Resolução CNE/CEB nº 7/2010). Na BNCC, essas temáticas são contempladas em habilidades dos componentes curriculares, cabendo aos sistemas de ensino e escolas, de acordo com suas especificidades, tratá-las de forma contextualizada. (BNCC, 2018, pp 19-20). (Grifo nosso)

3.8. Recentemente, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou a Lei 14.460/2023 que cria o Programa Escola em Tempo Integral. A partir dessa iniciativa, a Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação retomou um conjunto de esforços historicamente acumulados no campo da Educação Integral e está desenhando, numa perspectiva intersetorial, uma série de diretrizes para a revisão e atualização das propostas curriculares das redes públicas municipais e estaduais e das propostas pedagógicas das escolas. Dentro desse processo, o fomento à conexão da escola com as manifestações culturais e artísticas presentes nos seus territórios e o diálogo com os sujeitos individuais e coletivos que produzem arte tem um lugar especial. A indicação apresentada pelo Nobre Parlamentar é um importante sinal de que estamos no caminho certo e será considerada no desenho dos programas e ações da política de educação integral em tempo integral.

4. CONCLUSÃO

4.1. Ante o exposto, a Diretoria de Políticas e Diretrizes da Educação Integral Básica (DPDI), ouvida a Coordenação Geral de Estratégia de Educação Básica, encaminha suas considerações à Secretaria de Educação Básica, acerca Indicação nº 37/2023 (4185349), de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim, o qual sugere "a criação, em parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério do Turismo, por meio da Secretaria Especial da Cultura, do Projeto 'A Arte Vai à Escola'".

À consideração superior.

ALEXSANDRO DO NASCIMENTO SANTOS
Diretor de Políticas e Diretrizes da Educação Integral Básica

De acordo. Encaminhe-se.

KÁTIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT
Secretária de Educação Básica



Documento assinado eletronicamente por **Alexsandro do Nascimento Santos, Diretor(a)**, em 08/08/2023, às 09:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Katia Helena Serafina Cruz Schweickardt, Secretário(a)**, em 08/08/2023, às 15:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4220006** e o código CRC **D994C831**.



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1145/2023/ASPAR/MS

Brasília, 02 de agosto de 2023.

A Senhora

VIVIAN OLIVEIRA MENDES

Chefe de Gabinete

Secretaria Especial de Relações Institucionais

Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 01.

Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 130/2023.**

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Reporto-me ao **Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0034876599), de 13 de julho de 2023, acompanhado da **Indicação Parlamentar n.º 130/2023**, de autoria do **Deputado Federal Tião Medeiros**, que "**Sugere, que sejam reajustados os valores dos repasses do governo federal para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), programa que presta socorro à população em casos de emergência**".
2. Em resposta à referida Indicação, encaminho os **Despachos SAES/GAB/SAES/MS e CGURG/DAHU/SAES/MS** (0034966548), elaborados pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS.
3. No âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

MÁRCIA LUZ DA MOTTA

Chefe de Gabinete da Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Luz da Motta, Chefe de Gabinete**, em 29/08/2023, às 10:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035111504** e o código CRC **229CC4CD**.

Referência: Processo nº 25000.104389/2023-97

SEI nº 0035111504

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1248/2023/ASPAR/MS

Brasília, 17 de agosto de 2023.

A Senhora

VIVIAN OLIVEIRA MENDES

Chefe de Gabinete

Secretaria Especial de Relações Institucionais

Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 1.

Casa Civil - Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 79/2023.**

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Reporto-me ao **Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0034868235), de 13 de julho de 2023, acompanhado da **Indicação Parlamentar n.º 79/2023** (0034868269), de autoria do **Deputado Federal André Fufuca**, que **sugere a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU no Município de Santa Luzia, no Estado do Maranhão.**

2. Em resposta à referida Indicação, encaminho o **Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS** (0035053675), elaborado pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS.

3. No âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.

4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

MÁRCIA LUZ DA MOTTA

Chefe de Gabinete da Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Luz da Motta, Chefe de Gabinete**, em 29/08/2023, às 11:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035452948** e o código CRC **1DC000BC**.

Referência: Processo nº 25000.104178/2023-54

SEI nº 0035452948

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1242/2023/ASPAR/MS

Brasília, 17 de agosto de 2023.

A Senhora
VIVIAN OLIVEIRA MENDES
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Relações Institucionais
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares
Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 1.
Casa Civil - Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 19/2020**

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Reporto-me ao **Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0034873498), de 13 de julho de 2023, acompanhado da **Indicação Parlamentar nº 87/2023** (0034873587), de autoria do **Deputado Federal Marcos Tavares**, que **sugere ao Ministério da Saúde para a instalação de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24H, no Eixo dos bairros Saracuruna, Jardim Primavera, Campos Elíseos e Vila Maria Helena, no Município de Duque de Caxias – RJ.**
2. Em resposta à referida Indicação, encaminho o **Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS** (0035223746), elaborados pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS, por meio do qual informa que as Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h, são unidades não hospitalares de atendimento às urgências e, atualmente, estão sobre a égide das Portarias de Consolidação nº 03 e nº 06, ambas de 28 de setembro de 2017. Em conformidade com a legislação vigente, o apoio para a implantação das UPA 24h está condicionado à disponibilidade orçamentária e pode se dar de dois modos: **via indicação de recurso de programa/ação do orçamento do Ministério da Saúde ou via indicação de recurso de emenda parlamentar.**
3. Em atenção à demanda, informamos que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) disponibilizou a **Manual Cartilha_2023** (0035123949), disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wpcontent/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf, que apresenta informações referentes a instrumentos de repasses das ações prioritárias do Ministério da Saúde para o corrente ano.

Atenciosamente,

MÁRCIA LUZ DA MOTTA
Chefe de Gabinete da Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Luz da Motta, Chefe de Gabinete**, em 29/08/2023, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035449359** e o código CRC **1F591E5C**.

Referência: Processo nº 25000.104301/2023-37

SEI nº 0035449359

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1195/2023/ASPAR/MS

Brasília, 11 de agosto de 2023.

A Senhora

VIVIAN OLIVEIRA MENDES

Chefe de Gabinete

Secretaria Especial de Relações Institucionais

Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 1.

Casa Civil - Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 122/2023**

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Reporto-me ao **Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0034875057), de 13 de Julho de 2023, acompanhado da **Indicação Parlamentar nº 122/2023**, de autoria do **Deputado Federal Ricardo Ayres**, que **sugere a inclusão da vacina contra herpes-zóster no Programa Nacional de Imunização**.
2. Em resposta à referida Indicação, encaminho a **Nota Técnica nº 67/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS** (0035014779), elaborada pela **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA/MS**.
3. No âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

MÁRCIA LUZ DA MOTTA

Chefe de Gabinete da Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Luz da Motta, Chefe de Gabinete**, em 29/08/2023, às 10:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035341046** e o código CRC **34EB018E**.

Referência: Processo nº 25000.104343/2023-78

SEI nº 0035341046

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1225/2023/ASPAR/MS

Brasília, 15 de agosto de 2023.

A Senhora

VIVIAN OLIVEIRA MENDES

Chefe de Gabinete

Secretaria Especial de Relações Institucionais

Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 01.

Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 58/2023.**

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Reporto-me ao **Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0034868020), de 13 de julho de 2023, acompanhado da **Indicação Parlamentar nº 58/2023**, de autoria do **Deputado Federal Murillo Gouvea**, que **sugere ao Poder Executivo, a instalação de centros de atendimento especializados para assistência às pessoas com Transtorno do Espectro Autista.**
2. Em resposta à referida Indicação, encaminho o **Parecer Técnico nº 289/2023-CGSPD/DAET/SAES/MS** (0035007912), elaborado pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS.
3. No âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

MÁRCIA LUZ DA MOTTA

Chefe de Gabinete da Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Luz da Motta, Chefe de Gabinete**, em 29/08/2023, às 11:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035390744** e o código CRC **7EF9C370**.

Referência: Processo nº 25000.104169/2023-63

SEI nº 0035390744

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1243/2023/ASPAR/MS

Brasília, 17 de agosto de 2023.

A Senhora

VIVIAN OLIVEIRA MENDES

Chefe de Gabinete

Secretaria Especial de Relações Institucionais

Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 1.

Casa Civil - Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 86/2023.**

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Reporto-me ao **Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0034873248), de 13 de julho de 2023, acompanhado da **Indicação Parlamentar nº 86/2023** (0034873302), de autoria do **Deputado Federal Marcos Tavares**, que **sugere ao Ministério da Saúde a instalação de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24H, no Eixo dos bairros Pantanal, Vila São José, Parque Fluminense, São Bento, Vila Rosário, Nossa Senhora do Carmo e Parque Comercial, no Município de Duque de Caxias – RJ.**

2. Em resposta à referida Indicação, encaminho o **Despacho CGURG/DAHU/SAES/MS** (0035224605), elaborado pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS.

3. No âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.

4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

MÁRCIA LUZ DA MOTTA

Chefe de Gabinete da Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Luz da Motta, Chefe de Gabinete**, em 29/08/2023, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035450580** e o código CRC **8077DFCF**.

Referência: Processo nº 25000.104294/2023-73

SEI nº 0035450580

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos

OFÍCIO Nº 1226/2023/ASPAR/MS

Brasília, 15 de agosto de 2023.

A Senhora

VIVIAN OLIVEIRA MENDES

Chefe de Gabinete

Secretaria Especial de Relações Institucionais

Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares

Palácio do Planalto, 4º Andar, Gab. 01

Presidência da República

Assunto: **Indicação Parlamentar nº 23/2023.**

Senhora Chefe de Gabinete,

1. Reporto-me ao **Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** (0034866473), de 13 de julho de 2023, acompanhado da **Indicação Parlamentar nº 23/2023**, de autoria do **Deputado Federal Leo Prates**, que **sugere à Ministra da Saúde que inclua na lista de doenças que exigem a notificação compulsória esporotricose animal e humana**.
2. Em resposta à referida Indicação, encaminho a **Nota Técnica nº 19/2023-DATHI/SVSA/MS-** (0035192231), elaborada pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA/MS.
3. No âmbito do Ministério da Saúde, essas foram as informações exaradas pelo corpo técnico sobre o assunto.
4. Sem mais para o momento, este Ministério permanece à disposição para eventuais esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

MÁRCIA LUZ DA MOTTA

Chefe de Gabinete da Ministra de Estado da Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Marcia Luz da Motta, Chefe de Gabinete**, em 29/08/2023, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035392388** e o código CRC **52C3AF46**.

Referência: Processo nº 25000.104125/2023-33

SEI nº 0035392388

Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos - ASPAR
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP
70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 3142/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 29 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 44, de 2023, de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim.

Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização de Jovens e Adultos, Diversidade e Inclusão – SECADI acerca da sugestão de "instituição de Política Nacional de Alfabetização Digital de Pessoas com Deficiência".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I – Nota Técnica nº 133/2023/GAB/SECADI/SECADI (4263595).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 29/08/2023, às 18:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4276345** e o código CRC **FB682520**.



Ministério da Educação

Nota Técnica nº 133/2023/GAB/SECADI/SECADI

PROCESSO Nº 23123.005118/2023-38

INTERESSADO: DEPUTADO FEDERAL CARLOS HENRIQUE GAGUIM

ASSUNTO

0.1. Indicação n.º 44, de 2023 (4185451), de autoria do Deputado Federal Carlos Henrique Gaguim, o qual sugere "a instituição de Política Nacional de Alfabetização Digital de Pessoas com Deficiência"

1. REFERÊNCIAS

- 1.1. BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB. 9394/1996. BRASIL.
- 1.2. BRASIL. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular.
- 1.3. IBGE. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua. Pessoas com Deficiência 2022.

2. SUMÁRIO EXECUTIVO

2.1. A alfabetização ou letramento digital é uma necessidade na formação dos estudantes no atual estágio tecnológico, e está prevista na Base Nacional Comum Curricular, por meio da Competência Geral nº 5: "Compreender, utilizar e criar tecnologias digitais de informação e comunicação de forma crítica, significativa, reflexiva e ética nas diversas práticas sociais (incluindo as escolares) para se comunicar, acessar e disseminar informações, produzir conhecimentos, resolver problemas e exercer protagonismo e autoria na vida pessoal e coletiva".

2.2. O Deputado sustenta que é fundamental que esse processo seja impulsionado, por meio de uma política nacional, e sugere que ela seja inicialmente desenvolvida para atender a uma clientela especial, a das crianças com deficiência.

2.3. E defende a importância do letramento digital para o desenvolvimento cognitivo de pessoas com deficiência intelectual e múltipla, pois o uso de tecnologias na educação pode ser um facilitador de aprendizagem.

2.4. Considera que a garantia de uma capacitação que permita utilizar e produzir conhecimento por meio das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) irá promover a inclusão dos estudantes com deficiência ao mundo cibernético.

3. ANÁLISE

3.1. Em que pese a importância do letramento digital para todos os estudantes no atual estágio tecnológico da sociedade, fato reconhecido na Base Nacional Comum Curricular, por meio da Competência Geral nº 5, há que se considerar que impacto teria essa proposta na educação de estudantes com deficiência intelectual.

3.2. Primeiramente caberia destacar que no rol de pessoas com deficiência intelectual há uma diversidade grande na funcionalidade dos indivíduos e suas necessidades de apoio também variam, numa gama de quatro níveis: intermitente, limitado, amplo e permanente. Tal variação impede que se trate o conceito de forma monolítica, com recomendações generalizadas acerca de o que o conjunto desses estudantes precisa aprender. A definição do que é prioritário para cada um deles varia, e é preciso pensar nas demandas individuais de cada sujeito e não de currículos diferenciados.

3.3. Em segundo lugar, cabe destacar que a escola tem apresentado dificuldade em alfabetizar pessoas com deficiências, e a prova disso estão nos dados do IBGE, de 2022, que evidenciaram que a taxa de analfabetismo para as pessoas com deficiência foi de 19,5%, contra 4,1% das pessoas sem deficiência. E apenas 25,6% das pessoas com deficiência tinham concluído pelo menos o Ensino Médio, enquanto 57,3% das pessoas sem deficiência tinham esse nível de instrução. Então as prioridades no caso da escolarização de pessoas com deficiência é alfabetizar e dar acesso ao currículo padrão para que elas possam atingir cada vez mais níveis mais elevados de escolaridade.

4. CONCLUSÃO

4.1. No caso, alunos com deficiência intelectual tem tanta necessidade de letramento digital como os estudantes com outras deficiências ou mesmo todos os outros estudantes sem deficiência. Embora, alguns

estudantes com deficiências se beneficiem da aprendizagem de recursos tecnológicos que lhes provêm maior acessibilidade, o letramento digital deve ser considerado como medida universal e não restrita a alguns alunos.

4.2. Nesse sentido, a fim de se evitar discriminações com base na deficiência intelectual e propor medidas que reforcem visões monolíticas e estereotipadas de como são os estudantes com deficiência intelectual e de como deve ser sua escolarização, propõem-se que o letramento digital seja uma proposta extensiva a todos os alunos, indistintamente.

À consideração superior.

ENICÉIA GONÇALVES MENDES
Coordenadora-Geral de Estruturação do Sistema Educacional Inclusivo

Encaminha-se, De acordo,

DÉCIO NASCIMENTO GUIMARÃES
Diretor de Políticas de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva

De Acordo.

Assinado eletronicamente

CLEBER SANTOS VIEIRA

Secretário de Educação Continuada, Alfabetização de Jovens e Adultos, Diversidade e Inclusão substituto



Documento assinado eletronicamente por **Cleber Santos Vieira, Secretário(a), Substituto(a)**, em 25/08/2023, às 14:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Eniceia Gonçalves Mendes, Coordenador(a)-Geral**, em 29/08/2023, às 11:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



Documento assinado eletronicamente por **Décio Nascimento Guimarães., Diretor(a)**, em 29/08/2023, às 12:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4263595** e o código CRC **D087911B**.



Ministério da Educação
Esplanada dos Ministérios Bloco L, Edifício Sede - 8º Andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP
70047-900
Telefone: (61) 2022-7960 - <http://www.mec.gov.br>

Ofício Nº 3143/2023/ASPAR/GM/GM-MEC

Brasília, 29 de agosto de 2023.

À Senhora
Chefe de Gabinete
Secretaria Especial de Assuntos Parlamentares da Secretaria de Relações Institucionais
Presidência da República
Palácio do Planalto, 4º andar
70150-900 Brasília/DF

Assunto: Indicação nº 113, de 2023, de autoria do Deputado Federal Felipe Carreras.

Referência: 00001.002626/2023-45.

Senhora Chefe de Gabinete,

Em resposta ao Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, encaminho a documentação anexa contendo a manifestação da Secretaria de Educação Superior – SESu acerca da sugestão de "adoção das providências necessárias para a devida aplicação do bônus regional no Sistema de Seleção Unificada – Sisu".

Respeitosamente,

LEO DE BRITO
Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos
Gabinete do Ministro de Estado da Educação

Anexo: I – Nota Técnica nº 19/2023/ASPAR/CGAR/SESU/SESu (4267018).



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Cunha de Brito, Chefe de Assessoria**, em 29/08/2023, às 18:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4276384** e o código CRC **12A042CE**.



Ministério da Educação

Nota Técnica nº 19/2023/ASPAR/CGAR/SESU/SESu

PROCESSO Nº 23123.005161/2023-01

INTERESSADO: DEPUTADO FEDERAL FELIPE CARRERAS

EMENTA: Ofício 1ªSec/I/E/ nº 22/2023 e Indicação nº 113, de 2023, de autoria do Deputado Federal Felipe Carreras, o qual sugere "a adoção das providências necessárias para a devida aplicação do bônus regional no Sistema de Seleção Unificada – Sisu".

1. Trata-se do Ofício nº 2383/2023/ASPAR/GM/GM-MEC, da Assessoria de Assuntos Parlamentares e Federativos do Gabinete do Ministro de Estado da Educação (ASPAR/MEC), o qual encaminha o Ofício nº 46/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR, de 13 de julho de 2023, acompanhado da cópia do Ofício 1ªSec/I/E/ nº 22/2023 e da Indicação nº 113, de 2023, de autoria do Deputado Federal Felipe Carreras, o qual sugere "a adoção das providências necessárias para a devida aplicação do bônus regional no Sistema de Seleção Unificada – Sisu", recebido por meio do Despacho nº 384/2023/ASPAR/CGAR/SESU/SESU-MEC, da Coordenação-Geral de Articulação Institucional da Secretaria de Educação Superior (CGAR/SESu), que solicitou análise e parecer sobre o tema em questão.

2. A Indicação nº 113, de 2023, em síntese, é como segue:

(...)

Em 23 de fevereiro de 2023, a 7ª Vara da Fazenda Pública do Recife, por decisão do juiz Luiz Gomes da Rocha Neto, atendeu o pedido de uma ação civil pública nas vésperas do fim do Sisu, que pleiteava o fim da aplicação do bônus regional oferecido para incentivar o acesso de estudantes pernambucanos nos cursos ofertados pela Universidade de Pernambuco – UPE. O referido bônus garante um acréscimo de 10% às notas do Enem, na nota calculada no fim do período de classificação do Sisu.

A liminar suspende, de imediato, a aplicação do bônus de inclusão regional previsto na Resolução n. 92/2020 editada pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão – CEPE, da UPE, de maneira que a Universidade não poderá aplicar os 10% nas notas finais dos estudantes pernambucanos no Sisu 2023, que tenham optado por esta política através de termo de adesão firmado conforme as regras estabelecidas pelo MEC para o Sisu.

Na decisão, o magistrado afirma que o objetivo é o restabelecimento do princípio da isonomia. Afirma que a decisão acerca da suspensão da aplicação do bônus regional busca resguardar o direito dos candidatos, determinando que a ré proceda com a classificação dos candidatos nos cursos pretendidos, sem a utilização do critério regional de bonificação para os candidatos que faziam jus ao benefício.

A decisão se dá em meio ao processo seletivo, com previsão de divulgação do resultado do Sisu para o dia 28 de fevereiro, embarçando o certame e gerando insegurança jurídica para todos os candidatos, especialmente aos que aderiram à política de inclusão regional, dedicando esforço intelectual e energia (emocional e financeira) para alcançar a tão almejada vaga em sua região, o que deveras facilita a vida desses alunos e reduz, consequentemente, a evasão no ensino superior.

Nos termos da Resolução n. 92/2020 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade de Pernambuco, a adoção do bônus de inclusão regional se dá por diversos fatores, dos quais pode-se destacar:

- A alta procura no Sisu de estudantes de fora do Estado de Pernambuco, bem como de estudantes de fora das mesorregiões onde os cursos de direito, medicina e odontologia da Universidade de Pernambuco são ofertados;

- A Política de interiorização do ensino superior que vem sendo conduzida pela Universidade, que só alcançará plenamente seus objetivos caso os estudantes que optarem pelos cursos de direito e odontologia no Campus Arcoverde e medicina nos Campi Garanhuns e Serra Talhada tenham acesso aos cursos oferecidos no interior;

- Muitos estudantes da região metropolitana do Recife e de outras mesorregiões têm feito opção na UPE pelos cursos de direito e odontologia em Arcoverde e medicina em Garanhuns e Serra Talhada, porque os cursos de direito no Campus Benfica, de medicina no Campus Santo Amaro e de odontologia no Campus Camaragibe têm tido parte de suas vagas ocupadas por estudantes de fora do Estado;

- O fato de o Sisu permitir o incremento regional (bônus) no processo de inscrição, para os estudantes que optarem por esta política, descrita no termo de adesão, conforme as regras estabelecidas pelo MEC para o Sisu

Frise-se, portanto, que a adoção do bônus regional é medida prevista pelo MEC para o Sisu, de modo a atender as necessidades educacionais e regionais em todo o país, em pleno atendimento ao princípio da isonomia, que garante a equalização das normas entre os indivíduos, sendo observadas, por força da norma constitucional, as desigualdades inerentes a estes, e os mecanismos que se façam necessários para reduzir e abolir essas desigualdades.

A aludida decisão judicial não prestigia o princípio da isonomia, como afirma pretender, mas o ignora em sua essência, e desampara àqueles que necessitam da proteção estatal para o acesso ao sistema público de ensino superior e também à própria comunidade que reside nas áreas das universidades que aderiram ao bônus, que acaba por não usufruir desses serviços no futuro, visto que muitos desses estudantes quando se formam voltam às capitais ou Estados de origem.

As medidas tomadas para a interiorização da educação superior são indispensáveis para as ainda persistentes desigualdades regionais que assolam o Brasil, muito especialmente no âmbito da saúde pública. A presença de Universidades de Medicina nos municípios do interior do Brasil vem mudando essa perspectiva, mas não se demonstrou suficiente para manter os recursos humanos necessários para o pleno desenvolvimento dos serviços de saúde nessas localidades.

A busca pela democratização do ensino público superior passa por esse processo de interiorização com a garantia da presença de estudantes dessas cidades, razão pela qual políticas públicas devem ser desenvolvidas de modo a garantir a manutenção de Universidades em localidades fora das capitais, e mais ainda, buscar garantir a permanência de profissionais de diversas áreas nessas cidades, o que acarreta em expressivas mudanças e impactos no espaço intraurbano e regional, promovendo crescente desenvolvimento social, econômico e cultural nessas regiões.

Tal mecanismo tem se demonstrado valioso meio de inclusão, pois cria possibilidades de acesso ao ensino superior por estudantes que vivenciaram a realidade dessas regiões desde o ensino fundamental e médio, sabendo de suas limitações e necessidades, aptos, portanto, a contribuir com o desenvolvimento regional por profissionais devidamente qualificados.

Pelo exposto, conclui-se que a bonificação regional é fator de extrema relevância para que haja incremento do capital humano necessário ao pleno desenvolvimento de diversas regiões do país que, pela distância dos grandes centros, oferecem recursos para a formação superior, mas acabam por não usufruir desses recursos. A medida acaba por dissipar a desigualdade no acesso à Universidade, disparidade que deve ser mitigada por ações afirmativas como o bônus de inclusão.

Sugerimos, portanto, a adoção de medidas que garantam a preservação do bônus de inclusão regional nas Universidades que adotem o referido sistema, bem como a elaboração de ato normativo que regule a referida ação afirmativa, preservando a autonomia das instituições superiores de ensino.

ANÁLISE

3. Preliminarmente, cumpre esclarecer as diferenças entre (i) os meios pelos quais as instituições ofertam suas vagas em cursos de educação superior e (ii) as modalidades por meio das quais a ocupação das vagas pelos candidatos ocorre.

4. Em relação ao item (i), e observado o disposto no art. 44, II, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, **as instituições federais de educação superior (IFES) ofertam vagas por meio de processos seletivos, que podem ser processos seletivos próprios das referidas instituições (em geral, o vestibular), bem como por meio do Sistema de Seleção Unificada (Sisu), ou ainda outro processo de seleção tal como PAES (Processo seletivo de Acesso à Educação Superior), PAS (Programa de Avaliação Seriada), etc.**

5. A escolha do processo de seleção que resultará na ocupação de suas vagas sempre estará adstrita à autonomia da universidade, nos termos do art. 207 da Constituição Federal.

6. Em relação ao item (ii) os candidatos, ao se inscreverem nos processos seletivos de acesso à educação superior, podem optar por concorrer a vagas [a] em razão do disposto na Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, [b] em razão de políticas de ações afirmativas que eventualmente tenham adotado ou [c] em ampla concorrência. Para tanto, devem observar as regras de cada modalidade de concorrência para a qual se inscrevem, e se atendem os critérios definidos em legislação própria e/ou nos editais das instituições para as quais se inscrevem.

7. Em todos os casos, as regras referentes à oferta e ocupação das vagas pelas IFES **constituem responsabilidade exclusiva das próprias instituições**, visto que as vagas pertencem a elas, inclusive no que diz respeito ao disposto na Lei nº 12.711, de 2012, a qual, claramente, no *caput* do seu art. 1º, as definem como os seus destinatários:

Art. 1º **As instituições federais de educação superior vinculadas ao Ministério da Educação** reservarão, em cada concurso seletivo para ingresso nos cursos de graduação, por curso e turno, no mínimo 50% (cinquenta por cento) de suas vagas para estudantes que tenham cursado integralmente o ensino médio em escolas públicas.

Parágrafo único. No preenchimento das vagas de que trata o caput deste artigo, 50% (cinquenta por cento) deverão ser reservados aos estudantes oriundos de famílias com renda igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo (um salário-mínimo e meio) per capita.

(...) (grifamos)

8. Como será adiante esclarecido, a oferta de vagas por meio de políticas de ações afirmativas que eventualmente as IFES tenham adotado também decorre do princípio da autonomia universitária, nos termos do art. 207 da Constituição Federal.

DO SISTEMA DE SELEÇÃO UNIFICADA (SISU)

9. Dentre os meios de oferta de suas vagas, as IFES contam com o Sistema de Seleção Unificada (Sisu), sistema informatizado gerido pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, por meio do qual são selecionados estudantes a vagas em cursos de graduação disponibilizados pelas instituições públicas e gratuitas de educação superior que dele participarem.

10. Portanto, desde já deve-se esclarecer que o Sisu não é um programa educacional, mas apenas uma ferramenta, um sistema informatizado que potencializa a oferta de vagas e a seleção de estudantes pelas instituições participantes. Nesse sentido, o Sisu apenas organiza a oferta, conferindo maior transparência, e a demanda de vagas na educação superior em

instituições públicas e gratuitas, sejam elas federais ou estaduais.

11. Os estudantes são classificados com base nos resultados obtidos no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), conforme dispõe o § 1º do art. 2º da Portaria Normativa MEC nº 21, de 5 de novembro de 2012:

Art. 2º O SisU é o sistema por meio do qual são selecionados estudantes a vagas em cursos de graduação disponibilizadas pelas instituições públicas e gratuitas de ensino superior que dele participarem.

§ 1º O processo de seleção dos estudantes para as vagas disponibilizadas por meio do SisU é autônomo em relação àqueles realizados no âmbito das instituições de ensino superior, e será efetuado exclusivamente com base nos resultados obtidos pelos estudantes no Exame Nacional do Ensino Médio - Enem.

§ 2º A Secretaria de Educação Superior - SESu dará publicidade, por meio de editais, aos procedimentos relativos à adesão das instituições públicas e gratuitas de ensino superior e aos processos seletivos do SisU.

12. Assim, a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, como gestora do SisU, apenas utiliza os resultados do Enem para a seleção de estudantes por meio do sistema, procedimento esse totalmente automático, não tendo qualquer gerência sobre o referido Exame.

a. Da participação das instituições de educação superior públicas e gratuitas para ofertar vagas por meio do SisU

13. A participação das instituições públicas e gratuitas de educação superior é formalizada por meio da assinatura de Termo de Adesão a cada edição do processo seletivo do SisU, visto que se trata de ato volitivo em razão da autonomia universitária que lhes confere o art. 207 da Constituição Federal, observado o disposto no art. 4º da Portaria Normativa MEC nº 21, de 2012:

Art. 4º A participação das instituições públicas e gratuitas de ensino superior no SisU será formalizada por meio da assinatura de Termo de Adesão, que observará o disposto nesta Portaria.

§ 1º O Termo de Adesão deverá ser assinado eletronicamente, utilizando assinatura eletrônica disponibilizada pelo sistema do SisU, de acordo com o perfil de acesso identificado e exigido.

§ 2º Para fins do processo seletivo do SisU serão consideradas as informações constantes do Termo de Adesão.

§ 3º As informações divulgadas em editais próprios das instituições de ensino e em suas páginas eletrônicas na internet deverão estar em estrita conformidade com o disposto nesta Portaria e no Termo de Adesão.

§ 4º Somente poderão preencher o Termo de Adesão para participação de nova edição de processo seletivo do SisU as instituições que tenham encerrado, no SisUGestão, a ocupação de vagas referente à última edição de processo seletivo da qual tenham participado.

§ 5º Ao assinarem o Termo de Adesão, a cada edição dos processos seletivos do SisU, as instituições federais de educação superior - IFES afirmam e reconhecem que é de sua exclusiva, irrestrita e intransferível responsabilidade o cumprimento do disposto na Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, que a elas se destina, independentemente do número de vagas disponibilizado pelo SisU ou por outro meio de oferta de vagas. (Redação dada pela Portaria nº 493, de 22 de maio de 2020)

14. Observa-se que o disposto na Portaria Normativa MEC nº 21, de 2012, visa a estabelecer regras e procedimentos necessários a qualquer processo seletivo, tanto para a oferta das vagas, como para a procura dessas pelos estudantes no decorrer da realização do processo seletivo.

15. Compete ainda às instituições participantes, a cada edição do SisU, especificar em seu Termo de Adesão, informações decorrentes de sua autonomia universitária, sobretudo aquelas referentes ao número de vagas a serem ofertadas por meio do SisU em cada curso e turno, bem como a bonificação decorrente de políticas específicas de ações afirmativas eventualmente adotadas, consoante dispõe o inciso III do art. 5º da Portaria Normativa MEC nº 21, de 2012:

Art. 5º No Termo de Adesão, a instituição deverá descrever as condições específicas de concorrência às vagas por ela ofertadas no âmbito do SisU, devendo conter especialmente:

I - os cursos e turnos participantes do SisU, presenciais ou na modalidade a distância, com os respectivos semestres de ingresso e número de vagas;

II - o número de vagas reservadas em decorrência do disposto na Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, observada a regulamentação em vigor, quando se tratar de instituições federais de ensino vinculadas ao MEC, destacando, quando for o caso, o número de vagas reservadas exclusivamente para os indígenas;

III - o número de vagas e as eventuais bonificações à nota do estudante no Enem decorrentes de políticas específicas de ações afirmativas eventualmente adotadas pela instituição;

IV - os pesos e as notas mínimas eventualmente estabelecidos pela instituição de ensino referentes às provas do Enem, em cada curso e turno; e

V - os documentos necessários para a realização da matrícula ou do registro acadêmico dos estudantes selecionados, inclusive aqueles necessários à comprovação do preenchimento dos requisitos exigidos:

a) pela Portaria Normativa nº 18, de 11 de outubro de 2012, no caso das instituições federais de ensino vinculadas ao MEC; e

b) pelos atos internos das instituições de ensino que disponham sobre as políticas de ações afirmativas suplementares ou de outra natureza, eventualmente adotadas pela instituição

Parágrafo único. Não poderão ser oferecidas, por meio do SisU, vagas em cursos que exijam teste de habilidade específica. (Grifamos)

16. Como se percebe da leitura do supracitado art. 5º, I, da Portaria Normativa MEC nº 21, de 2012, as instituições participantes não estão obrigadas a ofertar a totalidade das vagas autorizadas pelo Ministério da Educação por meio do SisU.

17. No entanto, em razão do disposto na Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, a qual dispõe sobre a reserva de vagas nas instituições e institutos federais, caso a instituição opte por ofertar parte de suas vagas por meio do SisU e outra parte por meio de processo seletivo próprio, deverá observar o percentual mínimo exigido pela referida legislação em seu processo seletivo, visto que tal procedimento já ocorre automaticamente nas vagas ofertadas por meio do SisU.

b. Da autonomia das universidades para definir as políticas de ações afirmativas nas vagas ofertadas por meio do SisU

18. Quanto à oferta de vagas realizadas pelas IFES por meio do SisU em razão de políticas específicas de ações afirmativas que eventualmente tenham adotado, tal opção constitui ato oriundo da autonomia que as universidades detêm, competindo às referidas instituições dar publicidade, em edital próprio, acerca das ações adotadas e dos documentos necessários à comprovação do preenchimento dos requisitos exigidos pelas referidas políticas, nos termos dos artigos 8º e 9º da Portaria Normativa MEC nº 21, de 2012.

19. A reserva de vagas em razão de políticas específicas de ações afirmativas eventualmente adotadas pelas instituições pode ocorrer de dois modos, conforme inciso III, do art. 5º da Portaria Normativa MEC nº 21, de 2012:

(i) pela reserva de vagas; ou

(ii) pela atribuição de um bônus à nota obtida no Enem pelo estudante que tenha optado por concorrer à ação afirmativa adotada pela instituição.

20. No caso (i), é criada uma cota específica para atender a referida ação afirmativa à parte das vagas reservadas em razão da Lei nº 12.711, de 2012, e daquelas ofertadas em ampla concorrência, observando-se sempre o número de vagas autorizadas para cada curso e turno.

21. **No caso (ii), não existe a criação de uma cota específica, visto que os estudantes inscritos na modalidade de ação afirmativa por bonificação concorrem com os demais candidatos inscritos às vagas de ampla concorrência e suas notas recebem uma bonificação em forma de percentual sobre as notas obtidas no Enem.**

22. É necessário frisar a esse respeito que **a competência para definição das políticas de ações afirmativas é exclusiva das instituições, seja por meio do SisU ou por meio de processos seletivos próprios, tendo em vista que são as instituições que possuem a autonomia para adotar ou não uma determinada ação afirmativa. Diante desse cenário, fica evidenciada a autonomia das universidades para definir critérios de bonificação a serem aplicados para candidatos que atendam suas políticas de ação afirmativa.**

23. Resulta, portanto, que a definição de ações afirmativas próprias encontra-se no escopo da autonomia de cada universidade federal, contanto sejam garantidos e adimplidos os percentuais de reserva de vagas da Lei nº 12.711, de 2012, bem como os seus comandos legais.

24. Por oportuno, **é necessário também esclarecer que não cabe ao MEC, no âmbito do SisU, que é apenas um sistema informatizado (e não um indutor e nem um programa educacional de acesso à educação superior), restringir a aplicação de critérios adotados ou não para distribuição de vagas ou quaisquer outros que influenciem nessa distribuição em respeito ao princípio constante do art. 207 da Constituição Federal. No processo de seleção do Sistema, tão somente se aplicam os critérios definidos pelas instituições, visto que as vagas lhes pertencem e não a este Ministério.**

DA INDICAÇÃO PARLAMENTAR

25. A partir das informações ora prestadas, **nomeadamente quanto à atribuição exclusiva das IFES na oferta de vagas em razão de políticas de ação afirmativa que eventualmente tenham adotado, por meio de bonificação das notas dos candidatos inscritos a essas vagas, e pelo fato de que o SisU não constitui um indutor ou um programa educacional de acesso à educação superior, mas tão somente um sistema informatizado**, tem-se claro que as regras de oferta das vagas para além daquelas que devem ser reservadas em razão do disposto na Lei nº 12.711, de 2012, são de exclusiva responsabilidade das instituições, consoante o disposto no art. 207 da Constituição Federal.

26. Por serem as vagas ofertadas por meio do SisU ou por meio de processo seletivo próprio das instituições pertencentes às mesmas, e não ao MEC, competem às referidas instituições prestarem os devidos esclarecimentos acerca da opção por bonificação de suas notas em razão de políticas de ação afirmativa que tenham adotado e no percentual que o fazem.

27. De fato, de acordo com o art. 207 da Constituição, as universidades são dotadas de autonomia, que possui três dimensões: a didático-pedagógica, a administrativa e a de gestão financeira. Essas dimensões apontam para a concretização da finalidade maior das universidades que é a liberdade de ação e pensamento na consecução de seu princípio maior, também consagrado no mesmo artigo da Constituição, qual seja: o da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

28. A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) estabelece em seu art. 44 como requisitos para ingresso na educação superior a conclusão de ensino médio ou equivalente e a classificação em processo seletivo. Ambos os requisitos são cumulativos:

Art. 44. A educação superior abrangerá os seguintes cursos e programas:

I - cursos sequenciais por campo de saber, de diferentes níveis de abrangência, abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos pelas instituições de ensino, desde que tenham concluído o ensino médio ou equivalente;

II - de graduação, abertos a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo;

- III - de pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino;
- IV - de extensão, abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos em cada caso pelas instituições de ensino. (Grifamos)
29. Ademais, ainda no âmbito da Lei nº 9.394, de 1996, o seu artigo 53, de maneira exemplificativa, apresenta a previsão normativa da autonomia universitária, nos seguintes termos:
- Art. 53. No exercício de sua autonomia, são asseguradas às universidades, sem prejuízo de outras, as seguintes atribuições:
- I - criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta Lei, obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino;
- II - fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes;
- III - estabelecer planos, programas e projetos de pesquisa científica, produção artística e atividades de extensão;
- IV - fixar o número de vagas de acordo com a capacidade institucional e as exigências do seu meio;
- V - elaborar e reformar os seus estatutos e regimentos em consonância com as normas gerais atinentes;**
- VI - conferir graus, diplomas e outros títulos;
- VII - firmar contratos, acordos e convênios;
- VIII - aprovar e executar planos, programas e projetos de investimentos referentes a obras, serviços e aquisições em geral, bem como administrar rendimentos conforme dispositivos institucionais;
- IX - administrar os rendimentos e deles dispor na forma prevista no ato de constituição, nas leis e nos respectivos estatutos;
- X - receber subvenções, doações, heranças, legados e cooperação financeira resultante de convênios com entidades públicas e privadas.
- Parágrafo único. Para garantir a autonomia didático-científica das universidades, caberá aos seus colegiados de ensino e pesquisa decidir, dentro dos recursos orçamentários disponíveis, sobre:
- I - criação, expansão, modificação e extinção de cursos;
- II - ampliação e diminuição de vagas;
- III - elaboração da programação dos cursos;
- IV - programação das pesquisas e das atividades de extensão;
- V - contratação e dispensa de professores;
- VI - planos de carreira docente. (Grifamos)
30. Como se constata, as instituições de ensino superior possuem prerrogativas para definir e estabelecer suas diretrizes nos processos seletivos para ingresso nos cursos de graduação. Interferir no campo de decisão discricionária das instituições representa afronta ao preceito constitucional, à LDB e aos fundamentos nos quais se assenta a estrutura da educação superior.
31. Em sua exposição, o parlamentar indica que *"(...) a bonificação regional é fator de extrema relevância para que haja incremento do capital humano necessário ao pleno desenvolvimento de diversas regiões do país que, pela distância dos grandes centros, oferecem recursos para a formação superior, mas acabam por não usufruir desses recursos. A medida acaba por dissipar a desigualdade no acesso à Universidade, disparidade que deve ser mitigada por ações afirmativas como o bônus de inclusão"*.
32. Nada obstante, deve-se também destacar que, como política de estado, a mobilidade na educação superior também encontra amparo na Estratégia 12.12 da Meta 12 do PNE 201/2024, que dispõe sobre a consolidação e ampliação de programas e ações de incentivo à mobilidade estudantil e docente em cursos de graduação e pós-graduação, em âmbito nacional e internacional, tendo em vista o enriquecimento da formação de nível superior:
- (...)
- 12.12) consolidar e ampliar programas e ações de incentivo à mobilidade estudantil e docente em cursos de graduação e pós-graduação, em âmbito nacional e internacional, tendo em vista o enriquecimento da formação de nível superior;
- (...)
33. Oportuno destacar que a Lei nº 9.394, de 1996, em seu art. 16, cita os níveis de alcance do sistema federal de ensino:
- Art. 16. O sistema federal de ensino compreende:
- I - as instituições de ensino mantidas pela União;
- II - as instituições de educação superior mantidas pela iniciativa privada; [\(Redação dada pela Lei nº 13.868, de 2019\)](#)
- III - os órgãos federais de educação.
- Art. 17. Os sistemas de ensino dos Estados e do Distrito Federal compreendem:
- I - as instituições de ensino mantidas, respectivamente, pelo Poder Público estadual e pelo Distrito Federal;
- II - as instituições de educação superior mantidas pelo Poder Público municipal;
- III - as instituições de ensino fundamental e médio criadas e mantidas pela iniciativa privada;
- IV - os órgãos de educação estaduais e do Distrito Federal, respectivamente.
- Parágrafo único. No Distrito Federal, as instituições de educação infantil, criadas e mantidas pela iniciativa privada, integram seu sistema de ensino.
- (...)
34. A mobilidade de estudantes no ensino superior pode ser vista como um fator positivo ao desenvolvimento do país. Em particular, cabe assinalar o quanto essa movimentação é benéfica para as instituições situadas em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos na medida em que a matrícula de estudantes mais qualificados vindos desses centros pode contribuir para o incremento dos resultados finais dessas instituições. Também, e, por extensão, pode criar a permanência de pessoal mais qualificado nas regiões em que estudam.
35. Essa melhora gera reflexos em todo o desenvolvimento local e, uma vez analisada no contexto nacional, a mobilidade proporciona maior desenvolvimento para o país como um todo.
36. O sentido inverso também é importante, ao possibilitar que estudantes de regiões menos desenvolvidas se dirijam para estudar em centros urbanos com domínio tecnológico/infraestrutura/condições/recursos, influiu positivamente no aprimoramento e maior desenvolvimento de suas regiões de origem ao concluírem suas graduações.
37. O quadro a seguir, referente à 1ª edição do processo seletivo do Sisu de 2022, apresenta uma amostra representativa da oferta das vagas ofertadas pelas universidades que participaram da referida edição do Sistema de Seleção Unificada, considerando, para tanto, a unidade federativa de origem do matriculado (estado de origem do candidato) e a unidade federativa de realização da matrícula (estado onde se localiza a instituição).
38. A opção pela utilização da 1ª edição do processo seletivo do Sisu de 2022 encontra-se no fato de que os dados referentes às edições dos processos seletivos do Sisu no ano de 2023 ainda não foram totalmente disponibilizados pelas IFES e pode não representar a real situação de mobilidade que se pretende apresentar.
- Sisu - Sistema de Seleção Unificada
- Edição: 1/2022
- Referência: 07/08/2023
- Assunto: Relatório de mobilidade Geral

	UF de origem do	UF de realização da matrícula																				Total Geral	Matricula dos na UF de origem	Matricula dos fora da UF de							
		AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PB	PE	PI	PR	RJ	RN				RO	RR	RS	SC	SE	SP	TO
UF de origem do matriculado	AC	1609	0	0	0	1	5	0	1	5	0	8	0	5	0	13	1	0	3	0	4	0	0	3	8	0	0	0	1666	1609	57
	AL	1	4286	0	0	21	1	0	0	0	0	10	2	1	0	16	67	0	3	5	9	0	0	6	5	41	6	0	4480	4 286	194
	AM	65	11	224	0	5	12	1	3	8	3	21	7	20	4	18	8	3	29	22	13	0	40	43	38	5	18	1	622	0	398
	AP	1	1	0	1005	1	3	0	0	3	2	2	4	2	3	5	1	0	7	3	5	0	0	6	14	2	1	1	1072	1005	67
	BA	2	68	0	0	8813	30	2	56	74	6	206	8	14	0	72	480	20	27	49	34	0	2	45	32	336	121	12	10509	8 813	1696
	CE	1	24	0	2	24	9568	4	1	10	10	30	4	7	2	324	83	192	16	29	515	0	0	12	12	22	34	4	10930	9 568	1362
	DF	3	22	1	1	37	10	558	3	369	13	129	4	21	3	65	24	18	23	62	20	0	2	56	26	12	51	12	1545	558	987
	ES	0	6	0	0	29	3	2	2870	4	2	275	3	2	0	5	12	1	5	94	7	0	0	21	6	3	51	0	3401	2 870	531
	GO	2	3	0	0	25	3	51	0	4641	7	223	26	90	3	17	5	6	27	30	11	0	1	32	30	3	61	53	5350	4 641	709
	MA	0	6	1	2	9	20	1	2	39	3410	19	6	20	32	40	15	674	12	17	16	0	3	19	16	6	20	34	4439	3 410	1029
	MG	2	30	0	2	121	14	12	166	137	8	18922	37	40	2	46	33	7	62	300	33	0	3	108	59	15	299	4	20462	18 922	1540
	MS	2	3	0	0	2	2	1	2	10	1	29	2209	32	0	6	3	0	43	6	1	0	4	18	20	1	41	0	2436	2 209	227
	MT	1	5	0	2	1	0	1	1	55	1	58	32	2540	1	11	3	3	45	14	8	0	0	32	18	4	29	1	2866	0	326
	PA	1	21	6	55	10	20	6	7	68	38	58	15	42	2671	30	16	25	32	23	20	0	8	58	134	0	23	23	3410	2 671	739
	PB	2	4	0	1	8	9	0	0	0	2	14	4	1	1	10343	107	3	3	7	152	0	0	5	6	2	9	0	10693	10 343	340
	PE	1	143	0	1	274	57	0	1	4	10	28	7	5	1	988	12866	12	7	13	40	0	0	13	13	17	29	5	14536	12 866	1689
	PI	1	7	1	0	36	86	3	1	13	46	20	2	3	0	62	78	5188	9	12	24	0	1	14	11	8	29	5	5640	5 189	451
	PR	2	5	0	0	10	2	3	1	12	2	37	35	21	2	7	14	0	5649	15	8	0	0	98	162	2	75	0	6156	5 643	513
	RJ	2	10	1	1	43	17	1	79	14	5	565	23	21	1	50	33	7	45	14534	32	0	4	115	56	16	113	3	15791	14 534	1267
	RN	1	5	0	1	2	25	0	0	2	3	8	1	4	0	352	39	2	7	13	10519	0	0	10	7	3	16	1	11021	10 519	502
RO	11	5	1	0	1	3	0	5	6	2	32	6	44	0	16	4	1	26	4	9	0	2	9	14	0	9	0	210	0	210	
RR	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	1	0	2	4	1	1	1	0	0	0	489	6	1	0	3	0	516	489	27	
RS	0	7	0	0	5	9	4	2	4	3	19	8	11	1	17	9	1	42	27	7	0	0	7188	299	3	24	1	7691	7 188	503	
SC	1	2	1	2	6	1	0	0	6	1	14	6	12	3	5	5	1	193	11	5	0	2	144	2433	3	26	0	2883	2 433	450	
SE	0	78	0	0	34	7	0	0	2	0	11	1	1	0	11	18	1	2	4	8	0	0	4	12	4264	18	0	4476	0	212	
SP	6	55	0	2	130	55	13	45	151	17	2889	277	123	6	143	129	24	1155	447	94	0	6	469	490	55	8414	7	15202	8 414	6788	
TO	0	3	0	0	3	4	0	2	63	10	24	4	6	14	9	4	1	7	1	1	0	0	5	5	2	7	500	775	600	175	
Total Geral		1 717	4 810	236	1 077	9 652	9 947	663	3 248	5 700	3 603	#####	2 732	3 088	2 752	12 675	14 058	6 192	7 473	15 742	11 595	0	567	8 539	3 927	4 825	9 527	767	168 767	138 780	22 959
Matricula dos de		108	524	12	72	839	379	105	378	1 059	193	4 733	523	548	81	2 332	1 192	1 003	1 830	1 208	1 076	0	78	1 351	1 494	561	1 113	167			
% Matricula dos de		6%	11%	5%	7%	9%	4%	16%	12%	19%	5%	20%	19%	18%	3%	18%	8%	16%	24%	8%	9%	####	14%	16%	38%	12%	12%	22%			

39. Observa-se que, na maior parte dos casos, a mobilidade proporcionada pelo Sisu é contígua, ou seja, as matrículas realizadas em determinado estado por estudantes de outra unidade federativa estão condicionadas, sobretudo, à proximidade geográfica.
40. No exemplo referente ao estado de Pernambuco, extrai-se da tela acima que 12.866 matrículas foram realizadas por estudantes do próprio estado (92%) e 1.192 matrículas foram realizadas por estudantes oriundos de outros estados da federação, ou seja, 8% das matrículas realizadas por meio da oferta de vagas pelas IFES no Sisu 2022/1.
41. Já 1.669 estudantes oriundos do estado de Pernambuco realizaram matrículas em outros estados da federação.
42. Ou seja, houve mais estudantes pernambucanos matriculando-se em cursos de IFEs que participaram do Sisu 2022/1 de outros estados da federação do que o oposto.
43. Deflui-se desses dados que a mobilidade na educação superior no exemplo dado em relação ao estado de Pernambuco, constitui um fator importante para a expansão das experiências e vivências acadêmicas, além de seus reflexos no futuro profissional dos estudantes da referida unidade federativa que se matricularam em cursos das diversas outras unidades federativas.
44. Ademais, nas demais configurações de inscrição, observa-se cenário próximo a esse, em que o maior percentual dessas inscrições foram realizadas por candidatos oriundos do mesmo estado da federação ou de estados contíguos.

CONCLUSÃO

45. Por todo o exposto, destaca-se que as regras de bonificação informadas pelas IFES em seus Termos de Adesão a cada edição do processo seletivo do Sisu para oferta de suas vagas continuam a existir, uma vez que há uma série de outras políticas afirmativas que visam a beneficiar grupos cujas políticas afirmativas adotadas pelas instituições a estes se referem.
46. No entanto, no que tange especificamente à adoção de bonificação em razão de oferta de vagas para inclusão regional, e como devidamente esclarecido, tal opção **trata-se de exclusiva competência das instituições federais, amparadas em sua autonomia universitária**, sendo que a adoção de ato normativo para regulamentar a questão **conflita com o disposto no artigos 3º, inciso IV, e no art. 19, inciso III, da Constituição Federal**.
47. Por tais razões, competirá sempre ao Poder Judiciário, em última análise, a averiguação da legalidade e constitucionalidade quanto à adoção das regras de bonificação em referência às cotas regionais, visto que se trata de tema que pode fugir à discricionariedade conferida às instituições de ensino superior em razão do art. 207 da Constituição Federal.

Brasília, 24 de agosto de 2023.

DENISE PIRES DE CARVALHO
Secretária de Educação Superior

Documento assinado eletronicamente por **Denise Pires de Carvalho, Secretário(a)**, em 24/08/2023, às 19:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento da Portaria nº 1.042/2015 do Ministério da Educação.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mec.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4267018** e o código CRC **562322A5**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

PARECER TÉCNICO Nº 289/2023-CGSPD/DAET/SAES/MS

1. **DOS FATOS**

1.1. Trata-se do Despacho GAB/SAES que encaminha a Indicação Parlamentar nº 58/2023 ([0034868037](#)), de autoria do Deputado Federal Murillo Gouvea, o qual "Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, relativa à sugestão de instalação de centros de atendimento especializados para assistência às pessoas com Transtorno do Espectro Autista".

2. **FUNDAMENTAÇÃO NORMATIVA**

2.1. [Lei 8.069 de 13 de julho de 1990](#) que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente;

2.2. [Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

2.3. [Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003](#), que instituiu o Estatuto da Pessoa Idosa e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência;

2.4. [Lei 13.146, de 6 de julho de 2015](#), que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

2.5. [Lei Federal nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012](#), que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), e a partir de então a pessoa com autismo passou a ser considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais;

2.6. [Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, ANEXO VI](#), que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

2.7. [Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU](#) - de 13 de dezembro de 2006.

3. **ANÁLISE**

3.1. A [Constituição de 1988](#), a [Lei 8.069 de 13 de julho de 1990](#) que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente, a [Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003](#), que instituiu o Estatuto da Pessoa Idosa e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, instituída pela [Lei 13.146, de 6 de julho de 2015](#) são leis que garantem direitos e obrigações em relação aos cuidados de saúde às pessoas com deficiência nos diferentes contextos e ciclos de vida. Em observância ao arcabouço legal, o Governo Federal tem buscado, por meio da formulação de políticas públicas, promover a ampliação do acesso à saúde às pessoas com deficiência, com respeito à sua autonomia e em prol de sua inclusão social. Em se tratando especificamente dos direitos das pessoas com autismo, o governo brasileiro instituiu, por meio da [Lei Federal nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012](#), a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e a partir de então a pessoa com autismo passou a ser considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

3.2. No tocante às diretrizes da [Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista](#) está prevista a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA, com vistas a intersectorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas para o atendimento a essas pessoas, além de prever a atenção integral quanto às necessidades de cada indivíduo, objetivando o diagnóstico precoce e a oferta de atendimento multiprofissional, conforme dispõe a [Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012](#), art. 2º:

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

I - a intersectorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

(..)

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes.

3.3. Deste modo, é imperativo ao Governo Federal qualificar políticas públicas para o cuidado às pessoas com autismo e suas famílias e, neste sentido, há o entendimento de que a Indicação Parlamentar n.º 58/2023 ([0034868037](#)) tem mérito intencional, pois tem o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado a essas pessoas. Contudo, verifica-se a necessidade de fazer algumas ressalvas em relação ao seu texto.

3.4. A primeira delas é relativa à criação "centros de atendimento especializados para assistência às pessoas com Transtorno do Espectro Autista", visto que o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, já dispõe de pontos de atenção que ofertam cuidado às pessoas com deficiência, incluindo-se as pessoas com TEA e suas famílias, em observância aos princípios da integralidade, universalidade e equidade, e que tem como premissa a articulação com demais serviços de saúde com vistas à garantir a assistência integral.

3.5. A segunda ressalva refere-se à capacitação de recursos humanos, pois esta é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (intituida pela Portaria GM/MS Nº 1060 de 5 de junho de 2002, atualmente consolidada na [Portaria de Consolidação Nº 02/2017](#)), cujo objetivo é garantir o direito ao atendimento de saúde e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar.

3.6. Na Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado integral à saúde das pessoas com deficiência pode ser realizado no âmbito das ações da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (intituida pela Portaria GM/MS Nº 1060 de 5 de junho de 2002, atualmente consolidada na [Portaria de Consolidação Nº 02/2017](#)), que se desenvolve por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída em 2012 por meio da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (atualmente consolidada na [Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28/09/2017, Anexo VI, Capítulo I](#)).

3.7. Dentre os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito da Atenção Especializada, destacam-se os Centros Especializados em Reabilitação (CER), que são pontos de atenção ambulatorial especializados que realizam diagnóstico e tratamento, além de concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde para atendimento às pessoas com deficiência. O CER é classificado conforme o quantitativo de modalidades de serviço de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) em que foi habilitado pelo Ministério da Saúde: CER II, CER III e CER IV. Além dos CERs, os usuários que demandem cuidados ambulatoriais em reabilitação poderão também ser atendidos em outros pontos de atenção da RCPD, os quais incluem os estabelecimentos credenciados pelas Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal como serviços de reabilitação nas modalidades Auditiva, Física, Intelectual e Visual.

3.8. Dito isso, resta claro que as atribuições que seriam previstas para os "centros de atendimento especializados para assistência às pessoas com Transtorno do Espectro Autista" referidos na Indicação Parlamentar n.º 58/2023 ([0034868037](#)), são desempenhadas pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER) para todas as pessoas com deficiência e familiares, incluindo-se as pessoas com TEA. Assim como também o cuidado com essas pessoas pode ser compartilhado com serviços do âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse sentido, criar "centros de atendimento especializados para assistência às pessoas com Transtorno do Espectro Autista" configura-se sobreposição e duplicidade

de competências para o cuidado às pessoas com TEA e seus familiares, além da fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas na Rede de Atenção à Saúde, resultando em prejuízos no cuidado às pessoas com TEA, seus familiares e cuidadores e ineficiência na gestão dos recursos (físicos, financeiros e humanos) do Sistema Único de Saúde, reduzindo assim a capacidade do SUS de prover integralidade na atenção à saúde dessas pessoas.

3.9. Os serviços de reabilitação da RCPD prestam atendimento e tem como responsabilidade elaborar linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento singular no âmbito do projeto terapêutico voltadas à funcionalidade, cognição, linguagem, sociabilidade e ao desempenho de habilidades necessárias para pessoas com deficiência, seja intelectual, com Transtorno do Espectro Autista ou outras condições de deficiência. Ademais, vale salientar que, para que seja efetiva a atenção integral à pessoa com transtorno do espectro do autismo e seus familiares e cuidadores, as ações em saúde do âmbito da RCPD devem estar articuladas a outras Redes de Atenção à Saúde (RAS), destacando-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como incluir ações intersetoriais que envolvam as redes de proteção social e de educação.

4. CONCLUSÃO

4.1. Ante o exposto, a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência reafirma o compromisso do Ministério da Saúde com os princípios e diretrizes do SUS estabelecidos pela [Constituição da República Federativa do Brasil de 1988](#), a [Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulamenta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece as competências da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como a [Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU](#), a [Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015](#) - Lei Brasileira de Inclusão, [Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista \(Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012\)](#) e demais legislações e normativas que visam a promover e assegurar os direitos das pessoas com deficiência.

4.2. Por fim, esta Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência informa que em face dos argumentos expostos, considerando as atribuições e competências desta Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, a CGSPD/DAET/SAES/MS não acolhe a Indicação Parlamentar nº 58/2023 ([0034868037](#)) tendo em vista os argumentos apresentados na análise acima, de que os Centros Especializados em Reabilitação, estabelecimentos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, assim como os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, já desempenham esse atendimento para o cuidado às pessoas com TEA e seus familiares. Entende-se que a criação de um "centro de atendimento especializado para assistência às pessoas com Transtorno do Espectro Autista" não traz inovações significativas ou a garantia de novo direitos a essas pessoas, além de acarretar a fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas na Rede de Atenção à Saúde, possivelmente resultando em prejuízos no cuidado às pessoas com TEA, seus familiares e cuidadores e ineficiência na gestão dos recursos (físicos, financeiros e humanos) do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.3. Restitua-se ao GAB/SAES para prosseguimento junto à ASPAR/MS, conforme solicitado no Despacho GAB/SAES ([0034912384](#)).

ARTHUR MEDEIROS

Coordenador-Geral

Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - CGSPD/DAET/SAES/MS

SUZANA RIBEIRO

Diretora

Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Arthur de Almeida Medeiros, Coordenador(a)-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência**, em 31/07/2023, às 19:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Suzana Cristina Silva Ribeiro, Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática**, em 10/08/2023, às 22:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035007912** e o código CRC **9D2AD83F**.

Referência: Processo nº 25000.104169/2023-63

SEI nº 0035007912

Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - CGSPD
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br

Criado por [anac.torres](#), versão 46 por [arthur.medeiros](#) em 31/07/2023 19:32:47.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO DE
CONTINGÊNCIA
PARA RESPOSTA ÀS
EMERGÊNCIAS EM
SAÚDE PÚBLICA
POR **DENGUE,**
CHIKUNGUNYA
E **ZIKA**

Brasília DF 2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

PLANO DE
CONTINGÊNCIA
PARA RESPOSTA ÀS
EMERGÊNCIAS EM
SAÚDE PÚBLICA
POR **DENGUE**,
CHIKUNGUNYA
E **ZIKA**



2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis

Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses

SRTVN, quadra 701, lote D, Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>

E-mail: arboviroses@saude.gov.br

Organização-Geral:

Departamento de Imunização e Doenças

Transmissíveis/SVS/MS

Revisão de texto:

Arnaldo Correia De Medeiros – SVS

Carlos Frederico Campelo Melo – Opas

Cássia de Fátima Rangel Fernandes – Deidt/SVS

Cássio Ricardo Ribeiro – Deidt/SVS

Cássio Roberto Leonel Peterka – Cgarb/Deidt/SVS

Fernando Campos Avendano – Conass

José Braz Damas Padilha – Cgarb/Deidt/SVS

Liana Reis Blume – Cgarb/Deidt/SVS

Marília Lavocat Nunes – Cgarb/Deidt/SVS

Rosângela Treichel Saenz Surita – Conasems

Organização de texto:

José Braz Damas Padilha – Cgarb/Deidt/SVS

Marília Lavocat Nunes – Cgarb/Deidt/SVS

Colaboração:

Aline Rapello do Nascimento – Cgarb/Deidt/SVS

Angela Maria Lins – Cgarb/Deidt/SVS

Angela Ribeiro Vargas – FN-SUS/Dahu/Saes

Bárbara Bressani Salvi – Cgemp/Dsaste/SVS

Camila Ribeiro Silva – Cgarb/Deidt/SVS

Claudia Cristina Rodrigues – FN-SUS/Dahu/Saes

Daniel Garkauskas Ramos – Cgarb/Deidt/SVS

Danielle Bandeira Costa Sousa Freire – Cgarb/Deidt/SVS

Danielle Christine Zacarias de Santi – CGURG/Dahu/Saes

Débora Benchimol Ferreira – CGAHD/Dahu/Saes

Emerson Araújo – CGLAB/Daevs/SVS

Fábio Lima Marques – Necom/SVS

José Braz Damas Padilha – Cgarb/Deidt/SVS

Karoliny Evangelista de Moraes – CGGAP/Desf/Saps

Leslie Gomes Leite – CGAHD/Dahu/Saes/MS

Marcela Lopes Santos – Cgarb/Deidt/SVS

Marilane Almeida de Andrade – CGURG/Dahu/Saes

Marília Lavocat Nunes – Cgarb/Deidt/SVS

Marisete Medianeira Dalenogare – CGURG/Dahu/Saes

Noely Fabiana de Oliveira Moura – Cgarb/Deidt/SVS

Poliana Silva Lemos – Cgarb/Deidt/SVS

Priscila Leal Leite – Cgarb/Deidt/SVS

Rafaela dos Santos Ferreira – Cgarb/Deidt/SVS

Sílvia Reis – CGAHD/Dahu/Saes/MS

Sulamita Brandão Barbiratto – Cgarb/Deidt/SVS

Tarciana da Silva Suassuna – FN-SUS/Dahu/Saes

Tatiana Mingote Ferreira de Ázara – Cgarb/Deidt/SVS

Diagramação:

Fred Lobo – Necom/GAB/SVS

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Fábio Alves Lopes – Editora MS/CGDI

Tamires Felipe Alcântara – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis.

Plano de contingência para resposta às emergências em Saúde Pública por dengue, chikungunya e Zika [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

44 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_dengue_chikungunya_zika.pdf

ISBN 978-65-5993-329-7

1. Dengue. 2. Febre de chikungunya. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 616.9

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0417

Título para indexação:

National Contingency Plan for Dengue, Chikungunya and Zika

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	8
3 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES NO NÍVEL FEDERAL	9
4 GESTÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA PARA AS ARBOVIROSES	12
5 MONITORAMENTO DOS CASOS DE ARBOVIROSES TRANSMITIDAS PELO <i>Aedes Aegypti</i> (DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA)	14
5.1 DIAGRAMA DE CONTROLE E CURVA EPIDÊMICA	14
6 AÇÕES PREPARATÓRIAS ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA POR DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA	17
6.1 AÇÕES PREPARATÓRIAS	18
7 CENÁRIOS DE RISCO, NÍVEIS DE ATIVAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA	25
7.1 DENGUE	26
7.2 CHIKUNGUNYA	27
7.3 ZIKA	28
8 AÇÕES EM RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS	29
8.1 NÍVEL 1	29
8.2 NÍVEL 2	33
8.3 NÍVEL 3	36
9 CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA	39
10 SALA DE SITUAÇÃO	40
REFERÊNCIAS	42

APRESENTAÇÃO

Dengue, chikungunya e Zika são arboviroses causadas por vírus transmitidos principalmente pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Em todas as áreas tropicais e subtropicais do mundo, têm sido motivo de apreensão da população e do poder público, em função dos impactos causados à saúde pública e à sociedade, em razão de epidemias recorrentes e do aumento de casos graves e óbitos (BRASIL, 2019a).

As arboviroses, notadamente a dengue, presentes no País há cerca de quatro décadas, são um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, sobretudo com a cocirculação de chikungunya e Zika, a partir de 2015.

Situações como falta de saneamento básico e de abastecimento de água, aumento da população em aglomerados urbanos, do deslocamento intra e interurbano, entre diversos outros fatores, têm contribuído demasiadamente para a permanência do vetor em convívio íntimo com a população. Como consequência dessa relação, tem-se a cada ano o aumento significativo do número de notificações, casos graves e óbitos por arboviroses.

A vigilância e o controle das arboviroses estão relacionados a atividades articuladas entre áreas técnicas do setor saúde e dos setores parceiros (educação, meio ambiente, defesa civil, planejamento, assistência social etc.), participação da sociedade civil e alinhamento dos governos federal, estaduais e municipais.

O Ministério da Saúde (MS), em 2020, ativou Centro de Operações de Emergência de Arboviroses (COE-Arboviroses), devido ao cenário epidemiológico das arboviroses no País, com circulação simultânea dos vírus da dengue (DENV) (com seus quatro sorotipos), chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV), incluindo-se o monitoramento de febre amarela.

Com o novo cenário epidemiológico vivenciado, fez-se necessária a elaboração do **Plano Nacional de Contingência para Emergências em Saúde Pública por Dengue, Chikungunya e Zika**, a partir das orientações e normativas relacionadas ao tema (BRASIL, 2009, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2019a, 2019b; OPAS, 2019a, 2019b) e da colaboração do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e da Organização Pan-americana da Saúde (Opas), com o objetivo de subsidiar e orientar atividades frente ao risco de emergências em saúde pública por surtos ou epidemias de arboviroses.

INTRODUÇÃO

No Brasil, ocorre circulação expressiva dos vírus da dengue (DENV), desde os anos 1980, e da chikungunya (CHIKV) e do Zika (ZIKV), introduzidos no País nos anos de 2014 e 2015. A partir de 2019, evidenciou-se a recirculação no País do sorotipo 2 do vírus da dengue (DENV-2), e registrou-se o aumento de casos de dengue, em geral com maior gravidade.

Múltiplos fatores, que agem simultaneamente em diferentes escalas de espaço e tempo, incidem sobre a transmissão das arboviroses, criando padrões complexos de transmissão, persistência e dispersão. A identificação dos padrões de transmissão e das escalas nas quais operam é uma necessidade urgente imposta pela situação epidemiológica vigente (OPAS, 2019a). Fatores relacionados à infraestrutura urbana e social do País geram condições ideais de proliferação do vetor, como o adensamento dos espaços urbanos e a irregularidade ou a ausência dos serviços públicos de saneamento, como a coleta dos resíduos e o abastecimento de água para consumo; aliados a esses fatores, ainda há maior movimentação de pessoas e bens, alterações ambientais e a resistência a inseticidas.

O **modo de transmissão** dos três arbovírus ao homem é predominantemente por via vetorial, podendo ser também vertical e transfusional e, no caso do Zika, sexual. A transmissão vetorial ocorre pela picada de fêmeas de *Ae. aegypti* infectadas, no ciclo humano-vetor-humano. Esses vírus são mantidos entre mosquitos no ambiente, sendo estes os hospedeiros definitivos.

Os **insetos vetores** de dengue, chikungunya e Zika no Brasil são mosquitos da família Culicidae, pertencentes ao gênero *Aedes*, do subgênero *Stegomyia*. A espécie *Aedes aegypti* é a única comprovadamente responsável pela transmissão dessas arboviroses no Brasil, e pode ser transmissora do vírus da febre amarela em áreas urbanas. No Brasil, o mosquito encontra-se em todas as unidades da Federação (UFs), disperso amplamente em áreas urbanas. A espécie *Aedes albopictus* também é encontrada no País desde 1986, principalmente em ecótopos naturais e em peridomicílios arborizados, mas tem demonstrado elevada capacidade para utilizar ampla variedade de criadouros artificiais no território brasileiro (GOMES *et al.*, 1999). O *Aedes albopictus* tem ampla dispersão, sendo transmissor de dengue, chikungunya e Zika no Sudeste Asiático e encontrado naturalmente infectado por DENV e ZIKV em campo (REZENDE *et al.*, 2020).

Cada arbovirose tem seu período de incubação e transmissibilidade. O **processo de transmissão** compreende um período de incubação intrínseco (PII) – que ocorre no ser humano – e outro extrínseco, que acontece no vetor. Esses períodos se diferenciam de acordo com o vírus envolvido na transmissão e, no caso do período de incubação extrínseco (PIE), também em função da temperatura ambiente.

Em relação ao DENV, o **período de incubação** intrínseco pode variar de quatro a dez dias. Após esse período, inicia-se o período de viremia no homem, que geralmente se inicia um dia antes do aparecimento da febre e se estende até o quinto dia da doença. O período de incubação intrínseco do CHIKV pode variar de 1 a 12 dias. O período de viremia no homem pode perdurar por até dez dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes do aparecimento dos sintomas. O período de incubação intrínseco do ZIKV é de dois a sete dias, em média. Estima-se que o período de viremia no homem se estende até o quinto dia do início dos sintomas.

O *Aedes aegypti* pode adquirir o vírus ao picar uma pessoa no período virêmico, dando início ao PIE. Esse período corresponde ao tempo entre a ingestão de sangue virêmico, pelo mosquito suscetível, até o surgimento de partículas infectantes do vírus na saliva do inseto. Em relação ao DENV e ao ZIKV, o PIE varia de 8 a 14 dias; para o CHIKV, o período é menor, de 3 a 7 dias. O período de incubação é influenciado por fatores ambientais, especialmente a temperatura. Após o PIE, o mosquito permanece infectante até o final da sua vida (seis a oito semanas), sendo capaz de transmitir o vírus para o homem.

A **suscetibilidade** para arboviroses é universal. Quanto à **imunidade**, em relação à dengue, uma vez que haja infecção, a imunidade adquirida é permanente para um mesmo sorotipo (homóloga). A imunidade cruzada (heteróloga), no entanto, persiste temporariamente no indivíduo, ou seja, quando induzida por um sorotipo é apenas parcialmente protetora contra outros sorotipos e desaparece rapidamente. À luz dos conhecimentos atuais, acredita-se que a imunidade desenvolvida para o CHIKV seja duradoura e protetora contra novas infecções, ainda que produzida por diferentes genótipos desse vírus. As evidências científicas disponíveis até o momento não permitem assegurar o tempo de duração da imunidade conferida pela infecção natural do ZIKV.

As medidas de **vigilância em saúde** para dengue, chikungunya e Zika envolvem uma sequência de ações diferenciadas, estabelecidas de acordo com a situação epidemiológica do município, do nível da infestação pelo *Aedes* e da circulação de DENV, CHIKV e ZIKV em cada território (BRASIL, 2019a).

É importante que se compare a ocorrência de casos no ano em curso, por semana epidemiológica (SE), com a transmissão esperada para o local, e que se analisem as notificações de dengue, chikungunya e Zika por data de início de sintoma dos casos prováveis e de forma integrada, avaliando qual doença provavelmente predomina na localidade.

A dengue, a chikungunya e a Zika compartilham diferentes sinais clínicos semelhantes, o que dificulta a suspeita inicial pelo profissional de saúde, podendo, em algum grau, confundir a adoção de **manejo clínico** adequado e, por conseguinte, predispor à ocorrência de formas graves, levando eventualmente a óbitos (BRASIL, 2021).

Os dados sobre os exames específicos disponíveis no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) devem ser acrescentados às análises do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), para identificar a taxa de positividade para cada uma dessas arboviroses, evitando que se subestime a real situação do local. Ressalta-se que a **vigilância laboratorial** será empregada para atender às demandas da vigilância epidemiológica, não sendo seu propósito o diagnóstico de todos os casos suspeitos em situações de epidemia.

Além disso, o monitoramento detalhado dos arbovírus circulantes deve ser realizado de modo permanente, para detectar oportunamente a circulação viral dos sorotipos de DENV, CHIKV e ZIKV. Essa atividade é de fundamental importância, uma vez que a alternância dos sorotipos de dengue e a introdução/reintrodução/predominância desses arbovírus estão relacionadas à ocorrência de epidemias.

Quanto às ações de Manejo Integrado de Vetores (**vigilância entomológica e o controle do vetor**), é importante orientar as medidas que devem ser tomadas para reduzir a infestação do mosquito para consequente prevenção e controle da transmissão dos vírus, em especial para familiares e vizinhos. De forma rotineira, as atividades de remoção mecânica dos possíveis criadouros, mutirões de limpeza e orientação da população para cuidar das próprias residências e de seu entorno devem ser realizadas e intensificadas em períodos de surto e/ou epidemia. É importante destacar a realização das ações de bloqueio frente aos primeiros casos suspeitos na localidade, com orientação à comunidade, aplicação de adulticida e controle casa a casa no perímetro do local provável de infecção (LPI).

Levando em consideração os aspectos da vigilância e da assistência para enfrentamento de emergências por dengue, chikungunya e Zika, no período epidêmico das doenças, este Plano de Contingência orienta o enfrentamento às emergências relacionadas a esses agravos.

O Plano de Contingência para Respostas às Emergências em Saúde Pública (ESP) para arboviroses de ciclo urbano incorpora experiências e aprendizados históricos, constituindo, assim, matéria de referência para estruturação das ações estratégicas de vigilância e assistência em resposta às ESP por arboviroses a serem adotadas em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reduzir a transmissão e a morbimortalidade das arboviroses no País.

OBJETIVOS

O Plano de Contingência para Resposta às ESP por Dengue, Chikungunya e Zika orienta as ações de vigilância e a resposta a serem realizadas por todos os entes que compõem o SUS e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), cujas atribuições são associadas com o conjunto de políticas e estratégias de vigilância, prevenção e controle das arboviroses.

À medida que a transmissão das arboviroses ultrapassa limites político-administrativos e territoriais, este Plano direciona o planejamento e a execução de ações integradas articuladas e coordenadas intra e intersetorialmente, baseando-se em políticas e normativas vigentes, as estratégias recomendadas e os compromissos internacionais. Nesse contexto, o plano deve ser subsídio para a elaboração de planos regionalizados de resposta, que levem em conta os cenários específicos do contexto epidemiológico e dos arranjos socioambientais, incorporando experiências e iniciativas locais/regionais.

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES NO NÍVEL FEDERAL

O Regulamento Sanitário Internacional – RSI, 2005 – (ANVISA, 2009) define as diretrizes para prevenir, proteger, controlar e realizar ações de saúde pública contra a propagação internacional de doenças. Trata-se de instrumento jurídico internacional vinculativo, e atribui, ao Ministério da Saúde, entre outros, o papel de aplicar o instrumento/algoritmo de decisão e de notificar a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre todos os eventos em seu território que possam se constituir numa Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (Espii), bem como sobre qualquer medida de saúde implementada em resposta a tal evento, no prazo de 24 horas. Nesse contexto, a atuação coordenada entre os entes federal, estaduais e municipais é fundamental para atender oportunamente às demandas decorrentes desse e de outros acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

A Portaria GM/MS n.º 2.952, de 14 de dezembro de 2011, regulamenta o Decreto n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Conforme o art. 3º, a Espin será declarada em virtude da ocorrência de situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população. Consideram-se situações epidemiológicas os surtos ou as epidemias que apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada, apresentem gravidade elevada ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS.

A Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS, estabelece, no Anexo 5, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, e define a compulsoriedade da notificação de casos suspeitos de dengue, chikungunya e Zika a todos os níveis de gestão do SUS em até sete dias. Já para casos suspeitos de Zika em gestantes (níveis estaduais e municipais) e óbitos de ambas as doenças, o prazo máximo para notificação é de 24 horas após a suspeita inicial. Estabelece, ainda, as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), entre as quais estão:

- Coordenação nacional das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional.
- Apoio e cooperação técnica junto aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o fortalecimento da gestão.

- Coordenação dos sistemas nacionais de informação de interesse da vigilância em saúde, incluindo o estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados para o nível nacional.
- Coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, bem como a cooperação com estados, Distrito Federal e municípios em emergências de saúde pública.
- Promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e para a incorporação de inovações.
- Promoção e fomento à participação social.
- Promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional.
- Gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, inclusive o monitoramento e a distribuição aos estados e ao Distrito Federal, de acordo com as normas vigentes.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), estabelecida pela Resolução n.º 588, de 12 de junho de 2018, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2018), define como responsabilidade da União e competência do Ministério da Saúde as ações de vigilância em saúde, nas Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, em consonância com o Regulamento Sanitário Internacional, bem como a cooperação com estados, Distrito Federal e municípios em situações de emergência em saúde pública.

Na esfera federal do SUS, a Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses (Cgarb), do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Deidt/SVS/MS), é responsável pelas políticas de vigilância das arboviroses; pela definição de estratégias de vigilância, prevenção e controle das doenças e de contenção de ESP por arboviroses; além de fazer interface com componentes de laboratório, assistência, comunicação, e de estabelecer agenda intersetorial.

A Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), vinculada ao Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Daevs/SVS/MS), é responsável por coordenar a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP), formada pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e por sua respectiva Rede Descentralizada, localizados nos 26 estados e no Distrito Federal, além de contar com unidade sob gestão federal do Instituto Evandro Chagas (IEC). A CGLAB é responsável pela estruturação e organização de rede de Laboratórios de Referência (LR) nacional e regional, pela aquisição e distribuição de insumos laboratoriais estratégicos para os Lacen e LR, pela padronização e pelo controle de qualidade dos métodos diagnósticos, além da definição dos fluxos de amostras e de informações na RNLSP.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) é responsável pela principal porta de entrada no SUS, coordenando o cuidado e ordenando as ações e os serviços disponibilizados na rede. Além disso, suas ações devem abranger promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde, com olhar voltado à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária.

As equipes de Atenção Primária (AP) devem atuar com base nos fluxos e protocolos assistenciais, de forma articulada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de qualificar e assegurar, sempre que necessário, encaminhamentos seguros e em tempo oportuno. A atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de combate às endemias (ACE) é de suma importância, e ambos devem atuar de forma integrada e complementar nos domicílios e nos demais espaços da comunidade, fortalecendo o vínculo e a comunicação da população com os serviços de Atenção Primária, realizando as ações de vigilância e busca ativa de casos com base no perfil epidemiológico do território.

A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do Ministério da Saúde é responsável pelo controle da qualidade e pela avaliação dos serviços especializados disponibilizados pelo SUS à população, além de identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos no atendimento de urgência e emergência, atenção hospitalar e domiciliar e segurança do paciente. São, ainda, atribuições da Saes: a implementação da política de regulação assistencial do SUS; a certificação das entidades beneficentes que prestam serviços complementares à rede de saúde pública, bem como o apoio ao desenvolvimento de mecanismos inovadores que fortaleçam a organização e a capacidade de gestão do Sistema nas três esferas de governo; além das políticas de sangue e hemoderivados e da pessoa com deficiência.

O Núcleo de Eventos, Cerimonial, Agenda, Comunicação e Multimídia (Necom) da SVS e a Assessoria de Comunicação (Ascom) do MS são responsáveis pela elaboração de campanhas publicitárias, pela divulgação de boletins epidemiológicos, de peças publicitárias, de informação e de materiais educativos veiculados nos diversos meios de comunicação, incluindo a rede interna do Ministério da Saúde e de setores parceiros, direcionadas à população em geral, a profissionais de saúde e a outros públicos e regiões prioritários. Além disso, monitora o fluxo de informações nas redes sociais e na mídia, a fim de esclarecer rumores, boatos, informações equivocadas e notícias falsas (*fake news*).

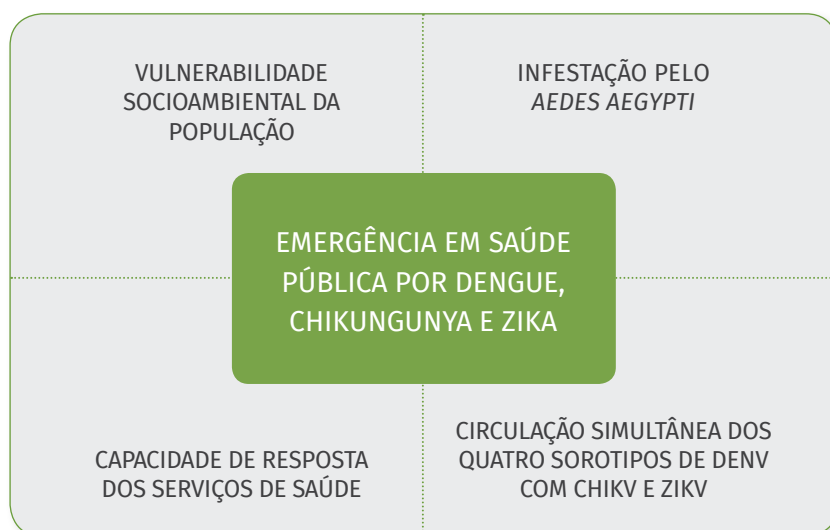
GESTÃO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA PARA ARBOVIROSES

Em grande parte do Brasil, o cenário epidemiológico das arboviroses é caracterizado pela alternância entre período sazonal e não sazonal para os agravos em suas diferentes regiões geográficas. Associado a isso, também pode existir cenário epidêmico, quando os agravos se comportam com incidência acima da esperada para o período.

Os principais componentes desse cenário são a presença do vetor *Aedes aegypti*, a circulação de diferentes sorotipos de DENV, além da cocirculação de CHIKV e ZIKV. Outros fatores a serem considerados, e de extrema relevância para o aumento da transmissão, são a capacidade de resposta dos serviços de saúde e a vulnerabilidade social e ambiental da população.

Nas situações de ESP para arboviroses (Figura 1), esses fatores descritos no final do parágrafo anterior podem não suportar o cenário criado pelas alterações nos dois primeiros, como uma alta proliferação do vetor e alterações no padrão de circulação dos diferentes vírus ou sorotipos, aumentando a suscetibilidade na população.

FIGURA 1 • FATORES RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA POR ARBOVIROSES DE CICLO URBANO



Fonte: Cgarb/Deidt/SVS/MS – adaptado de Brasil, 2019b.

A situação das arboviroses dengue, chikungunya e Zika no País reforça a necessidade de planejamento antecipado da resposta dos serviços de saúde em diferentes níveis (municipal, estadual e nacional) para o enfrentamento de emergências (surto/epidemias) por arboviroses.

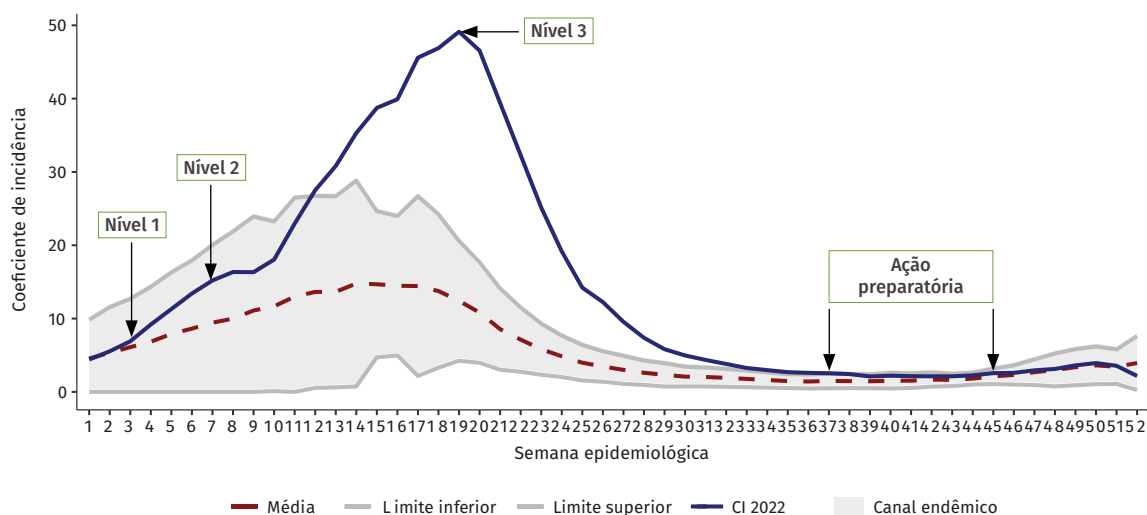
Para a execução de atividades de contingência, são planejadas estratégias específicas a serem implementadas em diferentes cenários, organizadas em níveis de ativação, que serão acionados com o monitoramento de casos, por diagrama de controle ou por curva epidêmica, e com critérios definidos.

MONITORAMENTO DOS CASOS DE ARBOVIROSES TRANSMITIDAS PELO *Aedes Aegypti* (DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA)

5.1 DIAGRAMA DE CONTROLE E CURVA EPIDÊMICA

O diagrama de controle é uma ferramenta estatística que descreve, de forma resumida, a distribuição da frequência de uma determinada doença para o período de um ano, com base no comportamento observado da doença durante vários anos prévios, e em sequência (série histórica), em uma determinada população. Auxilia na determinação de situações de alerta epidêmico e na previsão de epidemias, por meio da sobreposição da curva epidêmica (frequência observada ou incidência do ano atual) ao canal endêmico (frequência esperada); ou seja, ele ajuda na identificação do excesso de incidência observada em relação à esperada (Figura 2). Além disso, norteia a identificação dos níveis de resposta aos diferentes cenários de risco em que incidem diferentes atividades de contenção. Para este documento, foram considerados os níveis I, II e III para ativação do Plano de Contingência (Figura 2).

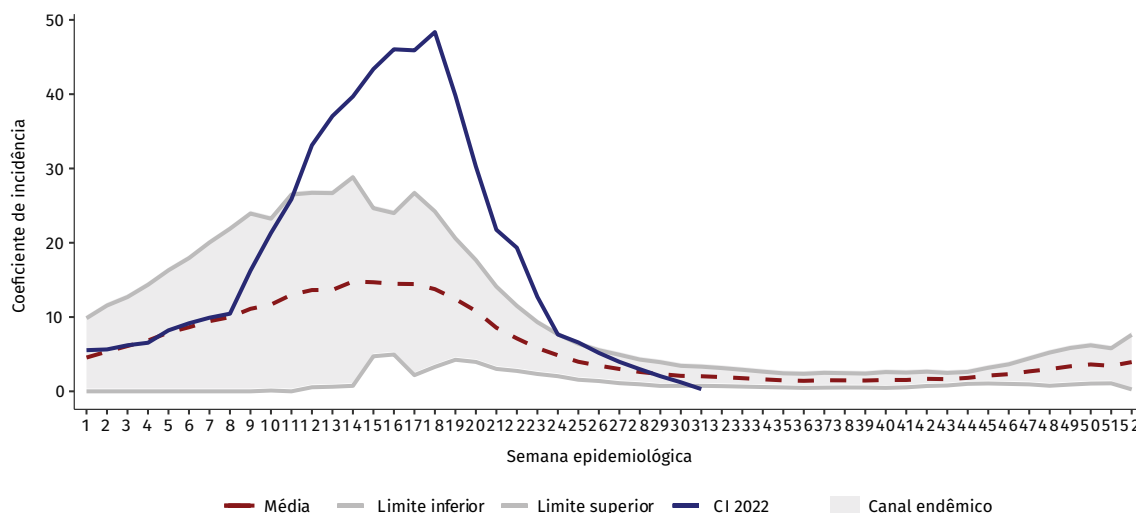
FIGURA 2 • ESTRUTURAÇÃO DE DIAGRAMA DE CONTROLE E SEUS COMPONENTES (LIMITE SUPERIOR, MÉDIA MÓVEL E TAXA DE INCIDÊNCIA), POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, ANO DE 2019



Fonte : Cgarb/Deidt/SVS/MS.

Para a construção do diagrama de controle, podem ser aplicadas diferentes metodologias; para o monitoramento atual, tem sido aplicada metodologia de mediana e quartis para elaboração do diagrama de controle. Dessa forma, para cada semana epidemiológica, será calculada a mediana dos casos prováveis por semana epidemiológica dos últimos cinco anos. Serão ainda calculados o primeiro e o terceiro quartil, sendo considerados os limites mínimo e máximo, respectivamente. O diagrama de controle deve ser produzido como o apresentado na Figura 3.

FIGURA 3 • DIAGRAMA DE CONTROLE DE DENGUE NO BRASIL, POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, ANOS 2021/2022



Fonte : Cgarb/Deidt/SVS/MS.

O Ministério da Saúde realiza o monitoramento dos casos de arboviroses nas unidades da Federação utilizando principalmente o diagrama de controle. As Secretarias Estaduais de Saúde (SES), por sua vez, acompanham as capitais, as regiões metropolitanas e os municípios prioritários de acordo com a taxa de incidência para a ocorrência de epidemias de dengue. As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) também devem manter em sua rotina o uso do diagrama de controle para monitoramento da situação da transmissão de casos.

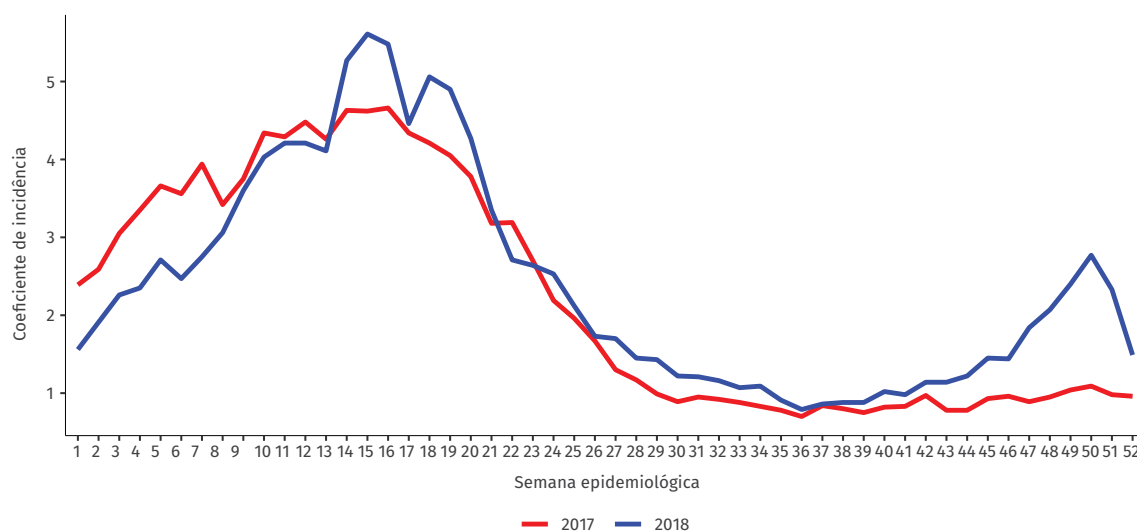
Para o monitoramento da situação epidemiológica dos casos de **chikungunya** e **Zika**, arboviroses recentemente introduzidas no Brasil (sete anos), pode-se adotar a análise da **curva epidêmica**. Contudo, considerando que há estudos que abordam a elaboração de diagramas de controle considerando apenas os últimos cinco anos da doença, para este Plano, o diagrama de controle será também utilizado para o monitoramento de chikungunya e Zika (BORTMAN, 1999).

Vale ainda ressaltar que a curva epidêmica, que consiste em um gráfico simples que mostra o número de casos no tempo, podendo ser apresentado segundo dias, semanas epidemiológicas, meses ou anos, e pode ainda ser utilizada como ferramenta de monitoramento para o cenário de chikungunya e Zika em estados e municípios que não detêm um banco de dados robusto que possibilite a elaboração de diagramas de controle, sendo essa a recomendação.

As curvas epidêmicas permitem conhecer a evolução da doença, algo fundamental para o planejamento de ações e para a tomada de decisão em saúde pública. Além disso, produzem informações relacionadas ao padrão de propagação da epidemia e a tendência da transmissão no tempo (Figura 4).

Toda epidemia tem início, um pico e uma fase final – em que poderá extinguir-se completamente ou manter um número estável de casos (nível endêmico). É fundamental utilizar essas ferramentas para projetar e acompanhar o comportamento e o ritmo desses agravos.

FIGURA 4 – EXEMPLO DE CURVA EPIDÊMICA DOS CASOS REGISTRADOS, POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, BRASIL, ANOS X E Y



Fonte: Cgarb/Deidt/SVS/MS.

A redução gradual das atividades preconizadas no Plano de Contingência é realizada à medida que se observa a redução da incidência por quatro semanas consecutivas no caso da curva epidêmica, ou quando a curva de incidência retorna ao canal endêmico, considerando o diagrama de controle.

AÇÕES PREPARATÓRIAS ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA POR DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA

No período não epidêmico, devem ser executadas as ações preparatórias ao período epidêmico, considerando também o monitoramento de eventos à previsão de surtos/epidemias, além daquelas atividades normais à rotina dos serviços. O Ministério da Saúde publica, periodicamente, orientações para atividades voltadas à vigilância das arboviroses, ao controle do vetor e à assistência aos pacientes (BRASIL, 2021).

As ações preparatórias vêm no sentido de prover condições satisfatórias, para o monitoramento, a prevenção e o controle de eventuais surtos/epidemias em nível nacional. As diferentes áreas técnicas envolvidas devem, preferencialmente no período com baixa transmissão, realizar as ações preparatórias até setembro/outubro, na proximidade do início do período com maior transmissão de casos (novembro a maio), de forma a qualificar a capacidade de resposta à eventual ESP por dengue, chikungunya ou Zika.

Nas ações preparatórias, é muito importante a utilização de modelos para estimativa de transmissão de arboviroses, usados como alertas para o aumento de casos, a partir da tendência observada pelas condições climáticas, pelos rumores sobre as doenças, pelo histórico da transmissão, entre outras informações. Há sistemas como o InfoDengue, que traz alertas baseado em dados híbridos gerados por meio da análise integrada de dados minerados a partir da web social, de dados climáticos e epidemiológicos. Tal sistema gera indicadores da situação epidemiológica da dengue e de outras arboviroses até o nível municipal, apresentando a tendência de casos estimados para arboviroses, que pode ser obtida em <https://info.dengue.mat.br/>.

Nessas atividades preparatórias, vale destacar a função dos Grupos Intersetoriais para Arboviroses, que são estabelecidos a partir de uma agenda conjunta com diferentes áreas técnicas da saúde e setores de saneamento, educação, meio ambiente, assistência social, entre outros. Os Grupos Intersetoriais têm sido utilizados como estratégia para constituir uma Sala de Situação para arboviroses, que tem como objetivo acompanhar o cenário epidemiológico, e elaborar estratégias para monitorar e analisar atividades, acompanhar e discutir dados acerca do comportamento das arboviroses e para disseminação de informações.

Outro instrumento a ser elaborado no período das atividades preparatórias é o Plano de Comunicação de Risco. Tal Plano apresenta estratégias como a publicação em formato de boletins epidemiológicos e de outros materiais informativos divulgados por diferentes canais (painéis informativos, portais eletrônicos, aplicativos); propostas de comunicação e mobilização social com intervenções em espaços públicos; stands em eventos; produção de peças gráficas; campanhas publicitárias voltadas aos públicos-alvo e à população em geral; interação nas redes sociais; e ações para engajamento de gestores, líderes comunitários, imprensa e sociedade.

Caso se estabeleça uma situação de ESP por arboviroses, para organizar ações relativas a gestão, vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial, manejo integrado de vetores, rede de assistência e comunicação/mobilização social e educação em saúde, serão definidos diferentes cenários, de acordo com critérios epidemiológicos monitorados por diagrama de controle ou curva epidêmica, a serem apresentados posteriormente ao longo deste documento.

6.1 AÇÕES PREPARATÓRIAS

GESTÃO

- Articular com as áreas técnicas do MS e parcerias o planejamento das ações em resposta às potenciais emergências.
- Apresentar periodicamente a situação epidemiológica e entomológica aos tomadores de decisão, a partir do monitoramento de eventos (CME).
- Articular e apoiar as SES para a elaboração, revisão e implementação dos Planos de Contingência Estaduais.
- Divulgar normas técnicas e material educativo (manuais, guias, notas técnicas e informativas).
- Articular estratégias e mecanismos de cooperação de diferentes áreas técnicas do setor saúde com outros setores, e reforçar, junto aos gestores locais, a importância da integração do setor saúde para o planejamento e a execução das ações.
- Avaliar os estoques dos insumos nos estados.
- Garantir estoque estratégico de insumos (inseticidas e kits diagnósticos).
- Monitorar periodicamente as metas e ações do presente Plano de Contingência juntamente às áreas técnicas-chave.
- Criar agenda com estados para oficinas, webinários, entre outros, com o objetivo de capacitação e alinhamento das recomendações.
- Estabelecer critérios (indicadores) de monitoramento e avaliação do Plano, visando à elaboração de estratégias para seu aperfeiçoamento.
- Acompanhar o desenvolvimento das ações dos demais componentes.

- Verificar a necessidade de atualização de documentos existentes, bem como de produção de novos materiais técnicos.
- Estabelecer agenda quinzenal com as unidades da Federação com apoio de técnicos e pontos focais.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Elaborar e monitorar regularmente o diagrama de controle e a curva epidêmica das arboviroses por UF e Brasil.
- Analisar e esclarecer informações geradas pelo monitoramento das arboviroses, por levantamentos entomológicos e rumores de notícias, pesquisas e redes sociais.
- Elaborar, semanalmente (período sazonal) ou quinzenalmente (período não sazonal), o boletim epidemiológico acerca do monitoramento dos casos de arboviroses causados por vírus transmitidos pelo *Aedes aegypti*.
- Emitir alertas para as SES a partir do monitoramento epidemiológico dos casos de dengue, chikungunya e Zika.
- Acompanhar a detecção e o monitoramento viral, de acordo com dados laboratoriais.
- Analisar semanalmente os dados consolidados de laboratório (biologia molecular e sorologia) para análises epidemiológicas.
- Monitorar mensalmente os indicadores de oportunidade de notificação, investigação, encerramento.
- Monitorar mensalmente a validade e a completude das variáveis relacionadas aos critérios de classificação dos casos graves e óbitos.
- Monitorar mensalmente os indicadores de qualidade dos dados (validade e completitude).
- Incentivar a formação de comitês estaduais de investigação de óbitos.
- Assessorar as SES na implementação, no acompanhamento e na avaliação das ações de vigilância epidemiológica desenvolvidas.
- Apoiar as estratégias de comunicação, campanha publicitária e mídia social sobre prevenção e controle das arboviroses.
- Divulgar e orientar os manuais técnicos, os protocolos clínicos, o guia de vigilância e os fluxos de classificação de risco e manejo clínico.
- Verificar a necessidade de capacitação e/ou atualização dos técnicos em vigilância epidemiológica dos estados e municípios.
- Apoiar, desenvolver ou realizar cursos de capacitação sobre aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais para os profissionais de saúde dos estados e municípios.

- Apoiar ações de educação em saúde e a divulgação das medidas de prevenção e controle da doença junto à população e nas redes de serviços de saúde públicas e privadas.
- Apoiar as equipes de vigilância estaduais, por meio de contato telefônico, e-mail, vídeo, áudio e webconferência, reuniões nacionais de discussão, entre outras atividades.
- Avaliar sistematicamente as informações sobre as ações desenvolvidas, a fim de subsidiar a tomada de decisão acerca da necessidade de novas estratégias e dimensionar recursos adicionais (humanos e materiais), conforme necessário.
- Apoiar os estados e os municípios na investigação dos óbitos, dos surtos e das situações inusitadas, sempre que solicitado ou quando identificada a necessidade por parte da esfera federal.
- Apresentar a situação epidemiológica, nas reuniões do CME, aos gestores para acompanhamento do cenário e eventual tomada de decisão.
- Articular, intersetorial e interinstitucionalmente, junto às demais áreas envolvidas no desenvolvimento das medidas propostas para enfrentamento de epidemias, visando a uma resposta integrada em apoio aos estados.

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

- Acompanhar, avaliar, planejar, adequar e preparar o sistema de vigilância laboratorial para o monitoramento, levando em consideração a avaliação das ações executadas no período anterior.
- Orientar os fluxos de exames laboratoriais específicos às arboviroses para identificação precoce do início da transmissão.
- Avaliar e garantir o estoque estratégico de insumos nos Lacen.
- Articular as orientações de coleta, transporte, acondicionamento de amostras, além de ajustar fluxos de informações e de amostras na rede.
- Divulgar as recomendações e as orientações planejadas para o período de monitoramento sazonal.
- Avaliar sistematicamente as informações a respeito das ações desenvolvidas, a fim de subsidiar a tomada de decisão sobre a necessidade de novas estratégias.
- Apoiar as equipes de vigilância estaduais, por meio de contato telefônico, e-mail, vídeo, áudio e webconferência, reuniões nacionais de discussão, entre outras atividades.
- Apoiar, desenvolver ou realizar cursos de capacitação.
- Articular com as áreas envolvidas no desenvolvimento das medidas propostas para enfrentamento de epidemias, visando a uma resposta integrada em apoio aos estados.

MANEJO INTEGRADO DE VETORES (VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL)

- Assessorar e orientar as SES com relação às seguintes atividades:
 - » avaliar os indicadores entomológicos dos municípios considerados estratégicos e/ou das capitais e regiões metropolitanas, onde normalmente estão concentrados o maior quantitativo de casos das arboviroses;
 - » monitorar estoques, condições de armazenamento, uso e distribuição de insumos (inseticidas, equipamentos, veículos e proteção individual – EPI);
 - » planejar ações em pontos estratégicos e áreas propensas a maior circulação de pessoas (áreas com grande fluxo de pessoas, como instituições de ensino públicas e privadas, unidades de saúde, clubes, centros comerciais, instituições religiosas e outros);
 - » estabelecer e manter fluxo de informação de vigilância entomológica e controle de vetor com as demais áreas técnicas;
 - » realizar ações com outros setores, devido aos potenciais riscos de proliferação vetorial, tais como: abastecimento irregular de água, educação ambiental, coleta de resíduos, defesa civil e assistência social (ações com acumuladores de resíduos, entre outras).
- Estimular ou realizar a capacitação e a atualização dos profissionais que trabalham com as atividades de vigilância e controle de *Aedes aegypti*, em especial quanto às atividades de educação e comunicação em saúde para a população; biologia do vetor; principais criadouros; métodos de vigilância e controle; além de segurança no trabalho.
- Apoiar a realização de monitoramento entomológico sistematizado, por levantamento de índices larvários (LIRAA/LIA) ou armadilhas.
- Realizar análise dos indicadores entomológicos LIRAA/LIA e/ou armadilhas, e das informações operacionais (cobertura de visitas).
- Apoiar a realização de medidas de controle do vetor para redução da infestação e do seu contato com a população humana, como forma de minimizar o risco de transmissão das doenças, a partir da estratificação de risco (dados entomológicos, dados epidemiológicos e outros).
- Articular com as áreas envolvidas e outros setores para o desenvolvimento das medidas propostas ao enfrentamento de epidemias, visando a uma resposta integrada em apoio aos estados.
- Apoiar as estratégias de comunicação, campanha publicitária e mídia social sobre prevenção e controle das arboviroses.

REDE DE ASSISTÊNCIA

Apoiar com orientações a organização da rede assistencial, a fim de ofertar uma assistência integral, bem como prover recursos e insumos estratégicos necessários ao atendimento de pacientes com suspeita de dengue, chikungunya e Zika.

ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA

- Incentivar a criação de grupo de trabalho com equipe técnica para discussão de assuntos relacionados ao manejo clínico, à classificação de risco do paciente com suspeita de dengue, chikungunya ou Zika, e às capacitações das equipes de Atenção Primária.
- Incentivar e orientar a utilização dos protocolos de manejo das arboviroses na Atenção Primária.
- Fomentar e orientar a criação de estratégias de busca ativa de casos suspeitos em territórios com grande incidência.
- Orientar e incentivar a oferta de hidratação venosa precoce nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); na impossibilidade disso, orientar o estabelecimento de fluxo de referência local por meio de encaminhamento seguro.
- Estimular e apoiar a qualificação da detecção oportuna do surgimento dos sinais de alarme e sinais de choque.
- Incentivar e orientar estratégias que fomentem o acompanhamento longitudinal do usuário após a primeira consulta, ofertando os retornos para reavaliação, conforme os prazos estabelecidos. Se houver impossibilidade de reavaliação na UBS, orientar o encaminhamento responsável às unidades de referência, por exemplo, aos finais de semana e feriados.
- Incentivar a coordenação e a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência no território, com base no fluxo de encaminhamento responsável do Ministério da Saúde.
- Orientar a respeito da importância da garantia de transporte adequado para o encaminhamento dos usuários aos demais níveis de atenção durante todo o funcionamento do serviço.
- Incentivar o estabelecimento do fluxo de comunicação direta com a Rede de Urgência e Emergência (RUE), definida previamente, para a referência (hospital, Unidade de Pronto Atendimento, Unidade de Reposição Volêmica), ou a utilização de dispositivos de regulação.
- Orientar quanto à importância da reclassificação do usuário a cada retorno programado à unidade.
- Orientar e incentivar a criação de estratégias de realização de busca ativa dos usuários vinculados à área de abrangência da unidade (casos novos e pacientes faltosos no retorno programado).
- Orientar quanto à importância do acompanhamento da evolução dos casos, por meio de visita domiciliar, consulta de enfermagem, contato telefônico ou visita do agente comunitário de saúde.

- Incentivar a garantia de suporte para coleta de amostra de exames específicos e inespecíficos na própria unidade, em tempo oportuno. Quando indisponível, orientar o fluxo de encaminhamento responsável ao laboratório de referência.
- Incentivar a garantia do retorno dos exames inespecíficos em tempo hábil, para a adequada condução do caso, respeitando o prazo máximo de quatro horas.
- Incentivar estratégias que garantam a hidratação oral na sala de espera a todos os pacientes acolhidos, com atenção contínua e permanente.
- Orientar quanto à garantia do acesso venoso e ao início da reposição volêmica aos pacientes classificados como Grupo C e D, antes de encaminhá-los para as unidades de referência.
- Incentivar a implantação do serviço de notificação de casos suspeitos de arboviroses e o estabelecimento de fluxo de informação diária para a vigilância epidemiológica.
- Fomentar e incentivar a integração e a articulação com os agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, com base no mapeamento de risco, a fim planejar intervenções de enfrentamento aos focos/criadouros em áreas com grande incidência.
- Orientar o desenvolvimento do autocuidado de forma permanente nas comunidades, o acesso à informação e as ações de educação em saúde para a prevenção de arboviroses.
- Articular com as áreas envolvidas e outros setores para o desenvolvimento das medidas propostas ao enfrentamento de epidemias, visando a uma resposta integrada em apoio aos estados.

ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

- Encaminhar aos estados orientações técnicas prevendo o preparo para o atendimento de pacientes com dengue, chikungunya e Zika.
- Fomentar e orientar a discussão dos casos suspeitos entre profissionais da assistência especializada em territórios com grande incidência.
- Articular, intersetorial e interinstitucionalmente, junto às áreas envolvidas no desenvolvimento das medidas propostas para enfrentamento de epidemias, visando a uma resposta integrada em apoio aos estados.
- Disponibilizar, aos estabelecimentos assistenciais de saúde federais, estaduais, municipais (públicos e privados), os fluxogramas com classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue, chikungunya e Zika, bem como as diretrizes clínicas para a Rede de Atenção à Saúde.
- Disponibilizar os informes sobre dengue, chikungunya e Zika (boletim epidemiológico) com o objetivo de traçar um panorama de vigilância e assistência aos profissionais de saúde, aos gestores e à população em geral.

- Sensibilizar, por meio de informações técnicas, cursos de ensino a distância (EaD), boletim epidemiológico, entre outros meios, os profissionais de saúde para a classificação de risco e manejo clínico do paciente nos estabelecimentos de saúde.
- Orientar gestores locais acerca da importância da integração do setor saúde para o planejamento e a execução das ações, tornando o resultado mais efetivo e eficaz.

COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

- Definir a equipe focal para a produção e a execução das ações de comunicação junto à Ascom.
- Elaborar campanha e materiais de comunicação, informação e educação em saúde, com subsídios das áreas técnicas, a partir do cenário ambiental e epidemiológico atualizado, voltados à população em geral, aos profissionais de saúde e às unidades federativas prioritárias.
- Definir os meios de veiculação dos materiais e os locais para as ações planejadas.
- Ampliar a divulgação, para a população em geral e para os profissionais e gestores do SUS, das informações relacionadas à ocorrência de casos e óbitos, sintomas e tratamento, caracterização ambiental, perfil entomológico, medidas de controle do vetor, por meio das diferentes estratégias e meios de comunicação.
- Disponibilizar canais de comunicação para orientar as UF's no desenvolvimento de ações de comunicação, mobilização social e educação em saúde.
- Produzir mensagens-chave e tópicos prioritários de discussão (atualização/construção de FAQ).
- Produção de indicadores específicos para monitoramento e avaliação das ações de comunicação/mobilização social e educação em saúde.
- Definir porta-vozes para interação com mídias sociais e comunicados à sociedade.

CENÁRIOS DE RISCO E NÍVEIS DE ATIVAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA RESPOSTA

A determinação multifatorial das arboviroses, ocasionada por diferentes fatores ecológicos, políticos, econômicos e sociais, amplifica os riscos para transmissão das doenças. Os principais fatores do cenário de risco às arboviroses de ciclo urbano são notadamente a circulação de diferentes sorotipos de DENV, além da cocirculação de CHIKV e ZIKV; a presença do vetor *Aedes aegypti* em áreas com circulação viral; a capacidade de resposta dos serviços de saúde; e a vulnerabilidade social e ambiental da população.

O Plano Nacional de Contingência para Emergências em Saúde Pública por Dengue, Chikungunya e Zika possui cenários de risco definidos a partir da situação epidemiológica das arboviroses, para os quais são previstas ações de acordo com os níveis de ativação estabelecidos (Quadros 1, 2 e 3), levando-se em consideração a taxa de incidência por 100 mil habitantes dos casos prováveis de dengue, chikungunya e Zika, a gravidade dos casos e a ocorrência de óbitos

Este Plano de Contingência será ativado a partir da identificação de que a taxa das arboviroses está acima do limite esperado para o período, considerando os meses epidêmicos, utilizando-se a ferramenta “diagrama de controle”, e “curva epidêmica” para as localidades que não possibilitarem a elaboração de diagrama de controle. E, a partir dos cenários identificados nas unidades da Federação, pode ser ativado um Centro de Operações de Emergências (COE), que será responsável pela coordenação das ações de resposta à ESP entre as três esferas de gestão do SUS.

Foram elencados critérios para a definição de níveis de ativação em três cenários de risco para dengue, para chikungunya e para Zika (Quadros 1, 2 e 3, respectivamente), com o intuito de promover a organização das ações.

7.1 DENGUE

QUADRO 1 • NÍVEIS DE RESPOSTA, CENÁRIOS DE RISCO E CRITÉRIOS PARA ATIVAÇÃO DE AÇÕES EM RESPOSTA ÀS ESPs POR DENGUE

NÍVEL	CENÁRIO	CRITÉRIOS PARA ATIVAÇÃO DE AÇÕES NOS DIFERENTES NÍVEIS
1 (resposta inicial)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos	<p>Ausência de óbitos por dengue.</p> <p>Seguido de pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>Aumento da incidência dos casos prováveis de dengue dentro do canal endêmico do diagrama de controle.</p> <p>Aumento da incidência dos casos prováveis de dengue, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior.</p>
2 (alerta)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em investigação	<p>Situação 1 – óbitos por dengue em investigação; seguido de pelo menos um dos seguintes critérios:</p> <p>Incidência dos casos prováveis de dengue dentro do canal endêmico do diagrama de controle.</p> <p>Aumento da incidência dos casos prováveis de dengue, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior.</p> <p>E</p> <p>Aumento dos casos de dengue com sinais de alarme e de dengue grave prováveis, entre as semanas epidemiológicas, em comparação ao ano anterior.</p> <p>Situação 2 – óbitos por dengue em investigação.</p> <p>E</p> <p>Incidência dos casos prováveis de dengue, acima do limite superior (LS) do diagrama de controle.</p> <p>Situação 3 – óbitos confirmados.</p> <p>E</p> <p>Incidência dos casos prováveis de dengue dentro do canal endêmico do diagrama de controle.</p>
3 (emergência)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados	<p>Incidência dos casos prováveis de dengue, acima do limite superior (LS) do diagrama de controle.</p> <p>E</p> <p>Óbitos por dengue confirmados.</p>

Fonte: Cgarb/Deidt/SVS/MS.

7.2 CHIKUNGUNYA

QUADRO 2 • NÍVEIS DE RESPOSTA, CENÁRIOS DE RISCO E CRITÉRIOS PARA ATIVAÇÃO DE AÇÕES EM RESPOSTA ÀS ESPs POR CHIKUNGUNYA

NÍVEL	CENÁRIO	CRITÉRIOS DEFINIÇÃO DE CENÁRIO
1 (resposta inicial)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos	Aumento da incidência dos casos prováveis de chikungunya, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E Ausência de óbitos por chikungunya.
2 (alerta)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e ocorrência de óbitos em Investigação	Situação 1 – aumento da incidência dos casos prováveis de chikungunya, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E Óbitos por chikungunya em investigação. E/OU Aumento de positividade laboratorial (IgM e/ou biologia molecular), entre as semanas epidemiológicas, em comparação ao ano anterior. Situação 2 – redução da incidência dos casos prováveis de chikungunya, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, após o estado ter apresentado os critérios do nível 3. E Óbito confirmado por chikungunya.
3 (emergência)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados	Aumento da incidência dos casos prováveis de chikungunya, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E Óbito confirmado por chikungunya.

Fonte: Cgarb/Deidt/SVS/MS.

7.3 ZIKA

QUADRO 3 • NÍVEIS DE RESPOSTA, CENÁRIOS DE RISCO E CRITÉRIOS PARA ATIVAÇÃO DE AÇÕES EM RESPOSTA ÀS ESPs POR ZIKA

NÍVEL	CENÁRIO	CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CENÁRIO
1 (resposta inicial)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e sem óbitos	Aumento da incidência dos casos prováveis de Zika, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E Ausência de óbitos por Zika.
2 (alerta)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e aumento de positividade laboratorial	Situação 1 – Aumento da incidência dos casos prováveis de Zika, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E Aumento de positividade laboratorial (IgM e/ou biologia molecular), entre as semanas epidemiológicas, em comparação ao ano anterior. Situação 2 – Redução da incidência dos casos prováveis de Zika, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, após o estado ter apresentado os critérios do nível. E Óbito confirmado por Zika.
3 (emergência)	Unidades da Federação com aumento de incidência de casos prováveis e óbitos confirmados	Aumento da incidência dos casos prováveis de Zika, por quatro semanas epidemiológicas consecutivas, em comparação ao ano anterior. E Aumento do registro de positividade em gestante por quatro semanas consecutivas. OU Óbitos por Zika confirmados conforme critério laboratorial.

Fonte: Cgarb/Deidt/SVS/MS.

AÇÕES EM RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS

Para cada cenário, deverão ser executadas ações relacionadas aos componentes do Plano: gestão, vigilância epidemiológica e laboratorial, vigilância entomológica e controle do vetor, rede de assistência, comunicação/mobilização social e educação em saúde. As ações ora descritas são comuns para dengue, chikungunya e Zika; e, quando houver ações específicas para algumas das doenças, isso será destacado no texto.

8.1 NÍVEL 1

Indicadores para dengue, chikungunya e Zika: incidência e óbitos.

Este nível se configura com a continuidade das ações do cenário de preparação, aliando-se com a realização de outras ações específicas ao novo cenário. O objetivo das ações é evitar que a incidência ultrapasse os limites do diagrama de controle, por meio de estratégias que visem à contenção da transmissão viral.

AÇÕES

GESTÃO

- Articular com as áreas técnicas o desenvolvimento das ações e das atividades propostas para o cenário.
- Apoiar a gestão de insumos estratégicos (inseticidas e kits diagnósticos) junto ao Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (Dlog/SE/MS) e a outros atores.
- Integrar as reuniões de monitoramento (CME) com apresentação da situação entomoepidemiológica das arboviroses, da Sala de Situação e de outros canais de informação.
- Viabilizar o deslocamento das equipes de acompanhamento da Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância (Cgarb/Deidt/SVS) às UF's com necessidade de apoio técnico.
- Encaminhar às SES ofícios orientando o acompanhamento da execução dos planos de contingência estaduais e municipais.
- Reforçar junto às UF's a importância do desenvolvimento de ações articuladas, possibilitando uma atuação oportuna e eficaz no monitoramento.

- Manter comunicação e articulação com as SES para acompanhamento das ações de saúde estabelecidas.
- Apresentar a situação epidemiológica das arboviroses nas reuniões do CME.
- Apoiar a atualização de planos de contingência locais.
- Pautar a temática das arboviroses no Conselho Estadual de Saúde, no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regionais (CIR), para fortalecer o compromisso dos representantes e apresentar evidências para realização de atividades para enfrentamento de dengue, chikungunya e Zika.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Intensificar a emissão de alertas para estados e Distrito Federal.
- Assessorar as SES e as SMS na definição dos indicadores que devem ser monitorados no nível local.
- Consolidar semanalmente as informações epidemiológicas, laboratoriais e entomológicas para subsidiar a tomada de decisão.
- Apoiar os estados e os municípios na investigação dos óbitos, sempre que necessário.
- Participar de reuniões da Sala de Situação, acompanhando indicadores epidemiológicos.

MANEJO INTEGRADO DE VETORES (VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL)

- Acompanhar os indicadores entomológicos e operacionais de monitoramento entomológico e avaliação das atividades de controle vetorial.
- Orientar a logística de distribuição de insumos e equipamentos para controle vetorial.
- Apoiar tecnicamente as SES na definição dos municípios e localidades onde as ações de controle vetorial deverão ser intensificadas, bem como o tipo de intervenção.
- Orientar estratégias de controle de vetor às SES, de acordo com estruturas e cenários locais, na perspectiva de estratificação risco.
- Alertar as UFs para acompanhar os níveis de infestação e propor ações para redução de criadouros potenciais.
- Orientar ações de bloqueio de transmissão de casos de acordo com o cenário epidemiológico.
- Orientar grupo intersetorial e/ou Sala de Situação para arboviroses, para intensificar as ações de mobilização social e as atividades de setores parceiros, de acordo com os indicadores entomológicos e operacionais relativos ao controle do vetor, considerando as especificidades territoriais ou regionais.

- Consolidar as informações entomológicas e de controle vetorial para elaboração de boletins.
- Realizar e/ou apoiar a preparação de pessoal para ações de intensificação e de controle de transmissão.

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

- Garantir insumos para os exames laboratoriais pré-estabelecidos.
- Monitoramento viral (priorizar diagnósticos diretos).
- Apoiar estados para monitoramento de sorotipos circulantes.
- Priorizar diagnóstico de amostras de pacientes oriundos de municípios sem confirmação de casos por critério laboratorial.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

- Fortalecer o apoio técnico aos gestores, auxiliando-os na organização dos serviços de Atenção Primária.
- Orientar e incentivar a utilização dos fluxos e protocolos assistenciais frente ao manejo das arboviroses.
- Orientar e incentivar a adesão ao Programa Saúde na Hora, a fim de ampliar o funcionamento das UBS para horário estendido.
- Incentivar ações de capacitação e educação permanentes das equipes de Atenção Primária no contexto das arboviroses.
- Divulgar cursos sobre arboviroses, já disponíveis no portal da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e/ou em outras plataformas, para capacitação dos profissionais.
- Fomentar a integração contínua entre as ações de Atenção Primária e Vigilância em Saúde.
- Orientar e incentivar a utilização do Telessaúde como estratégia de qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)
- Estimular o aumento da cobertura (cadastro) da Atenção Primária, por meio do Programa Previne Brasil.
- Incentivar a criação de estratégias que qualifiquem a notificação dos casos suspeitos por parte das equipes.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E REGULAÇÃO)

- Intensificar o apoio técnico às UF's e aos municípios na organização da Rede de Atenção à Saúde para atendimento dos casos de dengue, chikungunya e Zika.
- Motivar o gestor local para a revisão e a divulgação dos fluxos assistenciais, tais como leitos de retaguarda de UTI e cirúrgico, serviços de diagnóstico, transporte sanitário, notificação, referências e contrarreferência.
- Intensificar o apoio técnico aos estados e municípios para desenvolvimento de atividades de educação permanente visando à sensibilização, qualificação e atualização dos profissionais de saúde sobre manejo clínico para dengue, chikungunya e Zika.
- Apoiar tecnicamente os estados e municípios para o monitoramento e o acompanhamento de indicadores assistenciais.
- Alertar estados e municípios para identificação das unidades de apoio referentes à continuidade do cuidado dos pacientes que evoluírem para formas graves de dengue, chikungunya e Zika.
- Alertar os gestores para a importância da notificação dos casos nas unidades de atenção à saúde para a vigilância.
- Motivar o gestor local para a revisão e a divulgação dos fluxos assistenciais da rede.

COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

- Intensificar divulgação do plano de comunicação de risco.
- Divulgar, junto à rede de serviços de saúde, boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes para prevenção, controle e preparo da resposta a arboviroses.
- Executar campanha publicitária para arboviroses, em nível nacional, utilizando todas as mídias (TV, rádio, internet) e peças específicas às redes sociais e aos conselhos profissionais de saúde.
- Executar campanhas de comunicação e orientar atividades para engajamento da população, de profissionais de saúde, de diferentes setores e parcerias para ações de vigilância, controle e cuidado relativas às arboviroses.
- Divulgar informações epidemiológicas e de prevenção e controle das doenças no site e nas redes sociais do Ministério da Saúde.

8.2 NÍVEL 2

Indicadores para dengue: incidência, óbitos, casos graves e/ou casos com sinais de alarme.

Indicadores para chikungunya e Zika: incidência, óbitos, positividade laboratorial.

Este nível é identificado quando a taxa de incidência de dengue ultrapassa o limite superior do canal endêmico; e, para chikungunya e Zika, é ultrapassada a taxa de incidência do mesmo período em comparação (mesmo período do ano anterior ou anos epidêmicos). Outros critérios determinados para o nível 2 e respectivo cenário são descritos nos Quadros 1, 2 e 3.

AÇÕES

GESTÃO

- Adquirir, de forma emergencial, os insumos essenciais para a garantia das ações.
- Acompanhar junto à SES o desenvolvimento das ações de saúde estabelecidas para resposta às arboviroses.
- Avaliar a necessidade de apoio a estados com recursos adicionais (insumos, materiais, equipes).
- Apresentar, monitorar e propor ações frente à situação da emergência nas reuniões do CME.
- Avaliar, junto às Secretarias do Ministério da Saúde envolvidas, a resposta sobre o potencial acionamento de recursos adicionais para atendimento à emergência.
- Acionar e articular instituições parceiras para oferecer suporte às Secretarias de Saúde.
- Recomendar o estabelecimento do Centro de Operações de Emergências (COE) e de seu objetivo no intuito de acionar recursos humanos e financeiros.
- Fortalecer o planejamento e as ações integradas no Ministério da Saúde em apoio à gestão local.
- Apoiar os estados e municípios na elaboração da estratégia para promoção e cuidado em saúde mental e atenção psicossocial dos trabalhadores e pacientes da Rede de Atenção à Saúde, com base na atenção recomendada para emergências.
- Caso sejam abertos COEs nas UF's, um técnico do Ministério da Saúde deve ser designado para acompanhar/monitorar as atividades e reuniões.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Manter e intensificar atividades do cenário 1.
- Participar de reuniões do COE-Arboviroses, acompanhando indicadores epidemiológicos e direcionando estratégias.

- Orientar e apoiar estratégias estaduais e municipais a partir dos indicadores epidemiológicos.
- Subsidiar tecnicamente atividades de comunicação, mobilização social e de setores parceiros.
- Acompanhar, junto à rede assistencial, indicadores e investigação de casos de Zika em mulheres em idade fértil.

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

- Manter e intensificar atividades do cenário 1.
- Priorizar o diagnóstico nas amostras de pacientes gestantes e que evoluíram a casos graves e óbitos.

VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL

- Manter e intensificar atividades do cenário 1.
- Acompanhar os indicadores entomológicos operacionais para direcionar estratégias de acordo com o cenário epidemiológico.
- Avaliar a efetividade do bloqueio de transmissão em amostra de municípios acima de 100 mil habitantes.
- Participar de reuniões do COE-Arboviroses, acompanhando indicadores entomológicos, operacionais, e orientando estratégias.

REDE DE ASSISTÊNCIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

- Manter e intensificar atividades do cenário 1.
- Intensificar o apoio técnico aos gestores.
- Orientar e apoiar os estados prioritários a intensificar as ações de busca ativa de casos suspeitos.
- Reunir-se com gestores de estados prioritários para discutir estratégias de qualificação da assistência.
- Avaliar o plano de investimento emergencial do nível local para ampliação de recursos humanos (RH), e/ou oferta de insumos, e/ou contratualização de leitos, e/ou criação de unidades extras para atendimento. Publicar portaria com aprovação de recursos e definição do plano de investimento.
- Apoiar os gestores na elaboração dos planos de contingência local.

- Desenvolver ações articuladas entre as diferentes áreas técnicas que compõem a Secretaria de Atenção Primária no âmbito do Ministério da Saúde.
- Viabilizar, junto aos estados prioritários, a necessidade de criação de unidades de referência, em caráter excepcional, para a oferta de hidratação venosa.

ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E REGULAÇÃO)

- Manter e intensificar atividades do cenário 1.
- Avaliar a necessidade de envio de equipe de gestão da Força Nacional do SUS (FN-SUS) para realização de apoio ao preparo da rede de urgência para aumento dos casos graves.
- Apoiar tecnicamente os estados e municípios prioritários no planejamento da ampliação do acesso dos pacientes nas unidades de saúde, garantindo o atendimento oportuno dos casos suspeitos de dengue, chikungunya e Zika.
- Orientar a gestão local para a necessidade de reorganização da rede para ampliação da capacidade instalada.
- Monitorar a ocorrência de casos graves e óbitos por dengue, chikungunya e Zika.
- Apoiar a abertura de canais de comunicação com especialistas para fortalecimento da atenção à saúde no cuidado dos casos de dengue, chikungunya e Zika, principalmente os casos graves.
- Apoiar os estados e municípios na elaboração do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial dos trabalhadores e pacientes da rede de urgência e emergência.

COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

- Manter e intensificar atividades do cenário 1.
- Estabelecer porta-vozes.
- Intensificar as atividades do Plano de Comunicação de Risco (campanhas de comunicação e da orientação para mobilização social).
- Apoiar as assessorias de comunicação locais para planejamento de estratégias.
- Divulgar, em canais de comunicação e redes sociais do Ministério da Saúde e parcerias, as ações para contingência da ESP.

8.3 NÍVEL 3

Indicadores para dengue e chikungunya: incidência e óbitos.

Indicadores para Zika: incidência, óbitos, positividade laboratorial em gestantes.

Este nível é ativado quando a taxa de incidência de dengue ultrapassa o limite superior do canal endêmico/diagrama de controle e há óbitos confirmados para dengue. Para chikungunya e Zika, há aumento da incidência por quatro semanas consecutivas (mesmo período do ano anterior ou de anos epidêmicos) e óbito confirmado. Para Zika, considera-se também o aumento de positividade em gestantes.

AÇÕES

GESTÃO

- Intensificar as atividades dos cenários 1 e 2.
- Encaminhar, para o secretário de Vigilância em Saúde, relatório do COE.
- Designar pontos focais para assessoria técnica às UFs e ao porta-voz.
- Formalizar atividades pactuadas e oficializá-las entre as esferas de governo federal, estadual e municipal.
- Apoiar as ações do Plano de Contingência Estadual, que deve ter coordenação do COE local.
- Apoiar o desenvolvimento das ações intersetoriais e interinstitucionais.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Manter e intensificar atividades dos cenários 1 e 2.
- Subsidiar a tomada de decisão para acionamento da Força Nacional do SUS.
- Apoiar a investigação de casos e óbitos de gestantes com suspeita de infecção por Zika.

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

- Manter e intensificar atividades dos cenários 1 e 2.
- Apoiar tecnicamente as UFs para intensificar atividades da vigilância laboratorial.

MANEJO INTEGRADO DE VETORES (VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E CONTROLE VETORIAL)

- Manter e intensificar atividades dos cenários 1 e 2.
- Orientar as SES para avaliar a situação local e a continuidade de atividades de monitoramento entomológico, para direcionar força de trabalho às ações de controle.
- Apoiar tecnicamente as UF's para intensificar o monitoramento de indicadores entomológicos e operacionais, bem como as atividades para controle do vetor.

REDE DE ASSISTÊNCIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- Manter e intensificar atividades dos cenários 1 e 2.
- Avaliar a necessidade de apoio técnico presencial.

ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E REGULAÇÃO)

- Manter e intensificar atividades dos cenários 1 e 2.
- Apoiar a gestão local no fortalecimento da resposta especializada, principalmente em relação ao cuidado dos casos graves.
- Apoiar tecnicamente os estados e municípios para intensificar o monitoramento e o acompanhamento de indicadores assistenciais.
- Apoiar a reorganização dos serviços pertencentes à Rede de Assistência à Saúde, assim como, se necessário, a ampliação da capacidade da rede especializada de atenção à saúde com recursos adicionais (insumos, materiais e equipes) para atendimento à emergência.
- Subsidiar a tomada de decisão para acionamento da FN-SUS.
- Articular, intersetorial e interinstitucionalmente, junto às áreas envolvidas na intensificação das medidas propostas para enfrentamento de epidemias de dengue, chikungunya e Zika, para cada nível de alerta.

COMUNICAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

- Manter e intensificar atividades dos cenários 1 e 2.
- Organizar e coordenar entrevistas do porta-voz do Ministério da Saúde.
- Desenvolver, monitorar, revisar e propor estratégias em relação às ações de comunicação previstas no planejamento.
- Intensificar campanha publicitária a ações em mídias nas regiões onde há maior incidência de casos de arboviroses, com enfoque nos sinais, nos sintomas e na gravidade.

- Responder as demandas de imprensa sobre arboviroses destinadas ao Ministério da Saúde.
- Intensificar atividades estabelecidas no Plano de Comunicação de Risco.

É importante considerar que a definição das etapas não é estanque, sendo assim, a avaliação e o monitoramento dos cenários de risco identificados de acordos com os níveis de ativação são permanentes.

CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA

O **Centro de Operações de Emergência (COE)** é uma estrutura organizacional que tem como objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos. Sua ativação tem como finalidade coordenar as ações de resposta a emergências em saúde pública, incluindo a mobilização de recursos para o restabelecimento dos serviços de saúde e a articulação da informação entre as três esferas de gestão do SUS. É responsável ainda por identificar a necessidade do envio de recursos adicionais (humanos e materiais).

Vale destacar que as ações descritas neste Plano de Contingência são independentes da ativação do COE, de forma que as orientações descritas se aplicam ao cenário de risco apresentado neste Plano.

O COE poderá ser ativado no âmbito federal quando: (i) forem superadas as capacidades relacionadas à vigilância, à assistência e ao diagnóstico nas esferas municipal e/ou estadual; ou (ii) houver necessidade de mobilização regional para coordenação intra e intersetorial e interfederativa das ações de resposta.

Porém, para a **ativação do COE**, deve ser realizada avaliação em conjunto pelas áreas técnicas envolvidas na resposta às ESPs, a partir de situações que configurem potencial risco à saúde pública. Com a avaliação, realiza-se a recomendação ao secretário de Vigilância em Saúde, responsável pela tomada de decisão.

A **desativação do COE**, por sua vez, a depender dos critérios que motivaram a ativação, ocorrerá quando: (i) as capacidades locais/regionais forem restauradas; e/ou (ii) a ESP for controlada, com redução do risco de transmissão; ou, ainda, (iii) quando houver remissão da transmissão pela deterioração das condições epidemiológicas, ambientais e climáticas, que geralmente ocorre ao final do período sazonal. A partir da ativação do COE, poderá ser avaliada a recomendação de declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional ao Ministro da Saúde, bem como de mobilização de recursos humanos, materiais e financeiros adicionais, incluindo apoio internacional especializado.

SALA DE SITUAÇÃO

Com o objetivo de um acompanhamento detalhado de um cenário específico, a criação de uma **Sala de Situação** em saúde é fundamental. Nesse ambiente, são elaboradas estratégias para monitorar e analisar atividades, acompanhar e discutir dados acerca do comportamento das doenças, para disseminação de informações e execução de atividades específicas.

A Sala de Situação pode ser utilizada em diversas áreas além das emergências de saúde pública (ESP). Na área da saúde, esse ambiente é caracterizado como um espaço físico e virtual, dotado de visão integral e intersetorial, em que os dados de saúde e doença são analisados por uma equipe técnica, que indica a situação da saúde em uma região definida. A Sala de Situação possibilita análise de informações que subsidiam a tomada de decisões visando à melhoria das condições de saúde (COIFMAN, 2020).

Os dados levantados e analisados na Sala de Situação dão embasamento para a elaboração de estratégias, direcionando uma melhoria contínua à gestão dos planos de contingência. A partir das informações levantadas pelos componentes de um plano de contingência (gestão, vigilância epidemiológica, vigilância laboratorial, manejo integrado de vetores, assistência em saúde, comunicação e mobilização social) são conjugados conhecimentos para compreender o processo saúde-doença, prever as necessidades, identificar as condições de risco e orientar a definição de prioridades e a utilização de recursos disponíveis para planejar e administrar os sistemas de saúde.

As principais atribuições de uma Sala de Situação em saúde são, em suma:

- Apoio no planejamento de ações e/ou na construção de planos de enfrentamento de ESP.
- Realização de monitoramento de vários temas de interesse.
- Avaliação da probabilidade da ocorrência do risco de cada tema.
- Detecção da alteração do padrão epidemiológico.
- Ativação permanente ou temporária.
- Não necessita de resposta coordenada e de articulação com outras esferas.
- Pode indicar a ativação de um COE.

Como observado no Plano de Contingência, o COE e a Sala de Situação podem ser implantados para fortalecer a resposta às ESPs por arboviroses. O Quadro 4 apresenta as principais diferenças entre os dois.

QUADRO 4 • Principais diferenças entre COE e Sala de Situação

COE	SALA DE SITUAÇÃO
Evento de saúde pública instituído	Detecta alteração do padrão epidemiológico
Um tema apenas sob monitoramento	Monitoramento de vários temas de interesse
Caráter temporário	Caráter temporário ou permanente
Várias áreas participantes	Um a dois técnicos na rotina
Resposta coordenada na esfera de gestão	Não necessita de resposta coordenada
Articulação com outras instituições ou esferas de gestão	Não necessita de articulação com outras esferas
Avaliação do risco do evento de saúde pública instalado	Avaliação da probabilidade da ocorrência do risco de cada tema
Ativação/desativação indicada pela avaliação de riscos e decisão da gestão	Pode indicar a ativação de um COE

Fonte: Cgarb/Deidt/SVS/MS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

Regulamento Sanitário Internacional (RSI) – 2005. Brasília, DF: Anvisa, 2009. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo n.º 395/2009, publicado no DOU de 10 de julho de 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 19 ago. 2022.

BORTMAN, M. Elaboración de corredores o canales endêmicos mediante planillas de cálculos. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 5, n. 1, p. 1-8, ene. 1999. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1999.v5n1/1-8/es/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Departamento de Minimização de Desastres. **Módulo de formação: elaboração de plano de contingência: livro base.** Brasília, DF: Ministério da Integração Nacional, 2017a. Disponível em: <https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosDefesaCivil/ArquivosPDF/publicacoes/II---Plano-de-Contingencia---Livro-Base.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/296757/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2.952, de 14 de dezembro de 2011.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_nacional_epidemias_dengue.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança.** 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Chikungunya: manejo clínico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_sentinela_doencas_arbovirus.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único.** 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. **Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_saude_publica_inundacao.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/@download/file/Guia%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde_5ed_21nov21_isbn5.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Resumo executivo Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resumo_saude_brasil_2015_2016.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm. Acesso em: 22 ago. 2022.

COIFMAN, A. **Sala de Situação em Saúde**: entenda como funciona. Redação Hygia, 2020. Hygia Blog. Disponível em: <https://blog.hygia.com.br/sala-de-situacao-em-saude/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

GOMES, A. C. *et al.* *Aedes albopictus* em área rural do Brasil e implicações na transmissão de febre amarela silvestre. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 95-97, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n1/0027.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Documento operacional para a execução do manejo integrado de vetores adaptado ao contexto das Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2019a. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51762>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Documento técnico para a implementação de intervenções baseado em cenários operacionais genéricos para o controle do *Aedes aegypti***. Washington, D.C.: OPAS, 2019b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51653>. Acesso em: 22 ago. 2022.

REZENDE, R. H. *et al.* First report of *Aedes albopictus* infected by Dengue and Zika virus in a rural outbreak in Brazil. **PLoS One**, v. 15, n. 3, e0229847, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229847>. Acesso em: 22 ago. 2022.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique aqui e responda a pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.gov.br/bvs

Relatório da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil

Antecedentes

O Brasil enfrenta, na atualidade, um complexo cenário epidemiológico, caracterizado pela circulação simultânea de três arboviroses de importância para a saúde pública – dengue, chikungunya e Zika –, transmitidas pelo *Aedes aegypti*, que atua como vetor dessas doenças.

Além das epidemias explosivas determinadas por esses três arbovírus, um crescente aumento de formas graves e atípicas tem sido observado. Destacam-se registros de manifestações neurológicas (síndrome de Guillain-Barré) e microcefalias, potencialmente associadas ao vírus Zika. O acentuado aumento de casos de microcefalia levou o governo brasileiro a decretar situação de emergência em saúde pública de importância nacional. Considerando a disseminação dos casos de infecção pelo vírus Zika na região das Américas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou que este era um caso de emergência em saúde pública de importância internacional.

Os métodos atuais de controle do *Aedes aegypti* preconizados pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) não estão sendo suficientes para diminuir a população de mosquitos, tampouco propiciar a redução da incidência das doenças transmitidas por esse vetor.

Por esta razão, é necessário que novas alternativas de controle de vetores sejam avaliadas sob a perspectiva de sua eficácia e viabilidade de aplicação em escala ampliada, entre outros atributos a serem considerados, com vistas à futura incorporação no PNCD.

Nesse sentido, foi organizada a Reunião Internacional para Avaliação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil. A reunião foi promovida pelo Ministério da Saúde, com apoio da representação brasileira da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e realizada nos dias 17 e 18 de fevereiro de 2016, no Hotel San Marco, em Brasília-DF.

O objetivo da Reunião foi avaliar novas tecnologias para o controle do *Aedes aegypti*, com base

em evidências de seus resultados e potencial para utilização em escala ampliada.

Participaram 29 especialistas convidados nacionais e oito especialistas internacionais, além de gestores de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e gestores e técnicos do Ministério da Saúde. A lista dos participantes encontra-se no Apêndice 1. Ressalta-se que as recomendações do relatório foram consensuadas ainda que o texto em sua versão final não tenha sido submetido à apreciação dos participantes da oficina. Desta forma, pode não refletir a sua posição individual.

Atividades realizadas

A cerimônia de abertura do evento, em 17 de fevereiro de 2016, contou com a presença do Ministro de Estado da Saúde, do representante da OPAS/OMS no Brasil, do Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e dos representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Após a cerimônia de abertura, foram realizadas as seguintes apresentações:

- Estratégias do Brasil no controle do *Aedes aegypti*
 - Giovanini Evelim Coelho (Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue, DEVIT/SVS/MS, Brasil)
- Avaliação crítica dos métodos de controle do *Aedes*
 - Scott Ritchie (James Cook University, Austrália)
 - Amy Morrison (University of California, Estados Unidos)
- Experiência do uso da *Wolbachia* no Brasil
 - Luciano Andrade Moreira (Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/MG, Brasil)
- Experiência do uso de mosquitos transgênicos no Brasil
 - Margareth Capurro (Universidade de São Paulo – USP, Brasil)
- Abordagem integrada no gerenciamento de vetores utilizando o componente *sterile insect technique* (SIT) para o controle da população de *Aedes aegypti*
 - Konstantinos Bourtzis (International Atomic Energy Agency, Áustria)
- Uso de mosquitos adultos para dispersão de inseticidas em Iquitos, Peru

- Greg Devine (QIMR Berghofer, Austrália)
- Uso de mosquitos adultos para dispersão de inseticidas em municípios do Amazonas, Brasil
 - Sérgio Luiz Bessa Luz (Fiocruz/AM, Brasil)
- Uso de materiais com inseticidas
 - Pablo Manrique-Saide (Universidad Autónoma de Yucatán, México)
- Aplicação residual intradomiciliar
 - Scott Ritchie (James Cook University, Austrália)
- Abordagem eco-bio-social no controle do *Aedes*
 - Andrea Caprara (Universidade Estadual do Ceará – Uece, Brasil)
- Abordagem de controle vetorial por mapeamento de risco
 - Gonzalo Vazquez-Prokopec (Emory University, Estados Unidos)

As apresentações foram seguidas de debate com participação dos palestrantes e dos demais presentes.

No segundo dia, foram realizadas apresentações sobre experiências locais no uso de estratégias alternativas:

- Experiência do Programa de Controle da Dengue no Município de Belo Horizonte-MG
 - Fabiano Geraldo Pimenta Júnior (Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil)

- Experiência do Programa de Controle da Dengue no Município de Natal-RN
 - Alexandre de Medeiros (Secretaria Municipal de Saúde de Natal-RN, Brasil)
 - Experiência do Programa de Controle da Dengue no Município do Recife/PE
 - Jailson de Barros Correia (Secretaria de Saúde do Recife-PE, Brasil)
 - Experiência do Programa de Controle da Dengue no Estado da Bahia
 - Roberto Badaró (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil)
 - Experiência do Programa de Controle da Dengue na Ilha de Florida Keys, Estados Unidos
 - Michael Doyle (Florida Keys, Estados Unidos)
- Em seguida, foi realizado debate com participação dos palestrantes e dos integrantes do evento.

Concomitantemente, foi realizada a compilação dos dados derivados da avaliação dos participantes sobre as tecnologias apresentadas anteriormente. Esta avaliação foi orientada por uma matriz elaborada para a finalidade desta reunião e incluiu os seguintes atributos elencados para apoiar a reflexão sobre as tecnologias inovadoras:

- 1- Eficácia, conforme evidências disponíveis (compreendendo eficácia relacionada ao

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Sônia Maria Feitosa Brito, Alexandre Fonseca Santos, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, Elisete Duarte, Fábio Caldas de Mesquita, Geraldo da Silva Ferreira, Gilberto Alfredo Pucca Jr., Márcia Beatriz Dieckmann Turcato, Marcos da Silveira Franco e Maria de Fátima Marinho de Souza.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Giovanini Evelim Coelho (Revisão Final); Izabel Lucena Gadioli (Editora Assistente).

Colaboradores

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Ana Laura de Sene A. Zara e Elisete Duarte.
Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue/DEVIT/SVS/MS: Cristiane Vieira de Assis Pujol-Luz.
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/PR: Leila Posenato Garcia.
Organização Pan-Americana da Saúde: Carlos F. Campelo de A. e Melo.

Secretaria Executiva

Raissa Christófaro (CGDEP/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

Diagramação

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Normalização

Dandara Baça de Jesus Lima

controle da população de mosquitos, ou ao impacto sobre a ocorrência da doença, de acordo com as possibilidades);

- 2- Tempo de introdução da tecnologia em larga escala;
- 3- Adequação da tecnologia ao porte do município;
- 4- Comprometimento orçamentário para implantação (percentual em relação ao Piso Fixo da Vigilância em Saúde – PFVS);
- 5- Interação com as demais tecnologias;
- 6- Disponibilidade para implementação em curto, médio e longo prazos;
- 7- Capacidade de infraestrutura local;
- 8- Impacto da estratégia na infestação;
- 9- Impacto da estratégia na Proteção para gestantes; e
- 10- Adesão da população.

Foi realizada a apresentação dos dados compilados sobre a avaliação das tecnologias pelos participantes, considerando-se os atributos acima elencados. Esta etapa foi seguida por discussão sobre possíveis cenários de utilização e incorporação de novas tecnologias para o controle do *Aedes aegypti* no Brasil.

Resultados e recomendações

As recomendações resultantes das discussões dos especialistas foram categorizadas da seguinte forma:

- 1- Tecnologias recomendadas para inclusão nas diretrizes do PNCD – aquelas com potencial efetividade e segurança, que poderiam ser incorporadas ao rol de ações previstas no PNCD, para a população em geral;
- 2- Tecnologias recomendadas para inclusão nas diretrizes do PNCD para a situação específica das gestantes – poderiam ser incorporadas ao rol de ações previstas no PNCD, com potencial efetividade e segurança para a proteção específica às gestantes;
- 3- Tecnologias recomendadas para estudos e pesquisas prioritárias – consideradas promissoras, tendo em vista as evidências disponíveis, que todavia carecem de avaliações adicionais.

Estas tecnologias estão apresentadas nos Quadros 1, 2 e 3.

Considerações finais

Foi consenso entre os participantes a inexistência de solução única para o controle do *Aedes aegypti* no Brasil. Deve-se lançar mão da implementação de diferentes estratégias de maneira integrada, desde que sejam seguras, eficazes e compatíveis entre si.

Evidenciou-se a necessidade da adoção de um

Quadro 1 – Tecnologias recomendadas para inclusão nas diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue

Abordagem eco-bio-social
A abordagem eco-bio-social destaca a educação social e o cuidado com o meio ambiente como aliados do controle vetorial. Essa abordagem possui três elementos principais: 1) transdisciplinaridade: implica uma visão inclusiva dos problemas de saúde relacionados com o ecossistema; 2) participação dos interessados: envolve diversos parceiros, inclusive a comunidade local; e 3) equidade: compreende a participação equânime de homens e mulheres e de diferentes grupos sociais no envolvimento das ações de combate ao <i>Aedes</i> . Na prática, consiste em uma abordagem conduzida por vários setores da comunidade, que inclui a educação em saúde e a educação ambiental, e incentiva o uso de ferramentas mecânicas sem a utilização de inseticidas para controle vetorial. Materiais de educação em saúde apropriados social e culturalmente são desenvolvidos e utilizados. As atividades são centradas na eliminação dos reservatórios de água, na colocação de tampas nos recipientes mais propícios para proliferação dos mosquitos e na instalação de telas sobre as janelas e portas. ^{1,2}
Mapeamento de risco
É uma tecnologia que consiste em avaliar e identificar áreas de risco aumentado para transmissão da dengue em determinados territórios, utilizando estatísticas espaciais locais. Ao serem relacionados os dados espaciais com dados da vigilância entomológica – características, presença, índices de infestação, avaliação da eficácia dos métodos de controle –, da vigilância epidemiológica e das redes laboratorial e de saneamento, as ações específicas de controle vetorial poderão ser direcionadas para áreas prioritárias. ^{3,4}
Disseminação de inseticida por mosquitos utilizando ovitrampas impregnadas
Consiste em uma estratégia para atrair as fêmeas de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> até pequenos recipientes, chamados de “estações de disseminação” (ovitrampas impregnadas com larvicidas à base de hormônios juvenoides sintéticos). Nas estações de disseminação, as micropartículas do inseticida em pó aderem ao corpo do mosquito e são levadas por ele até os criadouros, em um raio aproximado de 400 metros. Quando as fêmeas pousam nos reservatórios para ovipor, ocorre a contaminação da água por meio das partículas dos inseticidas deixadas pelas fêmeas, e, assim, a água dos criadouros passa a ser letal para as larvas dos mosquitos, que morrem antes de chegarem à fase adulta. ^{5,6}
Nebulização espacial intradomiciliar
Para o controle do <i>Aedes aegypti</i> , vários tipos de equipamentos são empregados na aplicação de inseticidas, como o ultra baixo volume (UBV), o nebulizador a frio (motorizado) e o termonebulizador. ⁷ A atuação dos nebulizadores consiste em fragmentar as partículas do inseticida em gotículas diminutas (aerossóis) que, em suspensão, atingem de forma letal os mosquitos adultos, atuando diretamente no bloqueio da transmissão. ⁷ A cobertura com utilização de equipamentos portáteis é menor quando comparada com a veicular, porém apresenta maior eficiência, além de poder ser realizada em qualquer horário. ⁷

Quadro 2 – Tecnologias recomendadas para inclusão nas diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue para a situação específica das gestantes

Telas e cortinas (impregnadas ou não)
A instalação de telas e/ou cortinas impregnadas com inseticidas nas janelas e portas das residências, escolas e unidades de saúde tem demonstrado eficácia na redução da infestação por <i>Aedes aegypti</i> . ⁸
Pulverização de inseticida residual intradomiciliar
A pulverização/borrifação de inseticida residual domiciliar (borrifação residencial intradomiciliar – BRI; ou <i>indoor residual spraying</i> – IRS) consiste na aplicação de inseticida dentro das residências, em locais que possam matar por contato os mosquitos adultos. ⁹
Proteção individual com repelentes
Consiste na utilização de produtos tópicos para repelir os mosquitos vetores, na forma de cremes, líquidos ou aerossóis aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Quadro 3 – Tecnologias recomendadas para estudos e pesquisas prioritárias

Controle biológico com a bactéria <i>Wolbachia</i>
Técnica de controle biológico do vetor, com o uso da <i>Wolbachia</i> , uma espécie de bactéria simbiote intracelular, inofensiva ao homem e a animais domésticos, encontrada naturalmente em mais de 60% dos insetos. Esta é uma abordagem inovadora, cujo objetivo é reduzir a transmissão do vírus da dengue de forma natural e autossustentável por diminuição da capacidade vetorial do mosquito. ^{10,11} A estratégia consiste em infectar o mosquito <i>Aedes aegypti</i> com cepas específicas da <i>Wolbachia</i> , capazes de reduzir a transmissão de arbovírus, inclusive o vírus da dengue, e possivelmente o da chikungunya e o Zika vírus, em função da competição por aminoácidos entre a bactéria e o vírus. ^{10,12,13} A <i>Wolbachia</i> também é capaz de interferir no ciclo reprodutivo do mosquito hospedeiro, reduzindo drasticamente a fecundidade. Espera-se que, quando a população de mosquitos estiver infectada, a cadeia de transmissão do vírus seja interrompida. ^{12,14,15}
Mosquitos irradiados (SIT)
A técnica de esterilização de insetos (<i>sterile insect technique</i> – SIT) pode ser realizada por modificações genéticas ou irradiação. SIT por irradiação consiste em tratar os insetos machos com uma dose mínima de raios gama ou raios X para provocar esterilização dos machos. O acasalamento de machos estéreis liberados com fêmeas selvagens nativas pode levar a uma diminuição do potencial reprodutivo das fêmeas e contribuir para a eliminação local ou supressão da população de vetores, caso o número de machos liberados seja suficiente e ocorra durante o tempo necessário. ^{16,17}
Controle biológico com a bactéria <i>Wolbachia</i> + mosquitos irradiados (SIT+IIT)
A combinação das técnicas de SIT e de insetos incompatíveis (<i>incompatible insect technique</i> – IIT) por <i>Wolbachia</i> foi criada com o objetivo de suprimir a necessidade de sexagem dos insetos. ¹⁶ A técnica consiste em infectar os mosquitos com <i>Wolbachia</i> e depois submetê-los à exposição de raios X ou raios gama, sem necessidade de sexagem dos mosquitos. ¹⁶
Mosquitos transgênicos
As estratégias genéticas para o controle de vetores são geralmente divididas em duas etapas. A primeira consiste em supressão, contenção ou erradicação populacional, e visa reduzir ou mesmo eliminar espécies de mosquitos por meio do desenvolvimento de genes letais ou capazes de tornar os insetos estéreis. A segunda etapa envolve a transformação da população ou sua substituição, não para eliminar o vetor, mas a fim de favorecer uma substituição que será responsável pela introdução de um gene efetor para reduzir ou bloquear a transmissão da doença na população selvagem. ^{18,19} No caso de mosquitos, para a criação em massa e liberação no meio ambiente, é essencial o uso de tecnologias de sexagem, porque apenas os machos podem ser liberados, uma vez que não se alimentam de sangue, como as fêmeas, reduzindo-se o risco de picadas e a transmissão de doenças. ^{18,19}
Repelentes espaciais domiciliares
São dispositivos que contêm inseticidas de liberação lenta e contínua no ambiente domiciliar, com durabilidade do efeito por até 20 dias. A estratégia se mostrou efetiva para evitar as picadas e matar as fêmeas do <i>Aedes aegypti</i> . Os mosquitos expostos a formulações de 5% ou 10% de metoflutrina são quase totalmente inibidos de picar – dentro de poucos minutos as fêmeas do <i>Aedes aegypti</i> ficam desorientadas e procuram locais de repouso. Segundo pesquisadores, 80% a 90% dos mosquitos morrem em menos de uma hora. ^{20,21}
Larvicidas biológicos
Larvicidas biológicos são alternativas disponíveis para substituir inseticidas. O <i>Bacillus thuringiensis israelensis</i> (Bti) mostrou-se eficaz no controle do <i>Aedes aegypti</i> em ensaios laboratoriais e na aplicação no campo. Tem elevada propriedade larvívora e seu mecanismo de atuação baseia-se na produção de endotoxinas proteicas letais para as larvas. ^{7,22,23}

conjunto de estratégias, que perpassam o fortalecimento das atividades já estabelecidas no PNCD – incluindo a realização de visitas domiciliares, ações de educação e supressão de criadouros –, acrescidas por novas tecnologias, complementares às atividades já estabelecidas ou que com elas tenham sinergia.

Foram destacadas a abordagem eco-bio-social e o

mapeamento de risco como tecnologias que podem ser consideradas transversais, com recomendação para utilização integrada a outras tecnologias, tanto as existentes quanto as novas, de modo a serem potencializados os efeitos das medidas de controle do *Aedes aegypti*.

As outras tecnologias recomendadas para inclusão

nas diretrizes do PNCD foram a disseminação de inseticida por ovitrampas e a nebulização espacial intradomiciliar.

Para a situação específica das gestantes, foram recomendadas telas e cortinas (impregnadas ou não com inseticidas), aplicação de inseticida residual intradomiciliar e proteção individual com repelentes.

Foram destacadas como tecnologias promissoras, recomendadas para estudos e pesquisas prioritárias, o controle biológico com a bactéria *Wolbachia*, a liberação de mosquitos irradiados (SIT), a técnica resultante da combinação do controle biológico com a bactéria *Wolbachia* e mosquitos transgênicos, os repelentes espaciais domiciliares e os larvicidas biológicos.

Recomendou-se que a implementação destas novas tecnologias venha a ser apoiada por protocolos de operacionalização a serem desenvolvidos. Outra recomendação importante refere-se à necessidade do desenvolvimento de estudos de avaliação da implementação destas tecnologias, bem como de seus resultados e custos.

No que concerne à utilização de inseticidas, salientou-se a necessidade de fortalecimento das ações de monitoramento da resistência dos vetores a estes produtos.

Cabe ressaltar que o elenco das tecnologias recomendadas não contempla todas as tecnologias existentes ou em desenvolvimento, uma vez que a avaliação se restringiu àquelas apresentadas pelos especialistas convidados. Portanto, as tecnologias recomendadas não esgotam as possibilidades de inovações no controle do *Aedes aegypti*, e novas tecnologias poderão ser consideradas e incorporadas no futuro.

Foi destacada também a necessidade de articulação e negociação com os desenvolvedores e fabricantes dessas tecnologias, uma vez que a tomada de decisão a respeito de sua adoção deverá levar em conta sua disponibilidade para implantação em larga escala, o tempo necessário para esta implantação, assim como o custo e os demais recursos necessários.

É importante também ressaltar que a eliminação dos criadouros do mosquito é tarefa complexa na realidade brasileira, especialmente nas localidades onde as condições de moradia e do entorno são precárias, o saneamento é inadequado e a coleta de lixo é irregular ou ausente. A inexistência ou intermitência no abastecimento de água é outro fator que contribui para a proliferação do *Aedes aegypti*.

É evidente que as iniciativas do setor saúde apresentam limites frente aos determinantes sociais. Ademais, a aplicação de larvicidas e inseticidas sem o devido controle pode apresentar potenciais implicações para a saúde humana e ambiental.

Desta forma, as ações de controle vetorial devem ser acompanhadas por investimentos e ações efetivas nas áreas de educação, moradia, saneamento básico, resíduos sólidos e urbanismo. A redução das desigualdades sociais e a melhoria das condições de vida da população são condições indispensáveis para a superação das epidemias e endemias existentes no Brasil, com benefícios adicionais esperados, como o aumento da expectativa de vida saudável.

Como limitação do evento, foi indicado que, diante do complexo desafio para o controle do *Aedes*, a contribuição de outras tecnologias e abordagens fundamentadas nas ciências sociais deveria ser considerada em eventos futuros da natureza dessa Reunião, objetivando uma melhor compreensão do problema e seu enfrentamento em contextos específicos.

Por fim, foi consenso para os participantes da Reunião que a declaração da emergência em saúde pública, frente à epidemia de microcefalia possivelmente relacionada à infecção pelo vírus Zika, favorece a mobilização de toda a sociedade para o enfrentamento do problema, o que efetivamente representa uma oportunidade a ser explorada com vistas ao fortalecimento das estratégias já conhecidas para o controle do *Aedes*, bem como para a adesão às tecnologias inovadoras a serem incorporadas pelo PNCD.

Referências

1. TDR. Dengue control support through eco-bio-social approach [Internet]. TDR News Item. 2013 [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.who.int/tdr/news/2013/dengue_control/en/
2. Lima EP, Goulart MOF, Rolim Neto ML. Meta-analysis of studies on chemical, physical and biological agents in the control of *Aedes aegypti*. BMC Public Health [Internet]. 2015 Dec 4;15(1):858. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/858>
3. LaCon G, Morrison AC, Astete H, Stoddard ST, Paz-Soldan VA, Elder JP, et al. Shifting patterns of *Aedes aegypti* fine scale spatial clustering in Iquitos, Peru. Diuk-Wasser MA, editor. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2014 Aug 7;8(8):e3038. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0003038>

4. Vazquez-Prokopec GM, Kitron U, Montgomery B, Horne P, Ritchie SA. Quantifying the spatial dimension of dengue virus epidemic spread within a tropical urban environment. Gubler DJ, editor. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2010 Dec 21;4(12):e920. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0000920>
5. Abad-Franch F, Zamora-Perea E, Ferraz G, Padilla-Torres SD, Luz SLB. Mosquito-disseminated pyriproxyfen yields high breeding-site coverage and boosts juvenile mosquito mortality at the neighborhood scale. Lenhart A, editor. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2015 Apr 7;9(4):e0003702. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0003702>
6. Devine GJ, Perea EZ, Killeen GF, Stancil JD, Clark SJ, Morrison AC. Using adult mosquitoes to transfer insecticides to *Aedes aegypti* larval habitats. Proc Natl Acad Sci [Internet]. 2009 Jul 14;106(28):11530–4. Available from: <http://www.pnas.org/lookup/doi/10.1073/pnas.0901369106>
7. Brasil. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.; 2009. 160 p.
8. Manrique-Saide P, Che-Mendoza A, Barrera-Perez M, Guillermo-May G, Herrera-Bojorquez J, Dzúl-Manzanilla F, et al. Use of insecticide-treated house screens to reduce infestations of dengue virus vectors, Mexico. Emerg Infect Dis [Internet]. 2015 Feb;21(2):308–11. Available from: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/2/14-0533_article.htm
9. Paredes-Esquivel C, Lenhart A, del Río R, Leza MM, Estrugo M, Chalco E, et al. The impact of indoor residual spraying of deltamethrin on dengue vector populations in the Peruvian Amazon. Acta Trop [Internet]. 2016 Feb;154:139–44. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001706X15301443>
10. Hoffmann AA, Montgomery BL, Popovici J, Iturbe-Ormaetxe I, Johnson PH, Muzzi F, et al. Successful establishment of *Wolbachia* in *Aedes* populations to suppress dengue transmission. Nature [Internet]. 2011 Aug 24;476(7361):454–7. Available from: <http://www.nature.com/doi-finder/10.1038/nature10356>
11. Moreira LA, Iturbe-Ormaetxe I, Jeffery JA, Lu G, Pyke AT, Hedges LM, et al. A *Wolbachia* symbiont in *Aedes aegypti* limits infection with dengue, chikungunya, and plasmodium. Cell. 2009;139(7):1268–78.
12. Sinkins SP. *Wolbachia* and arbovirus inhibition in mosquitoes. Futur Microbiol. 2013;8(10):1249–56.
13. Caragata EP, Rancès E, O'Neill SL, McGraw EA. Competition for amino acids between *Wolbachia* and the mosquito host, *Aedes aegypti*. Microb Ecol. 2014;67(1):205–18.
14. Bull JJ, Turelli M. *Wolbachia* versus dengue: Evolutionary forecasts. Evol Med Public Heal [Internet]. 2013;2013(1):197–207. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3847891&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
15. Ye YH, Carrasco AM, Frentiu FD, Chenoweth SF, Beebe NW, van den Hurk AF, et al. *Wolbachia* reduces the transmission potential of dengue-infected *Aedes aegypti*. Rasgon JL, editor. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2015 Jun 26;9(6):e0003894. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pntd.0003894>
16. Zhang D, Lees RS, Xi Z, Gilles JRL, Bourtzis K. Combining the Sterile Insect Technique with *Wolbachia*-Based Approaches: II- a safer approach to *Aedes albopictus* population suppression programmes, designed to minimize the consequences of inadvertent female release. Favia G, editor. PLoS One [Internet]. 2015 Aug 7;10(8):e0135194. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0135194>
17. Atyame CM, Labbé P, Lebon C, Weill M, Moretti R, Marini F, et al. Comparison of Irradiation and *Wolbachia* Based Approaches for Sterile-Male Strategies Targeting *Aedes albopictus*. López-Martínez G, editor. PLoS One [Internet]. 2016 Jan 14;11(1):e0146834. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0146834>
18. Araújo H, Carvalho D, Ioshino R, Costa-da-Silva A, Capurro M. *Aedes aegypti* control strategies in Brazil: incorporation of new technologies to overcome the persistence of dengue epidemics. Insects [Internet]. 2015 Jun 11;6(2):576–94. Available from: <http://www.mdpi.com/2075-4450/6/2/576/>

19. Carvalho DO, Costa-da-Silva AL, Lees RS, Capurro ML. Two step male release strategy using transgenic mosquito lines to control transmission of vector-borne diseases. *Acta Trop* [Internet]. 2014 Apr;132(Suppl):S170–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001706X13002738>
20. Ritchie SA, Devine GJ. Confusion, knock-down and kill of *Aedes aegypti* using metofluthrin in domestic settings: a powerful tool to prevent dengue transmission? *Parasit Vectors* [Internet]. 2013;6(1):262. Available from: <http://www.parasitesandvectors.com/content/6/1/262>
21. Rapley LP, Russell RC, Montgomery BL, Ritchie SA. The effects of sustained release metofluthrin on the biting, movement, and mortality of *Aedes aegypti* in a domestic setting. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2009 Jul;81(1):94–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19556573>
22. Tetreau G, Chandor-Proust A, Faucon F, Stalinski R, Akhouayri I, Prud'homme SM, et al. Contrasting patterns of tolerance between chemical and biological insecticides in mosquitoes exposed to UV-A. *Aquat Toxicol* [Internet]. 2013 Sep;140-141:389–97. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0166445X13001793>
23. Boyce R, Lenhart A, Kroeger A, Velayudhan R, Roberts B, Horstick O. *Bacillus thuringiensis israelensis* (Bti) for the control of dengue vectors: systematic literature review. *Trop Med Int Heal* [Internet]. 2013 May;18(5):564–77. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/tmi.12087>

Apêndice I - Lista dos participantes da Reunião Internacional para Avaliação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil

Participantes internacionais		
Amy Morrison	University of California	Estados Unidos
Gonzalo Vazquez-Prokopec	Emory University	Estados Unidos
Greg Devine	QIMR Berghofer	Austrália
Konstantinos Bourtzis	International Atomic Energy Agency	Áustria
Michael Doyle	Florida Keys	Estados Unidos
Pablo Manrique-Saide	Universidad Autónoma de Yucatán	México
Scott Ritchie	James Cook University	Austrália
Haroldo Bezerra	OPAS/Washington	Estados Unidos
Participantes nacionais		
Carlos Frederico Melo	OPAS/Brasil	Distrito Federal
Andrea Caprara	UECE	Ceará
Gonçalo Ferraz	UFRGS	Rio Grande do Sul
Luciano Pamplona G. Cavalcanti	UFC	Ceará
Margareth de Lara C. Guimarães	USP	São Paulo
Pedro Luiz Tauil	UnB	Distrito Federal
Carolina Rezende Melo da Silva	MCTI	Distrito Federal
Leila Posenato Garcia	IPEA/PR	Distrito Federal
Alessandre de Medeiros Tavares	SMS/Natal	Rio Grande do Norte
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior	SMS/Belo Horizonte	Minas Gerais
Jailson de Barros Correia	SMS/Recife	Pernambuco
Jonas Moura de Araújo	SMS/Água Branca	Piauí
Marcus Alexandre Petrilli	SMS/São Carlos	São Paulo
Ubiratan Pedrosa	SMS/Arapiraca	Alagoas
Zamir Martins	SMS/São Gonçalo	Rio de Janeiro
Antônio Silva L. Neto	SES	Ceará
Gilsa Aparecida Pimenta Rodrigues	SES	Espírito Santo
Ricardo de Oliveira	SESA	Rio Grande do Sul
Roberto Badaró	SES	Bahia
Dalton Pereira da F. Júnior	SUCEN	São Paulo
Jair Virgino	MOSCAMED	Bahia
Nereu Henrique Mansano	Conass	Distrito Federal
Jurandi Frutuoso	Conass	Distrito Federal
Denise Valle	Fiocruz	Rio de Janeiro
Elvira Zamora Perea	Fiocruz	Amapá
Luciano Andrade Moreira	Fiocruz	Minas Gerais
Ricardo Lourenço de Oliveira	Fiocruz	Rio de Janeiro
Sérgio Luiz Bessa Luz	Fiocruz	Amazonas
Valcler Rangel Fernandes	Fiocruz	Rio de Janeiro
Allan Kardec Ribeiro Galardo	Ministério da Saúde	Amapá
Ima Aparecida Braga	Ministério da Saúde	Minas Gerais
Diogo Alves	AISA/MS	Distrito Federal
Francisco Viegas N. da Silva	AISA/MS	Distrito Federal
Sônia Maria P. Damasceno	AISA/MS	Distrito Federal
Thaís Goes De Faria	AISA/MS	Distrito Federal
Luis Paulo M. Dias	GAB/SVS	Distrito Federal
Camile Giarretta Sachetti	SCTIE/MS	Distrito Federal
Cássia F. R. Fernandes	SCTIE/MS	Distrito Federal
Eduardo Costa	SCTIE/MS	Distrito Federal

Participantes nacionais		
Gabriela B. T. Melo	SCTIE/MS	Distrito Federal
Fernanda Martins Torres	SCTIE/MS	Distrito Federal
João Geraldo de O. Júnior	SCTIE/MS	Distrito Federal
Márcia Motta	SCTIE/MS	Distrito Federal
Pedro Prata	SCTIE/MS	Distrito Federal
Tazio Vanni	SCTIE/MS	Distrito Federal
Ana Laura de Sene A. Zara	SVS/MS	Distrito Federal
Cláudio Maierovitch	SVS/MS	Distrito Federal
Cristiane Vieira A. P. Luz	SVS/MS	Distrito Federal
Daniele Silva de M. V. Simões	SVS/MS	Distrito Federal
Elisete Duarte	SVS/MS	Distrito Federal
Giovanini Evelim Coelho	SVS/MS	Distrito Federal
Jaqueline Martins	SVS/MS	Distrito Federal
João Luiz Sousa Carvalho	SVS/MS	Distrito Federal
Juliana Souza e Silva	SVS/MS	Distrito Federal
Juliane Maria A. S. Malta	SVS/MS	Distrito Federal
Kauara Campos	SVS/MS	Distrito Federal
Laura Nogueira da Cruz	SVS/MS	Distrito Federal
Lívia Carla Vinhal Frutuoso	SVS/MS	Distrito Federal
Paulo Cesar da Silva	SVS/MS	Distrito Federal
Priscila Leal Leite	SVS/MS	Distrito Federal
Roberta Gomes V. Carvalho	SVS/MS	Distrito Federal
Rodrigo Lins Frutuoso	SVS/MS	Distrito Federal
Sulamita Barbiratto	SVS/MS	Distrito Federal
Tatiana Mingote F. de Azara	SVS/MS	Distrito Federal



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Gabinete

DESPACHO

SAES/GAB/SAES/MS

Brasília, 21 de julho de 2023.

1. **ENCAMINHE-SE ao Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS**, para conhecimento, avaliação e emissão de parecer técnico acerca da Indicação nº 130/2023 (0034876646).
2. Após, retorne-se a este Gabinete para prosseguimento junto à ASPAR/MS.

ELESBÃO GOMES NETO

Coordenador de Gestão Técnica e Administrativa substituto



Documento assinado eletronicamente por **Elesbão Gomes Neto, Coordenador(a) de Gestão Técnica e Administrativa substituto(a)**, em 21/07/2023, às 10:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0034898355** e o código CRC **21AB8B66**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Urgência

DESPACHO

CGURG/DAHU/SAES/MS

Brasília, 25 de julho de 2023.

Trata-se do Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR ([0034876599](#)), de 13 de julho de 2023, da Casa Civil da Presidência da República, o qual remete cópia do Ofício 1ªSEC/I/E/nº 22/2023, de 14 de março de 2023, da Câmara dos Deputados, acompanhada da Indicação Parlamentar nº 130/2023 ([0034876646](#)), de autoria do Deputado Federal Tião Medeiros.

O Despacho ASPAR ([0034878324](#)) solicita análise e emissão de parecer sobre a sugestão à Sra. Ministra da Saúde, Dra. Nísia Trindade, de que sejam reajustados os valores dos repasses do governo federal para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.

Em atenção ao Despacho GAB/SAES ([0034898355](#)), esta Coordenação-Geral de Urgência informa que ocorreu no bojo do processo [25000.099620/2023-13](#) os encaminhamentos necessários à alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, que dispo de novos valores de incentivo financeiro de custeio para manutenção das unidades móveis e Centrais de Regulação das Urgências (CRU) efetivamente implantadas do SAMU 192. As justificativas apresentadas relativas à necessidade da alteração supracitada foram demonstradas na Nota Técnica nº 15/2023-CGURG/DAHU/SAES ([0034704232](#)) constante do referido processo, a qual embasou a edição da [Portaria GM/MS nº 958, de 17 de julho de 2023, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 18 de julho de 2023, Seção 1, página 235](#).

Com isso, a Seção VII do Capítulo II do Título VIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 passou a vigorar com os seguintes valores de custeio mensal para as unidades móveis:

I - Equipe de Embarcação:

- a) Embarcação habilitada - R\$ 58.500,00 (cinquenta e oito mil e quinhentos reais) por mês; e
- b) Embarcação habilitada e qualificada - R\$ 97.500,00 (noventa e sete mil e quinhentos reais) por mês.

II - Motolância:

- a) Motolância habilitada - R\$ 9.100,00 (nove mil e cem reais) por mês; e
- b) Motolância habilitada e qualificada - R\$ 9.100 (nove mil e cem reais) por mês.

III - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre:

- a) Unidade habilitada - R\$ 17.062,50 (dezessete mil, sessenta e dois reais e cinquenta centavos) por mês; e
- b) Unidade habilitada e qualificada - R\$ 28.494,70 (vinte e oito mil, quatrocentos e noventa e quatro reais e setenta centavos) por mês.

IV - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre:

- a) Unidade habilitada - R\$ 50.050,00 (cinquenta mil e cinquenta reais) por mês; e
- b) Unidade habilitada e qualificada - R\$ 62.687,30 (sessenta e dois mil, seiscentos e oitenta e sete reais e trinta centavos) por mês.

V - Unidade Aeromédica:

a) Unidade habilitada - R\$ 50.050,00 (cinquenta mil e cinquenta reais); e

b) Unidade habilitada e qualificada - R\$ 62.687,30 (sessenta e dois mil, seiscentos e oitenta e sete reais e trinta centavos) por mês.

VI - Veículo de Intervenção Rápida - VIR:

a) Unidade habilitada - R\$ 50.050,00 (cinquenta mil e cinquenta reais) por mês; e

b) Unidade habilitada e qualificada - R\$ 62.687,30 (sessenta e dois mil, seiscentos e oitenta e sete reais e trinta centavos) por mês.

E ainda o Anexo LXXXII passou a vigorar com os seguintes valores de custeio mensal para as Centrais de Regulação das Urgências:

POPULAÇÃO	MR	TARM	RO	REPASSE DO MS (HABILITADA) R\$	REPASSE DO MS (HABILITADA E QUALIFICADA) R\$
Até 350.000	2	3	2	54.600,00	68.386,50
350.001 a 700.000	4	5	2	89.180,00	111.697,95
700.001 a 1.500.000	5	8	2	116.480,00	145.891,20
1.500.001 a 2.000.000	7	11	2	143.780,00	180.084,45
2.000.001 a 2.500.000	9	13	3	171.080,00	214.277,70
2.500.001 a 3.000.000	11	15	4	198.380,00	248.470,95
3.000.001 a 3.750.000	12	17	5	225.680,00	282.664,20
3.750.001 a 4.500.000	14	22	7	252.980,00	316.857,45
4.500.001 a 5.250.000	16	26	8	280.280,00	351.050,70
5.250.001 a 6.000.000	18	30	10	307.580,00	385.243,95
6.000.001 a 7.000.000	20	35	12	334.880,00	419.437,20
7.000.001 a 8.000.000	22	40	14	362.180,00	453.630,45
8.000.001 a 9.000.000	24	45	16	389.480,00	487.823,70
9.000.001 a 10.000.000	25	50	17	416.780,00	522.016,95
Acima de 10.000.001	27	56	19	444.080,00	556.210,20

Diante do exposto, entende-se não mais haver necessidade da emissão de parecer técnico por consequente análise ao solicitado pelo Deputado Federal por meio da Indicação Parlamentar em epígrafe, uma vez que a necessidade de reajuste do incentivo federal encontra-se sanada.

Restitua-se o presente processo ao Gabinete do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS, para providências cabíveis, com o posterior encaminhamento ao GAB/SAES para conhecimento e providências subsequentes.

Atenciosamente,

FELIPE AUGUSTO REQUE
Coordenador-Geral de Urgência - CGURG/DAHU/SAES/MS

De acordo,

NILTON PEREIRA JÚNIOR
Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Augusto Reque, Coordenador(a)-Geral de Urgência**, em 25/07/2023, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilton Pereira Júnior, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 28/07/2023, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0034966548** e o código CRC **6181F5F3**.

Referência: Processo nº 25000.104389/2023-97

SEI nº 0034966548

Criado por [michele.belchior](#), versão 5 por [michele.belchior](#) em 25/07/2023 16:03:03.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Urgência

DESPACHO

CGURG/DAHU/SAES/MS

Brasília, 31 de julho de 2023.

Trata-se do Ofício Nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR ([0034868235](#)) da Presidência da República, encaminhando a Indicação Parlamentar nº 79/2023 ([0034868269](#)), o qual sugere implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Município de Santa Luzia, no Estado do Maranhão (MA).

Em atenção à demanda apresentada, cumpre reforçar que o Ministério da Saúde apoia os entes federados na estruturação dos serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde para melhorias que possibilitem fortalecer as políticas e programas prioritários para o SUS.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências, tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ocorrência de agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências (CRU).

Atualmente, as orientações e definições para o componente estão sob a égide da Portaria de Consolidação nº 3, Anexo III, Livro II, Título II, Cap. I art. 39 a 54; e Portaria de Consolidação nº 6, Título VIII, Cap. II, art. 910 a 939, que redefinem as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

O município de Santa Luzia/MA faz parte da Região de Saúde de Santa Inês, porém não possui SAMU 192, além de não ter a cobertura desse serviço por uma Central de Regulação das Urgências (CRU).

Conforme descrito na Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, a **doação de unidades móveis do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, pelo Ministério da Saúde, pode ocorrer em casos de implantação, expansão, ampliação e renovação de frota do serviço.** As solicitações serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência (CGURG/DAHU/SAES/MS) e poderão ser atendidas conforme disponibilidade por parte do Ministério da Saúde, desde que estejam em conformidade com a legislação de regência e com os critérios constantes do site do Ministério da Saúde.

Para melhor compreensão, segue abaixo a definição das situações nas quais ocorrem a doação de ambulâncias:

Implantação do SAMU 192: nova regionalização do SAMU 192, em região em que não havia cobertura de uma Central de Regulação das Urgências (CRU) do SAMU 192 e respectivas bases descentralizadas e unidades móveis;

Expansão do SAMU 192: é o processo em que o SAMU 192 expande sua cobertura populacional, cumprindo os requisitos técnicos disponíveis nas portarias supracitadas, com regulação feita por CRU já habilitada pelo Ministério da Saúde;

Ampliação de Frota: Aumento do número de Unidades Móveis sem alteração da área de cobertura de uma Central de Regulação das Urgências;

Renovação de Frota: Recebimento de veículo(s) novo(s) para substituir ambulância(s) doada(s) e regularmente habilitada(s) pelo Ministério da Saúde.

As solicitações para as situações acima definidas, exceção feita apenas à renovação de frota, deverão ser enviadas ao Ministério da Saúde por meio de proposta cadastrada no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), cujo acesso é realizado via link <http://saips.saude.gov.br/>.

Em pesquisa ao Sistema SAIPS, foi identificada a proposta nº 171973 com o pleito de "Solicitação de Liberação de Unid. Móveis de Urgência p/ Expansão de Frota do Serviço SAMU 192" requisitando 2 (duas) Unidades de Suporte Básico - USB e 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado - USA para o Município de Santa Luzia/MA. A mesma foi aprovada na data de 01/08/2023 e aguardará disponibilidade orçamentária por parte do Ministério da Saúde para a compra e doação dos veículos.

Sendo estas as informações para o momento, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Restitua-se ao GAB/SAES para ciência e prosseguimento junto à ASPAR.

FELIPE AUGUSTO REQUE

Coordenador-Geral de Urgência - CGURG/DAHU/SAES/MS

De acordo.

NILTON PEREIRA JÚNIOR

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Augusto Reque, Coordenador(a)-Geral de Urgência**, em 06/08/2023, às 23:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilton Pereira Júnior, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 15/08/2023, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0035053675 e o código CRC E51C368A.

Referência: Processo nº 25000.104178/2023-54

SEI nº 0035053675

Criado por [maria.duran](#), versão 5 por [maria.duran](#) em 01/08/2023 16:59:39.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Urgência

DESPACHO

CGURG/DAHU/SAES/MS

Brasília, 08 de agosto de 2023.

Trata-se do Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR ([0034873498](#)), oriundo da Presidência da República, o qual solicita recursos financeiros do Ministério da Saúde para construção de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h, no eixo dos bairros Saracuruna, Jardim Primavera, Campos Elíseos e Vila Maria Helena, no município Duque de Caxias/RJ.

Inicialmente, esclarecemos que a organização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de maneira ágil e oportuna. Os componentes Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Pronto Atendimento fazem parte dessa rede.

Cumpre reforçar que o Ministério da Saúde apoia os entes federados na estruturação dos serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde para melhorias que possibilitem fortalecer as políticas e programas prioritários para o sistema.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h, são unidades não hospitalares de atendimento às urgências e, atualmente, estão sobre a égide das Portarias de Consolidação nº 03 e nº 06, ambas de 28 de setembro de 2017. Em conformidade com a legislação vigente, o apoio para a implantação das UPA 24h está condicionado à disponibilidade orçamentária e pode se dar de dois modos: **via indicação de recurso de programa/ação do orçamento do Ministério da Saúde ou via indicação de recurso de emenda parlamentar.**

Em atenção à demanda, informamos que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) disponibilizou a *Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde - 2023*" ([0035123949](#)), disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wpcontent/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf, que apresenta informações referentes a instrumentos de repasses das ações prioritárias do Ministério da Saúde para o corrente ano.

Conforme consta do documento supracitado, a Rede de Urgência e Emergência é um dos programas estratégicos passíveis de financiamento e a construção de novas UPA 24h encontra-se contemplada no rol de objetos financiáveis.

O valor global da participação da União no financiamento para construção de UPA 24h para o exercício de 2023 pode ser consultado em <https://portalfns.saude.gov.br/conheca-os-valores-para-apresentacao-de-propostas-ao-ms-em-2023/>.

Para as solicitações por meio de recursos de emenda parlamentar, a apresentação das propostas deverá ser realizada por meio da plataforma INVESTSUS, no site do FNS: <https://portalfns.saude.gov.br/>, o qual também podem ser consultadas outras informações.

Já para pleitos relacionados a recurso de programa/ação do orçamento do Ministério da Saúde, o gestor deverá encaminhar ofício à Coordenação-Geral de Urgência (CGURG/DAHU/SAES/MS) para avaliação e posterior liberação do sistema para cadastro da proposta.

Ressaltamos que a proposta apresentada será objeto de análise quanto à viabilidade para sua execução e relevância para o Sistema Único de Saúde.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Restitua-se ao SEGAD/DAHU, com encaminhamento ao GAB/SAES, para prosseguimento.

FELIPE AUGUSTO REQUE

Coordenador-Geral de Urgência - CGURG/DAHU/SAES/MS

De acordo,

NILTON PEREIRA JÚNIOR

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Augusto Reque, Coordenador(a)-Geral de Urgência**, em 08/08/2023, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilton Pereira Júnior, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 15/08/2023, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035223746** e o código CRC **5D5C55B8**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Urgência

DESPACHO

CGURG/DAHU/SAES/MS

Brasília, 08 de agosto de 2023.

Trata-se do Ofício nº 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR ([0034873248](#)), oriundo da Presidência da República, o qual solicita recursos financeiros do Ministério da Saúde para construção de Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h no município Duque de Caxias/RJ.

Inicialmente, esclarecemos que a organização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de maneira ágil e oportuna. Os componentes Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Pronto Atendimento fazem parte dessa rede.

Cumpre reforçar que o Ministério da Saúde apoia os entes federados na estruturação dos serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde para melhorias que possibilitem fortalecer as políticas e programas prioritários para o sistema.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h, são unidades não hospitalares de atendimento às urgências e, atualmente, estão sobre a égide das Portarias de Consolidação nº 03 e nº 06, ambas de 28 de setembro de 2017. Em conformidade com a legislação vigente, o apoio para a implantação das UPA 24h está condicionado à disponibilidade orçamentária e pode se dar de dois modos: **via indicação de recurso de programa/ação do orçamento do Ministério da Saúde ou via indicação de recurso de emenda parlamentar.**

Em atenção à demanda, informamos que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) disponibilizou a *Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde - 2023*" ([0035121432](#)), disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wpcontent/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf, que apresenta informações referentes a instrumentos de repasses das ações prioritárias do Ministério da Saúde para o corrente ano.

Conforme consta do documento supracitado, a Rede de Urgência e Emergência é um dos programas estratégicos passíveis de financiamento e a construção de novas UPA 24h encontra-se contemplada no rol de objetos financiáveis.

O valor global da participação da União no financiamento para construção de UPA 24h para o exercício de 2023 pode ser consultado em <https://portalfns.saude.gov.br/conheca-os-valores-para-apresentacao-de-propostas-ao-ms-em-2023/>.

Para as solicitações por meio de recursos de emenda parlamentar, a apresentação das propostas deverá ser realizada por meio da plataforma INVESTSUS, no site do FNS: <https://portalfns.saude.gov.br/>, o qual também podem ser consultadas outras informações.

Já para pleitos relacionados a recurso de programa/ação do orçamento do Ministério da Saúde, o gestor deverá encaminhar ofício à Coordenação-Geral de Urgência (CGURG/DAHU/SAES/MS) para avaliação e posterior liberação do sistema para cadastro da proposta.

Ressaltamos que a proposta apresentada será objeto de análise quanto à viabilidade para sua execução e relevância para o Sistema Único de Saúde.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Restitua-se ao SEGAD/DAHU, com encaminhamento ao GAB/SAES, para prosseguimento.

FELIPE AUGUSTO REQUE

Coordenador-Geral de Urgência - CGURG/DAHU/SAES/MS

De acordo,

NILTON PEREIRA JÚNIOR

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Augusto Reque, Coordenador(a)-Geral de Urgência**, em 08/08/2023, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nilton Pereira Júnior, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 15/08/2023, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035224605** e o código CRC **AD3866BA**.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Coordenação de Demandas de Órgãos Externos de Vigilância em Saúde

DESPACHO

SVSA/COEX/SVSA/MS

Brasília, 14 de agosto de 2023.

À Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos (ASPAR/MS),

Assunto: **Indicação Parlamentar n.º 23/2023.**

NUP/SEI Nº 25000.104125/2023-33

1. Trata-se do Despacho ASPAR ([0034885508](#)), que encaminha o **Ofício n.º 60/2023/GAB/SEPAR/SRI/PR** ([0034866473](#)), da Casa Civil da Presidência da República, o qual remete cópia do Ofício 1ªSEC/I/E/n.º 22/2023, de 14 de março de 2023, da Câmara dos Deputados, acompanhada da **Indicação Parlamentar n.º 23/2023** ([0034866524](#)), de autoria do Deputado Federal Leo Prates (PDT/BA).

2. A demanda aportou nesta Secretaria e foi redirecionada ao Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT/SVSA) e ao Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI/SVSA), conforme Despacho COEX/SVSA ([0035120234](#)), de modo que aquelas áreas técnicas, informaram basicamente o seguinte:

“Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (NOTA TÉCNICA Nº 19/2023-.DATHI/SVSA/MS-0035192231): O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não tuberculosas (CGTM), do Departamento de HIV/ADIS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) faz a gestão dos casos de esporotricose humana por meio da elaboração de textos e normas técnicas acerca da doença e seu controle, qualificação da assistência e distribuição de antifúngicos, de forma articulada com a Coordenação Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV), do Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT/SVSA/MS), Grupo Técnico da Saúde Única, que é responsável pela gestão da esporotricose animal, atendendo às demandas de Estados e Municípios.

No século XX, o perfil epidemiológico da esporotricose humana caracterizava-se como doença relacionada à atividade ocupacional (manipuladores do solo), de zona rural; no entanto, ocorreu mudança nesse perfil, sendo que o primeiro relato mundial de caso de esporotricose humana por transmissão felina foi no Estado de São Paulo, na década de 1950.

A partir de então, predominam os casos de esporotricose de transmissão felina, que têm apresentado caráter epidêmico, com relato de casos da transmissão zoonótica em vários estados, além das fronteiras do país.

O Ministério da Saúde acompanhou um total de 3.100 casos de 2017 a 2023. Os dados refletem uma situação parcial da epidemia, visto que até o momento a mesma não é um agravo de notificação compulsória nacional.

Alguns Estados já possuem iniciativas locais de notificação compulsória estadual, como o Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Paraíba, Rio de Janeiro e Rondônia.

Cabe destacar que, diante do atual cenário epidemiológico com relevante impacto na saúde pública, esta CGTM/DATHI/SVSA/MS já incluiu no planejamento para esse ano a proposta da esporotricose humana na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. ”

Departamento de Doenças Transmissíveis (CGZV/DEDT/SVSA- [0035206934](#)): O Ministério da Saúde (MS), por meio do Grupo Técnico de Saúde Única, que faz parte da Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV), do Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), trabalha na estruturação da vigilância da esporotricose animal no Brasil, de forma articulada com a Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não tuberculosas (CGTM), do Departamento de HIV/ADIS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA).

Sabe-se que a esporotricose é uma doença fúngica cosmopolita, negligenciada e altamente prevalente. Do final da década de 1990, início dos anos 2000, a esporotricose se tornou uma doença de relevância para a saúde pública, principalmente a partir da adaptação do agente etiológico aos gatos domésticos, denotando a importância da esporotricose zoonótica no Brasil.

Até o momento a esporotricose não é uma doença de notificação compulsória no âmbito nacional, embora vários estados e municípios brasileiros já a tenham incluído como de relevância local. No entanto, também é do conhecimento que existem critérios e recomendações para se selecionar e incluir doenças e agravos na lista de notificação compulsória nacional, cujos principais são: magnitude, potencial de disseminação, transcendência (severidade, relevância social, relevância econômica), vulnerabilidade e compromissos internacionais. Tais critérios devem ser observados conjuntamente e incluir clareza do motivo e objetivo da notificação, instrumentos, fluxos e ações desencadeadas a partir das análises epidemiológicas realizadas.

Para a vigilância de casos de esporotricose humana, tem-se o entendimento de que esses critérios já estão claros considerando o cenário epidemiológico e a relevância da doença no Brasil. Além disso, sabe-se que o trabalho do Ministério da Saúde está atrelado "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas", conforme destaca a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 5º, inciso III.

No entanto, para a esporotricose animal, esses critérios de inclusão da doença em animais na lista de doenças de notificação compulsória ainda não estão completamente esclarecidos. Outrossim, sabe-se que ainda não existe um sistema de notificação oficial para animais, o que retarda a compreensão sobre como a notificação de animais com suspeita de zoonoses pode influenciar na recomendação de ações para a vigilância. Acredita-se que a introdução da esporotricose humana como doença de notificação compulsória nacional, poderá subsidiar na avaliação desses critérios para a inclusão da esporotricose animal, além de fornecer informações sobre as ações a partir da implantação dessa medida.

Por isso, apesar da extrema relevância do impacto da esporotricose animal na saúde pública, na atual conjuntura, a CGZV entende que ainda carece dessas evidências para poder tornar a doença como notificação compulsória para os animais.

Entretanto, algumas medidas vêm sendo realizadas para gerar subsídios na tomada de decisão para inclusão da esporotricose animal como doença de notificação compulsória. Em 24 de maio de 2023 o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº60/2023-CGZV/DEDT/SVSA/MS (<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-60-2023-cgzv-dedt-svsa-ms>) a respeito das recomendações sobre a vigilância da esporotricose animal no Brasil. Nesta, inclui-se a orientação de que todo caso suspeito e/ou confirmado em gatos ou cães sejam notificados e investigados (utilizando-se a Ficha de Notificação/Investigação de Esporotricose Animal – <https://redcap.link/esporotricoseanimal>). As informações geradas por este formulário poderão servir de piloto para formação de um banco de dados e sua análise poderá viabilizar as evidências necessárias para a inclusão da esporotricose animal como doença de notificação compulsória nacional. ”

3. Nesse sentido, tendo em vista que o Despacho CGZV e a Nota Técnica DATHI trazem elementos capazes de responder ao quanto solicitado, sugere-se o encaminhamento do

presente processo à ASPAR.

4. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,

ETHEL MACIEL

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 14/08/2023, às 18:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0035346040** e o código CRC **9BF2A8E8**.

Referência: Processo nº 25000.104125/2023-33

SEI nº 0035346040

Criado por [luciola.silva](#), versão 2 por [luciola.silva](#) em 14/08/2023 09:30:57.

Continuação

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Prednisona	Comp. 5 mg e 20 mg	0,5 mg/kg/dia 1 x ao dia, pela manhã (dose máxima 40 mg) por no máximo 3 semanas	Fazer desmame após uso prolongado. Não utilizar na fase aguda. Não utilizar em pacientes portadores de diabetes, hipertensão de difícil controle, passado de fratura por osteoporose, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, Cushing, obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.
Prednisolona	Solução oral 1 mg/ml e 3 mg/ml	Criança: 0,5 mg/kg/dia (dose máxima 40 mg/dia) por no máximo 3 semanas	Fazer desmame após uso prolongado. Não utilizar na fase aguda.
Sulfato de Hidroxicloroquina	Comp. 400 mg	6 mg/kg/dia (não exceder 600 mg/dia)	Utilizado na fase crônica da doença por profissional capacitado/treinado. Contraindicado em pacientes com retinopatia. No caso de uso prolongado, a avaliação oftalmológica deverá ser oferecida dentro do primeiro ano do início da droga e deverá seguir o controle oftalmológico anual após cinco anos.
Sulfassalazina	Comp. 500 mg	Adulto: sulfassalazina (500 mg), dois comprimidos em intervalos de 12/12h, (2 g/dia) (dose máxima 3 g/dia)	Os efeitos colaterais incluem intolerância gastrointestinal (anorexia, náuseas, vômitos), exantema cutâneo, elevação de enzimas hepáticas, úlceras orais e mielossupressão (leucopenia com neutropenia). Controle laboratorial com hemograma, creatinina e transaminases inicial e depois trimestral.

Continua

Continuação

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Metotrexato	Comprimido de 2,5 mg Frasco-ampola 25 mg/ml	Adulto: dose inicial de 10 mg/semana VO, podendo progredir até a dose de 25 mg/semana Criança: 0,5 mg/kg/semana (via oral ou SC) (dose máxima 25 mg/semana)	Utilizado na fase crônica da doença por profissional capacitado/treinado. Os efeitos adversos mais frequentemente observados são anemia, neutropenia, náuseas e vômitos, mucosite e elevação de enzimas hepáticas. Ácido fólico deve estar sempre associado na dose de 5 mg semanal, no dia seguinte ao da tomada ao metotrexato. É necessário o ajuste da dose em pacientes com alterações de função renal. Contraindicado o uso: – Em vigência de infecções: tuberculose sem tratamento, infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção por herpes zoster ativa, hepatites B ou C agudas. – Gestação, amamentação e concepção. – Elevação de aminotransferases / transaminases igual ou 3 vezes acima do limite superior da normalidade. – Taxa de depuração de creatinina inferior a 30 ml/min/1,73 m ² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica. Realizar controle laboratorial com hemograma, creatinina e transaminases inicial e depois trimestral.
Oxicodona*	Comp. 10 mg, 20 mg e 40 mg	Adulto: 10 mg 12/12h	

Fonte: SVS/MS.

* Medicação não faz parte da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos). Após a finalização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Chikungunya, poderá haver indicação para sua incorporação a referida lista.

Tratamento não Farmacológico

O tratamento fisioterápico deve ser considerado desde a fase aguda da chikungunya, podendo ser associado à crioterapia como medida analgésica. É prescrito nas fases subaguda e crônica, com o intuito de minimizar o dano osteoarticular e possibilitar, consequentemente, a sua reabilitação.

Apesar de a fisioterapia ser indicada igualmente nas três fases, é nas fases subaguda e crônica que se espera sua maior e mais importante utilidade. Pode ser necessário indicar a confecção de órteses como terapia adjuvante, obtendo-se um alívio mais rápido da dor e, sobretudo, auxiliando a prevenir atrofia muscular consequente ao desuso da articulação comprometida.

Nas etapas em que a dor e o edema começam a regredir, podem-se recomendar exercícios ativos, até o limite da tolerância do paciente. Adicionam-se exercícios isométricos mais vigorosos utilizando os princípios de proteção articular e conservação de energia. Os objetivos são restabelecer a mobilidade articular e a força muscular e evitar a progressão ou instalação de deformidades.

É importante orientar o paciente sobre o posicionamento adequado para realização desses exercícios, de modo a favorecer a proteção articular e o retorno venoso. Realizar movimentação ativa das articulações acometidas ao acordar, cinco vezes ao longo do dia e antes de dormir. É necessário evitar atividades que sobrecarreguem as articulações, atividades repetidas, carregar peso e deambular longas distâncias. O retorno das atividades diárias deve ser gradativo, respeitando o limite da dor e a sobrecarga articular. Orientar exercícios e atividades com movimentação ativa e de aumento gradual para deslizamento tendinoso, alinhamento das articulações e diminuição da sobrecarga articular. Também é importante a realização de alongamentos diários.

Manter a utilização das compressas frias com a mesma frequência da fase aguda. Em situações especiais pode-se utilizar calor.

Vale ressaltar que o apoio psicológico é importante em todas as fases dessa doença, sobretudo como boa forma de aliviar o quadro de tristeza e sofrimento trazidos pelo estado de dor e edemas crônicos em consequência do longo período de adoecimento.

Orientações para Pacientes Pediátricos

Em Pediatria a sensação dolorosa pode ser mais dificilmente explicada. Os episódios de dor, sobretudo a dor crônica ou recorrente, têm impacto no desempenho escolar e as relações de pares.

As crianças com dor crônica ou recorrente estão mais susceptíveis a desenvolver problemas mentais e físicos adicionais, tais como distúrbios funcionais e de ansiedade na idade adulta. Dessa forma, a dor pode impactar em vários aspectos na vida da criança, como no sono, estado emocional, relacionamentos, desenvolvimento, habilidades cognitivas e limitação das atividades habituais.

A avaliação inicial da dor na criança inclui uma história e exame físico detalhados, diagnóstico das possíveis causas e a aferição da intensidade da dor, para a qual se utilizam ferramentas de medição apropriadas para cada idade. Deve-se ainda questionar sobre tratamentos previamente utilizados e sua eficácia.

Após essa avaliação, um plano de manejo da dor detalhado, incluindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas, pode ser formulado e implementado com os familiares.

A medição da dor deve ser realizada em intervalos regulares durante a implementação do plano de seu manejo. Isso permite avaliar a intensidade da dor ao longo do tempo e a eficácia do tratamento escolhido, permitindo ajustes a serem feitos, conforme necessário.

A expressão da dor depende da idade da criança, do desenvolvimento cognitivo e do contexto sociocultural. As crianças pequenas geralmente usam palavras simples que aprendem com os pais para expressar dor (com dodói) e pode apontar para a articulação que está doendo.

A capacidade de indicar a presença de dor verbalmente ocorre entre 2 e 4 anos de idade. Aos poucos, eles aprendem a distinguir três níveis de dor, tais como “um pouco”, “alguns” e “muito”. Aos 5 anos de idade, as crianças podem descrever a dor e definir a sua intensidade. Aos 6 anos de idade, elas podem diferenciar claramente os níveis de intensidade da dor. As crianças de 7 a 10 anos de idade podem explicar por que dói.

Nas crianças incapazes de falar, a referência de dor será fornecida pelos pais e/ou cuidadores. Os pais costumam saber a resposta comportamental típica de seus filhos frente a um evento doloroso e isso pode ser incluído na avaliação da dor.

A observação do comportamento em relação à dor é uma abordagem válida para avaliação da dor em crianças abaixo de 3 anos de idade, e em crianças com habilidades verbais e cognitivas limitadas.

Os principais indicadores comportamentais e manifestações clínicas de dor por faixa etária estão nos quadros 4 e 5.

Quadro 4 – Principais indicadores comportamentais de dor

Dor aguda	Dor crônica
Expressão facial Movimento do corpo e postura corporal Incapacidade de ser consolado Choro Gemido	Postura anormal Medo de ser movimentado Falta de expressão facial Falta de interesse ao ambiente Tranquilidade indevida Aumento da irritabilidade Mau humor Perturbações do sono Raiva Alterações do apetite Baixo desempenho escolar

Fonte: SVS/MS.

Quadro 5 – Manifestações clínicas de dor por faixa etária

Faixa etária	Manifestação clínica de dor
Recém-nascido e criança que não verbaliza	Sinais típicos faciais de dor e sofrimento físico: sobrancelhas cerradas, protuberância entre as sobrancelhas e os sulcos verticais na testa, olhos ligeiramente fechados, bochechas levantadas, nariz alargado e abaulado, aprofundamento da dobra nasolabial, boca aberta e quadrada. Sinais autonômicos vitais inespecíficos, que também podem refletir outros processos, como febre, hipoxemia e disfunção cardíaca ou renal.
1-3 anos	Pode ser verbalmente agressivo, chorar intensamente, apresentar comportamento regressivo, apresentar resistência física, empurrando para longe após estímulo doloroso ser aplicado, proteger a área dolorosa do corpo, ter dificuldade para dormir.
Pré-escolares	Podem verbalizar intensidade da dor, ver a dor como punição, agita braços e pernas, tentativa de empurrar um estímulo para longe antes que ele seja aplicado, não coopera, precisa de contenção física, agarra-se a um dos pais, solicita apoio emocional, compreende que não pode haver ganhos secundários associados à dor, dificuldade para dormir.
Escolares	Pode verbalizar a dor, usa uma medida objetiva de dor, pode ser influenciado por crenças culturais, pesadelos como experiência relacionadas à dor, exibem comportamentos protelando atividades, têm rigidez muscular (punhos cerrados, dentes cerrados, contração de membros; rigidez, olhos fechados, testa enrugada, apresenta comportamentos idênticos ao do pré-escolar ou dificuldade para dormir.
Adolescentes	Pode localizar e verbalizar a dor, negar dor na presença de seus pares, têm mudanças nos padrões de sono ou apetite, pode ser influenciado por crenças culturais, tensão muscular exposição e controle do corpo, exibe comportamento regressivo na presença da família, dificuldade para dormir.

Fonte: SVS/MS.

Entretanto, as crianças podem não apresentar quaisquer dos sinais esperados, negar a sua dor por medo de que o tratamento seja mais doloroso que a intensidade de dor vivenciada. Dessa forma, a ausência desses sinais não significa que a criança não esteja sentindo dor, devendo-se ter cuidados com a subestimação dela.

Ferramentas de medição da dor em crianças

Diversas ferramentas de medição da dor têm sido desenvolvidas para avaliar a dor na criança, apropriados à idade, à cultura e à condição da criança, assim como naquelas incapazes de falar e com prejuízo cognitivo. A seguir estão as escalas de dor mais utilizadas em Pediatria, segundo faixa etária (quadros 6 e 7, figuras 10 e 11).

Quadro 6 – Recém-nascidos *Neonatal Facial Coding System* (NFCS)

Movimento facial	Ausente 0 ponto	Presente 1 ponto
Fronte saliente Fenda palpebral estreitada Sulco nasolabial aprofundado Boca aberta Boca estirada (horizontal ou vertical) Língua tensa Protrusão da língua Tremor de queixo		

Fonte: Grunau, R. V.; Craig, K. D. Pain expression in neonates: facial action and cry. *Pain*, v. 28, p. 395-410, 1987.

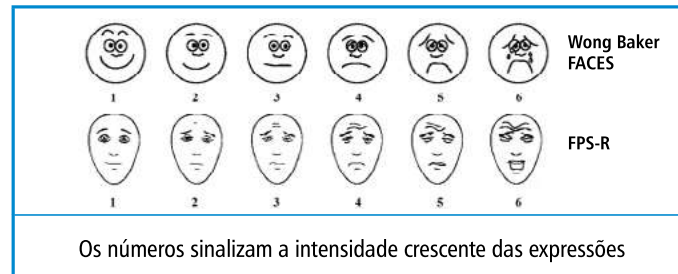
Pontuação máxima de 8 pontos, considerando dor >3. *Neonatal Facial Coding System* (NFCS).

Quadro 7 – De 2 meses a 7 anos – Escala FLACC

Categoria	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas.
Pernas	Normais ou relaxadas.	Inquietas, agitadas, tensas.	Chutando ou esticadas.
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente.	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa.	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos.
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo).	Gemidos ou choramingo; queixa ocasional.	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência.
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada.	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída.	Difícil de consolar ou confortar.
Observa-se a criança durante 5 minutos, são atribuídos pontos de 0-2 até um total máximo de 10 pontos (dor intensa).			

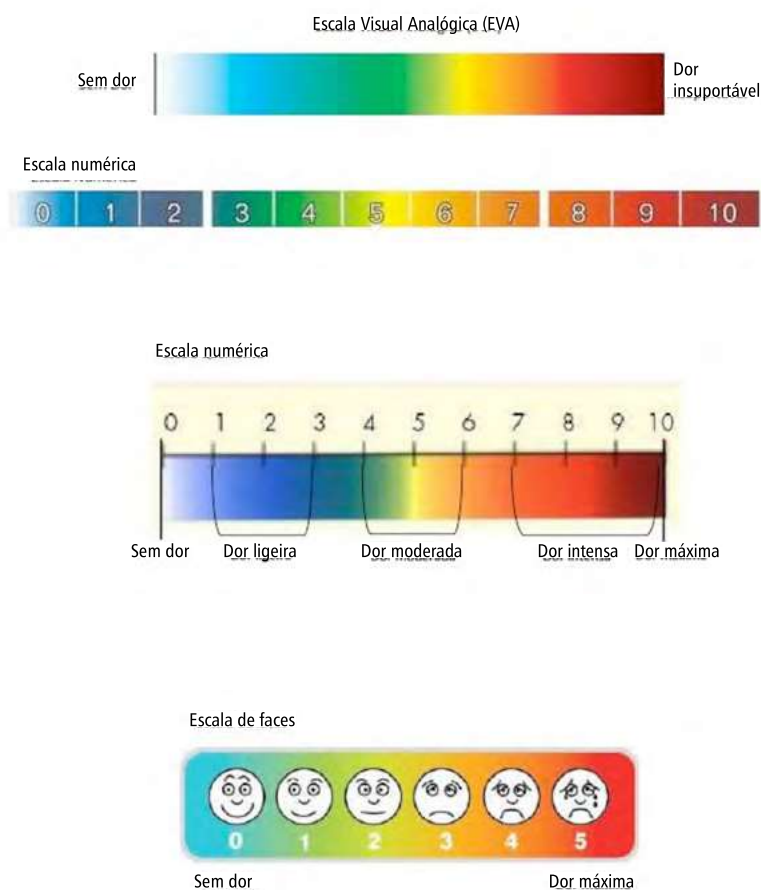
Fonte: © 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti, E. A.; Guinsburg R.; Pedreira, M. L. G. e Brito, C. et al., 2016.

Figura 10 – Crianças 3-6 anos de idade – Escala de Faces de Wong-Baker e Escala de Faces de Dor Revisada (FPS-R)



Fonte: Adaptado de <<http://www.scielo.mec.pt/img/revistas/ref/vserlVn3/IVn3a14f1.jpg>>.

Figura 11 – Escolares e adolescentes



Fonte: <<http://irenepais.pt/?p=547>>.

A partir de 2002, a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) foi modificada nos descritores de avaliação, com o objetivo de torná-la adequada ao atendimento de crianças com comprometimento cognitivo, e na faixa etária entre 4 e 19 anos esta escala adaptada é chamada FLACC *revised* (FLACCr) ou *revised* FLACC (rFLACC), Quadro 8.

Quadro 8 – Escala FLACC

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso.	Presença ocasional de careta ou sobranceiras salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado.	Sobranceiras esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico.
P Pernas	Posição normal ou relaxada.	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais.	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas.
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente.	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes.	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gasping ou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial.
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo).	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais.	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes.
C Consolabilidade	Contente, relaxado.	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração.	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto.

Fonte: © 2002, *The Regents of the University of Michigan*. All Rights Reserved 09- 09-2009 Bussotti, E. A.; Guinsburg, R.; Pedreira, M. L. G. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.

Quadro 9 – Orientações para aplicação da escala

Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.

Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.

Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Caso seja possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.

A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais. As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas.

Fonte: © 2002, *The Regents of the University of Michigan*. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti, E. A.; Guinsburg, R.; Pedreira, M. L. G. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.

É possível revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Perguntar se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.

Manejo da dor da criança

As crianças e adolescentes com quadros articulares dolorosos na fase aguda e casos leves de subaguda devem ser tratados, preferencialmente, nas unidades de Atenção Básica, por uma equipe multidisciplinar. Apenas os casos subagudos mais graves e crônicos devem ser encaminhados para ambulatórios especializados em reumatologia pediátrica.

A avaliação inicial inclui anamnese detalhada, determinando o período da fase aguda e início das queixas articulares. Averiguar a realização de sorologia específica para a doença.

Nas fases subaguda e crônica, o exame físico deve ser completo com atenção especial para o aparelho musculoesquelético, uma vez que as manifestações articulares predominam nessas fases.

Os exames complementares, quando necessário, devem ser realizados com o objetivo de auxiliar no diagnóstico diferencial de outras doenças que causam manifestações articulares. Caso na fase aguda da doença não seja coletado sorologia, deve ser feito nessa ocasião.

A medicação deve ser administrada em uma programação regular para a dor persistente, analgésicos em intervalos regulares, com a adição de doses “resgate” para a dor intermitente (Fluxograma 4 – Pediatria, Anexo B) (BRITO et al., 2016). Nas fases subaguda e crônica, seguir as orientações do Fluxograma 5 – Pediatria (Anexo C) (BRITO et al., 2016).

Atualmente, não é possível fazer uma recomendação para qualquer anticonvulsivo como um adjuvante no tratamento de dor neuropática em crianças. Entretanto, a carbamazepina é uma droga bastante utilizada em crianças com crise convulsiva.

A gabapentina é registrada para ser utilizada como um anticonvulsivante em crianças maiores de 3 anos, mas pode também ser utilizada na dor neuropática. No entanto, não existem estudos comparativos com carbamazepina, e não há estudos para determinar o seu potencial como um adjuvante no tratamento da dor persistente em crianças.

A escolha de vias alternativas de administração tais como intravenosa (IV), subcutânea (SC), retal ou transdérmica deve ser sugerida quando a via oral não está disponível, devendo ser baseada no julgamento clínico, na disponibilidade e na preferência do doente. A via intramuscular (IM) é dolorosa e deve ser evitada.

Além das medicações acima sugeridas, medidas não farmacológicas devem ser orientadas, como compressas frias nas articulações dolorosas e estímulo a exercícios ativos como as brincadeiras próprias das faixas etárias, desde que se respeite o limite de tolerância de dor da criança e do adolescente. Nos casos mais graves há indicação de reabilitação com fisioterapeuta, para prevenir hipotrofia muscular e sequelas articulares deformantes.

Ações de Vigilância

Todo caso suspeito de chikungunya deve ser notificado ao serviço de vigilância epidemiológica, conforme fluxo estabelecido em cada município. Conforme Anexo da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, chikungunya é agravo de Notificação Compulsória, e os casos suspeitos devem ser notificados e registrados no Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (Sinan).

Já os óbitos suspeitos são de notificação imediata, em até 24 horas. Dessa forma, o profissional deve comunicar à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em até, no máximo, 24 horas a ocorrência de suspeita de óbito por chikungunya. Caso a SMS não disponha de estrutura e fluxos para receber as notificações de emergências epidemiológicas dentro deste período, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação deverá ser feita à Secretaria Estadual de Saúde (SES). Caso a SES não disponha de estrutura para receber as notificações de emergências epidemiológicas, o profissional pode ligar gratuitamente para o Disque-Notifica (0800-644-6645), serviço de atendimento telefônico destinado aos profissionais de saúde. O atendimento funciona 24 horas por dia durante todos os dias da semana. Essa notificação também poderá ser feita por meio do correio eletrônico (*e-mail*) do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) nacional, o E-notifica (notifica@saude.gov.br). Reforça-se que a notificação realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

Caso suspeito

Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

Caso confirmado

É todo caso suspeito com positividade para qualquer um dos seguintes exames laboratoriais: isolamento viral, PCR, presença de IgM (coletado durante a fase aguda ou de convalescença); ou aumento de quatro vezes o título de anticorpos demonstrando a soroconversão entre amostras nas fases aguda e convalescente, preferencialmente de 15 a 45 dias após o início dos sintomas ou 10 a 14 dias após a coleta da amostra na fase aguda.

Por se tratar de um evento potencialmente epidêmico, durante o surgimento dos primeiros casos, todos os esforços devem ser realizados com o intuito de alcançar o diagnóstico laboratorial. No entanto, uma vez estabelecida a transmissão sustentada, nem todos os pacientes necessitarão de confirmação laboratorial. Reservar a investigação laboratorial, neste contexto, para os casos graves ou com as manifestações atípicas, bem como para aqueles pacientes considerados mais vulneráveis para evoluírem para formas clínicas de maior gravidade, tais como portadores de comorbidades, e gestantes em final de gestação (pelo risco de transmissão para o bebê), idosos e recém-nascidos. Além desses casos, nas fases subaguda e crônica, o diagnóstico específico poderá auxiliar o clínico no diagnóstico diferencial com outras doenças. É importante seguir as recomendações do serviço de vigilância epidemiológica e considerar a confirmação clínico-epidemiológica nas áreas com transmissão.

Considerações Finais

Chikungunya é uma doença febril cuja característica clínica mais importante e debilitante é a artralgia. Por apresentar manifestações clínicas muito parecidas com as de dengue, possibilitando confusão diagnóstica, deve-se evitar o uso de AINHS na fase aguda da doença. Para evitar a ocorrência de casos graves, a equipe de saúde precisa estar atenta para as descompensações das doenças de base preexistentes e o monitoramento constante dos grupos de risco. Também alguns casos podem evoluir para a fase crônica da doença e necessitarão de acompanhamento em longo prazo.

A organização dos serviços de saúde é fundamental para uma resposta adequada diante do aumento do número de casos. É necessário promover a assistência adequada ao paciente, organizar as ações de prevenção e controle e fortalecer a integração das diferentes áreas e serviços.

O serviço também precisa estar preparado para alta demanda de pacientes durante a ocorrência de surtos/epidemias. Atividades preparatórias devem ser realizadas para capacitar a equipe de saúde para o manejo dos casos e avaliar a necessidade de insumos, materiais, equipamentos e medicamentos para prestar o correto atendimento aos pacientes. Também é necessário disponibilizar o fluxograma com a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de chikungunya em todas as unidades de saúde.

A atenção aos pacientes suspeitos de chikungunya, na grande maioria dos casos, tem como característica a utilização de tecnologias de cuidado que dispensam instalações e equipamentos de maior complexidade e custo. Nas unidades de saúde, o acolhimento começa com a disponibilidade de cadeiras de rodas para facilitar o deslocamento daqueles que apresentem comprometimento articular mais intenso, especial atenção também deve ser dada à altura das macas para exame físico ou hidratação dos pacientes. O acolhimento com a classificação de risco deve estar implantado em todas as unidades de saúde e as equipes de Atenção Básica devem ser a porta de entrada preferencial dos pacientes.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ato portaria número 19/GM de 3 de janeiro de 2002a**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_019.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Ato portaria número 1.319/GM de 23 de julho de 2002b**. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/centros-tratamento-dor/centros-tratamento-dor/portaria-gmms-no-1319-de-23-de-julho-de-2002.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Ato portaria número 1.083 de 2 de outubro de 2012**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/01/1211-edital0032015-Retificacao002.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Ato portaria número 204/GM de 17 fevereiro de 2016**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 4 jan. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **Dengue Diagnóstico e Manejo Clínico adulto e criança**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/30/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.
- _____. Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Recomendações da sociedade Brasileira de Reumatologia para diagnóstico e tratamento da febre chikungunya**. 5 jan. 2017. Disponível em: <<http://www.reumatologia.org.br/www/wp-content/uploads/2017/01/PDF-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-CHIKUNGUNYA.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- BORGHERINI, G. et al. Persistent arthralgia associated with chikungunya virus: a study of 88 adult patients on reunion island. **Clin. Infect. Dis.**, v. 47, n. 4, p. 469-475, 15 Aug. 2008.
- BRITO, C. A.; CORDEIRO, M. T. One year after the Zika virus outbreak in Brazil: from hypotheses to evidence. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 49, n. 5, p. 537-543, Sep./Oct. 2016.
- _____. et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 49, n. 6, p. 668-679, Nov./Dec. 2016.
- CARTA, K. A. et al. Bradycardia as a Manifestation of Chikungunya Myocarditis. **A New Threat to America**, v. 134, p. A13292, 2016. Issue Suppl. 1.
- CHOPRA, A.; SALUJA, M.; VENUGOPALAN, A. Effectiveness of Chloroquine and Inflammatory Cytokine Response in Patients With Early Persistent Musculoskeletal Pain and Arthritis Following Chikungunya Virus Infection. **Arthritis & Rheumatology**, v. 66, n. 2, p. 319-326, Feb. 2014.

CHOW, A. et al. Persistent Arthralgia Induced by Chikungunya Virus Infection is Associated with Interleukin-6 and Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 203, p. 149-157, 2011

ECONOMOPOULOU, A. et al. Atypical Chikungunya virus infections: clinical manifestations, mortality and risk factors for severe disease during the 2005-2006 outbreak on Réunion. **Epidemiol. Infect.**, v. 137, n. 4, p. 534-541, 2009.

GÉRARDIN, P. et al. Neurocognitive outcome of children exposed to perinatal mother-to-child Chikungunya virus infection: the CHIMERE cohort study on Reunion Island. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 8, n. 7, p. e2996, 17 Jul. 2014.

HAANPÄÄ, M. et al. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. **Pain**, v. 152, n. 1, p. 14-27, Jan. 2011.

HASSING, R. J. et al. Imported Mayaro virus infection in the Netherlands. **J Infect.**, v. 61, n. 4, p. 343-345, Oct. 2010.

JÓŹWIAK-BEBENISTA, M.; NOWAK, J. Z. Paracetamol: mechanism of action, applications and safety concern. **Acta Pol. Pharm.**, v. 71, n. 1, p. 11-23, Jan./Feb. 2014. Review. PubMedPMID: 24779190.

LAMBALLERIE, D. et al. On chikungunya acute infection and chloroquine treatment. **Vector Borne Zoonotic Dis.**, v. 8, n. 6, p. 837-839, 2008.

MORO, M. L. et al. Long-term chikungunya infection clinical manifestations after an outbreak in Italy: A prognostic cohort study. **Journal of Infection**, v. 65, p. 165-172, 2012.

NOBLE, M. et al. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. **Cochrane DatabaseSyst Rev.**, n. 1, 20 Jan 2010. CD006605.

PADMAKUMAR, B. et al. Comparative evaluation of four therapeutic regimes in chikungunya arthritis: a prospective randomized parallel-group study. **Indian Journal of Rheumatology**, v. 4, n. 3, p. 94-101, Sep. 2009.

PANDYA, S. Methotrexate and hydroxychloroquine combination therapy in chronic chikungunya arthritis: a 16 week study. **Indian Journal of Rheumatology**, v. 3, n. 3, p. 93-97, Sep. 2008.

PRICE, D. D. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. **Pain**, v. 17, n. 1, p. 45-56, Sep. 1983.

RAMFUL, D. et al. Mother-to-child transmission of Chikungunya virus infection. **Pediatr. Infect. Dis. J.**, v. 26, n. 9, p. 811-815, Sep. 2007.

RAJAPAKSE, S.; RODRIGO, C.; RAJAPAKSE, A. Atypical manifestations of chikungunya infection. *Trans R Soc Trop Med Hyg.*, v. 104, n. 2, p. 89-96, Feb. 2010.

RENAULT, P. et al. Major Epidemic of Chikungunya Virus Infection on Réunion Island, France, 2005-2006. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 77, n. 4, p. 727- 731, 2007.

SCHILTE, C. et al. Chikungunya virus-associated long-term arthralgia: a 36-month prospective longitudinal study. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 7, n. 3, p. e2137, 2013.

SEHGAL, N.; MANCHIKANTI, L.; SMITH, H. S. Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. **Pain Physician**, v. 15, p. ES67-92, Jul. 2012. Suppl. 3. Review.

SIMON, F. et al. French guidelines for the management of chikungunya (acute and persistent presentations). November 2014. **Médecine et maladies infectieuses**, v. 45, p. 243-263, 2015.

SOUMAHORO, M. K. Impact of Chikungunya virus infection on health status and quality of life: a retrospective cohort study. **PLoS One.**, v. 4, n. 11, p. e7800, 11 Nov. 2009.

THIBERVILLE, S. D. et al. Chikungunya fever: Epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. **Antiviral Research**, v. 99, p. 345-370, 2013.

WAYMOUTH, H. E.; ZOUTMAN, D. E.; TOWHEED, T. E. Chikungunya-related arthritis: case report and review of the literature. **Semin. Arthritis. Rheum.**, v. 43, n. 2, p. 273-278, Oct. 2013.

Bibliografia Consultada

ALLA, S. A.; COMBE, B. Arthritis after infection with Chikungunya virus. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 25, p. 337-346, 2011.

ANDRADE, D. C. et al. Chronic pain associated with the Chikungunya fever: long lasting burden of an acute illness. **BMC Infectious Diseases**, v. 10, p. 1-6, 2010. Supl. 31.

APANDI, Y. et al. The first isolation of chikungunya virus from non-human primates in Malaysia. **Journal of General and Molecular Virology**, v. 1, n. 3, p. 35-39, 2009.

ARROYO-ÁVILA, M.; VILÁ, L. M. Rheumatic Manifestations in Patients with Chikungunya Infection. Review article. **P R Health Sci. J.**, v. 34, p. 71-77, 2015.

ASSUNÇÃO-MIRANDA, I.; CRUZ-OLIVEIRA, C.; DA POIAN, A. T. Molecular Mechanisms Involved in the Pathogenesis of Alphavirus-Induced Arthritis. **BioMed Research International**, v. 2013 volume, número, p. 1-11, 2013.

BEN-ZVI, I. et al. Hydroxychloroquine: From Malaria to Autoimmunity. **Clinic Rev. Allerg. Immunol.**, v. 42, p. 145-153, 2012.

BOUHASSIRA, D. et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). **Pain**, v. 114, p. 29-36, 2005. Disponível em: <<http://survey.numec.prp.usp.br/index.php/survey/index?sid=598224&lang=pt-BR>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 710, de 27 de junho de 2013**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Artrite reumatoide. Retificada em 6 de março de 2014 e 10 de junho de 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0710_27_06_2013.html>. Acesso em: 9 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Preparação e resposta à introdução do vírus Chikungunya no Brasil**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes Nacionais para a prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília, 2009.

_____. **Preguntas y respuestas sobre el chikungunya**. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9260&Itemid=40695&lang=es>. Acesso em: 9 set. 2014.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Clinical Evaluation & Disease**. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/chikungunya/hc/clinicalevaluation.html>>. Acesso em: 8 set. 2014.

_____. **Geographic Distribution**. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/chikungunya/geo/americas.html>>. Acesso em: 8 set. 2014.

FRITEL, X. et al. Chikungunya virus infection during pregnancy, Réunion, France, 2006. **Emerg. Infect. Dis.**, v. 16, n. 3, p. 418-425, 2010. Disponível em: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/3/09-1403_article>. Acesso em: 9 set. 2014.

GÉRARDIN, P. et al. Multidisciplinary Prospective Study of Mother-to-Child Chikungunya Virus Infections on the Island of La Réunion. **PLoS Med.**, v. 5, n. 3, p. e60, 2008. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050060>>. Acesso em: 9 set. 2014. DOI: <10.1371/journal.pmed.0050060>.

GUILHERME, J. M. et al. Seroprevalence of five arboviruses in Zebu cattle in the Central African Republic. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 90, n. 1, p. 31-33, 1996.

HOARAU, J. J. et al. Persistent Chronic Inflammation and Infection by Chikungunya Arthritogenic Alphavirus in Spite of a Robust Host Immune Response. **J. Immunol.**, v. 184, p. 5914-5927, 2010

JUPP, P. G.; MCINTOSH, B. M. Aedes furcifer and other mosquitoes as vectors of chikungunya virus at Mica, northeastern Transvaal, South Africa. **Journal of the American Mosquito Control Association**, v. 6, n. 3, p. 415-420, 1990.

LAM, S. K. et al. Chikungunya infection--an emerging disease in Malaysia. **Southeast Asian J. Trop. Med. Public. Health**, v. 32, n. 3, p. 447-451, 2001.

LENGLET, Y. et al. Chikungunya infection in pregnancy: evidence for intrauterine infection in pregnant women and vertical transmission in the parturient. Survey of the Reunion Island outbreak. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction**, v. 35, n. 6, p. 578-583, 2006. Disponível em: <<http://www.em-consulte.com/article/117958/alertePM>>. Acesso em: 9 set. 2014.

LUMSDEN, W. H. R. An Epidemic of Virus Disease in Southern Province, Tanganyika Territory, in 1952-53 II. General description and epidemiology. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 49, n. 1, p. 33-57, 1955.

MALVY, D. et al. Destructive arthritis in a patient with chikungunya virus infection with persistent specific IgM antibodies. **BMC Infectious Diseases**, v. 9, p. 200, 2009.

MARMOR, M. F. et al. Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy. **American Academy of Ophthalmology**. 2016 Revision. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.opthta.2016.01.058>>.

MOTA, L. M. et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 52, n. 2, p. 135-174, 2012.

NG, L. F. et al. IL-1b, IL-6, and RANTES as Biomarkers of Chikungunya Severity. **Plos one**, v. 4, p. e4261, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas**. Washington, D.C, 2011.

PADBIDRI, V. S.; GNANESWAR, T. T. Epidemiological investigations of chikungunya epidemic at Barsi, Maharashtra state, India. **J. Hyg. Epidemiol. Microbiol. Immunol.**, v. 23, n. 4, p. 445-51, 1979.

PAN-AMERICANA HEALTH ORGANIZATION. **Alerta Epidemiológica**. Fiebre por chikungunya y dengue en las Américas, 2014. Disponível em http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27048&Itemid&lang=es>. Acesso em: 9 set. 2014.

_____. **Chikungunya: a new virus in the region of the Americas**. 2014. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9724:chikungunya-un-nuevo-virus-en-la-region-de-las-americas&Itemid=2&lang=en>. Acesso em: 9 set. 2014.

_____. **Recomendaciones nacionales para el manejo de la fiebre chikungunya (formas agudas y crónicas)**. 2014. Disponível em http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=34399&lang=es Acesso em 19 janeiro 2017 às 10h29.

RAMACHANDRAN, V.; MALAISAMY, M.; PONNAIAH, M. Impact of Chikungunya on Health Related Quality of Life Chennai, South India. **PLoS ONE**, v. 7, n. 12, p. e51519, 2012.

_____. et al. Persistent arthralgia among Chikungunya patients and associated risk factors in Chennai, South India. **JPGM**, v. 60, p. 3-6, 2014.

REPÚBLICA DOMINICANA. Ministerio de Salud Pública. **Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV)**. Santo Domingo, 2014.

ROBINSON, M. C. An epidemic of virus disease in Southern Province, Tanganyika Territory, in 1952-53. I. Clinical Features. **Trans. R Soc Trop Med Hyg.**, v. 49, n. 1, p. 28-32, 1955.

ROSS, R. W. The Newala epidemic: III. The virus: isolation, pathogenic properties and relationship to the epidemic. **Journal of Hygiene**, v. 54, p. 177-191, 1956. doi: <10.1017/S0022172400044442>.

SANTOS, J. G. et al. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. **J. Pain**, v. 11, n. 5, p. 484-490, May 2010. Disponível em: <<http://survey.numec.prp.usp.br/index.php/survey/index?sid=598224&lang=pt-BR>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

SCHILTE, C. et al. Chikungunya Virus-associated Long-term Arthralgia: A 36-month Prospective Longitudinal Study. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 7, n. 3, p. e2137, ano2013.

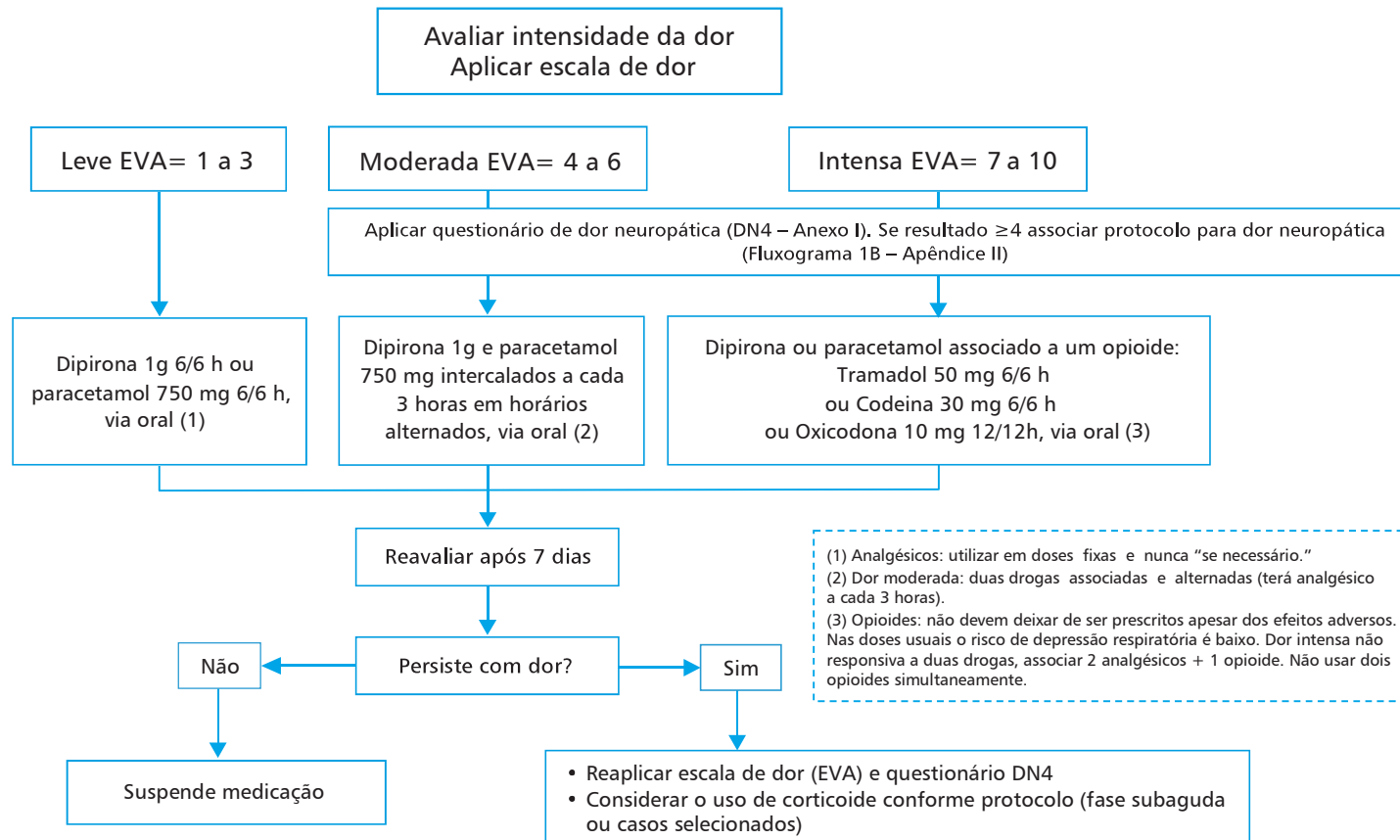
SOUZA, F. A.; Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-447, maio/jun. 2002.

YAKOB, L.; CLEMENTS, A. C. A. A mathematical model of chikungunya dynamics and control: the major epidemic on Réunion Island. **PLoS ONE**, v. 8, n. 3, p. e57448, 2013. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0057448>>. Acesso em: 9 set. 2014.

YASEEN, H. M. et al. Identification of initial severity determinants to predict arthritis after chikungunya infection in a cohort of French gendarmes. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 15, p. 249, 2014.

Apêndices

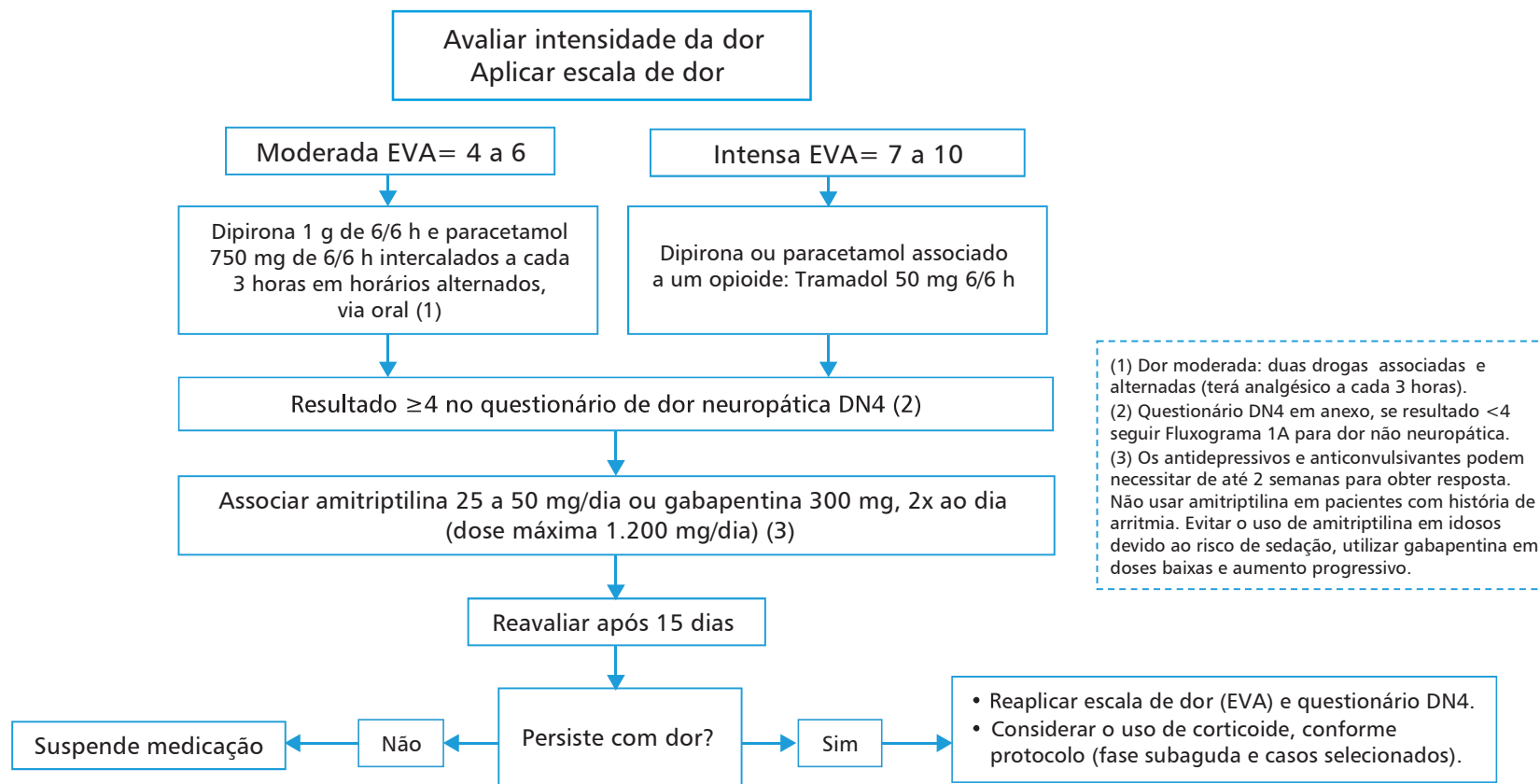
Apêndice A – Fluxograma 1A – Dor na fase aguda (0-14 dias)



- Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona.
- Não utilizar AINH (anti-inflamatório não hormonal) ou aspirina (ácido acetilsalicílico) na fase aguda, pelo risco de complicações associados às formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).
- Não utilizar corticoide na fase aguda da viremia, devido ao risco de complicações.

Fonte: BRITO, C. A. et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 49, n. 6, p. 668-679, Nov./Dec. 2016. Reproduzido com autorização da Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical / Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine.

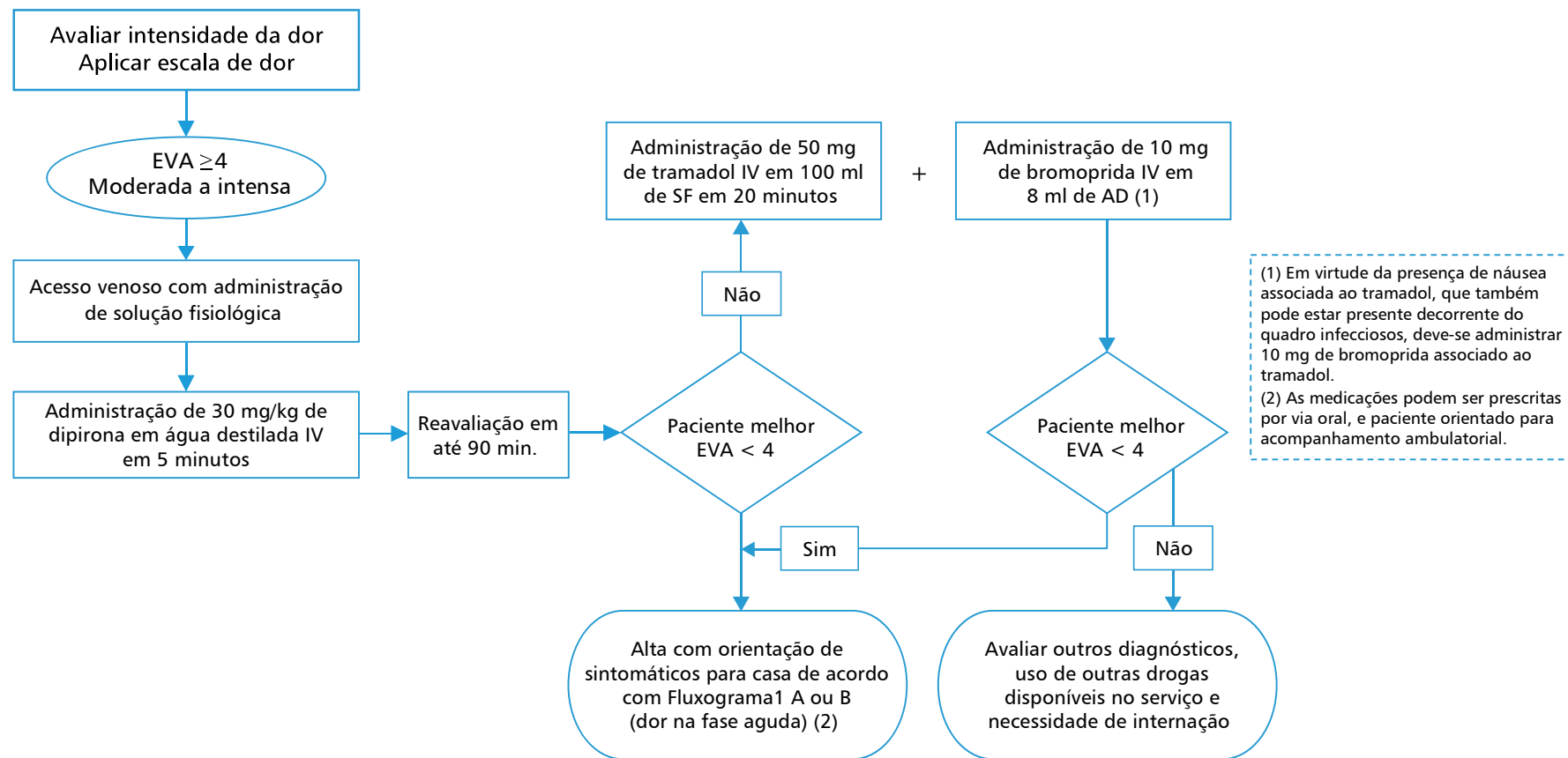
Apêndice B – Fluxograma 1B – Dor fase aguda (0-14 dias) – Se questionário DN4 for sugestivo de dor neuropática (resultado ≥ 4)



- Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona.
- Não utilizar AINH (anti-inflamatório não hormonal) ou aspirina (ácido acetilsalicílico) na fase aguda, pelo risco de complicações associados às formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).
- Não utilizar corticoide na fase aguda da viremia, devido ao risco de complicações.

Fonte: BRITO, C. A. et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 49, n. 6, p. 668-679, Nov./Dec. 2016. Reproduzido com autorização da Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical / Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine.

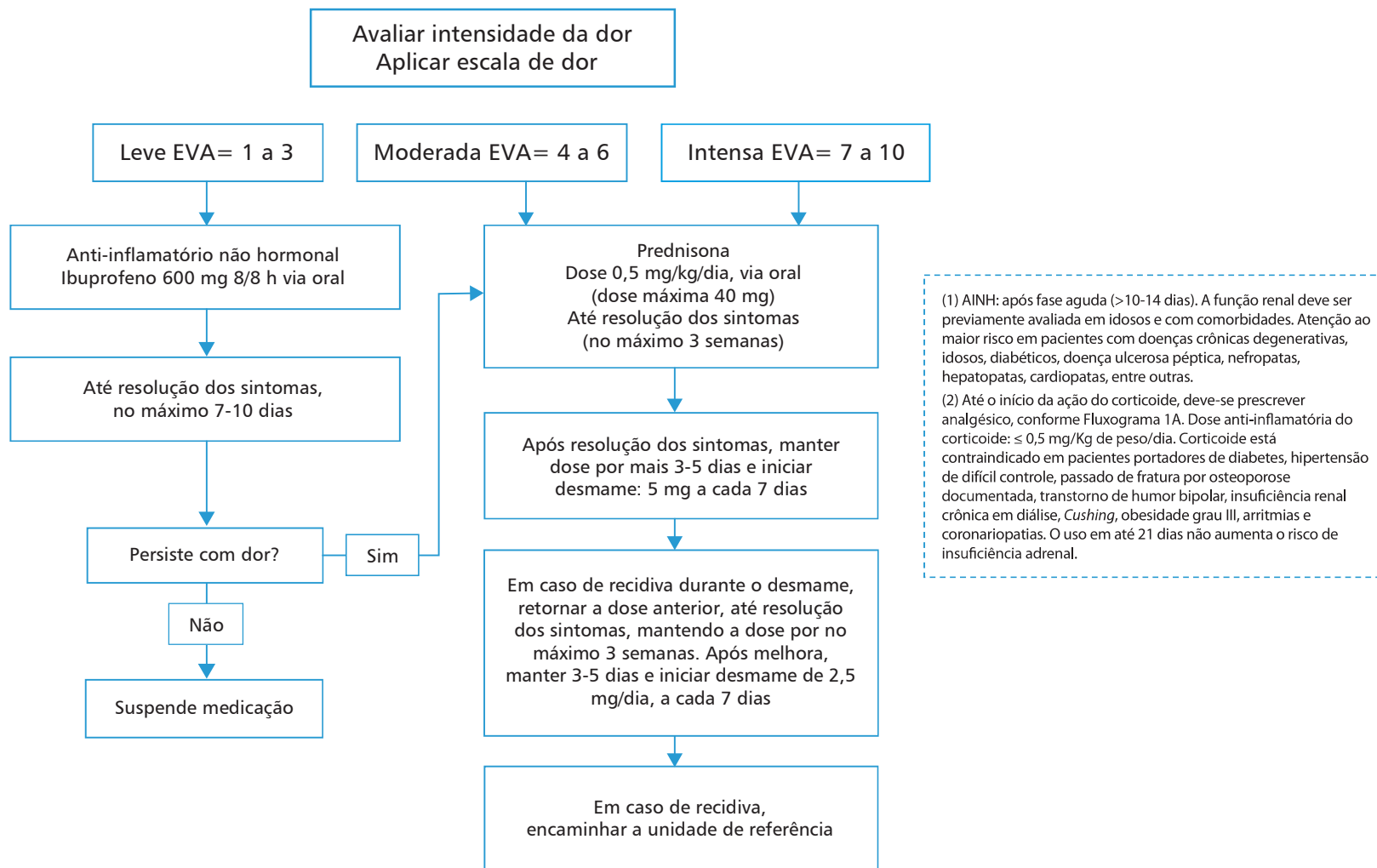
Apêndice C – Fluxograma 1C – Dor na fase aguda (0-14 dias) – Dor moderada a intensa (EVA ≥ 4) e persistente, poliarticular ou incapacitante (Atendimento em unidade de pronto atendimento ou urgência)



- Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona.
- Não utilizar AINH (anti-inflamatório não hormonal) na fase aguda, pelo risco de complicações associados às formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).
- Não utilizar corticoide na fase aguda da viremia, devido ao risco de complicações.

Fonte: BRITO, C. A. et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 49, n. 6, p. 668-679, Nov./Dec. 2016. Reproduzido com autorização da Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical / Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine.

Apêndice D – Fluxograma 2 – Dor na fase subaguda (após 10-14 dias)

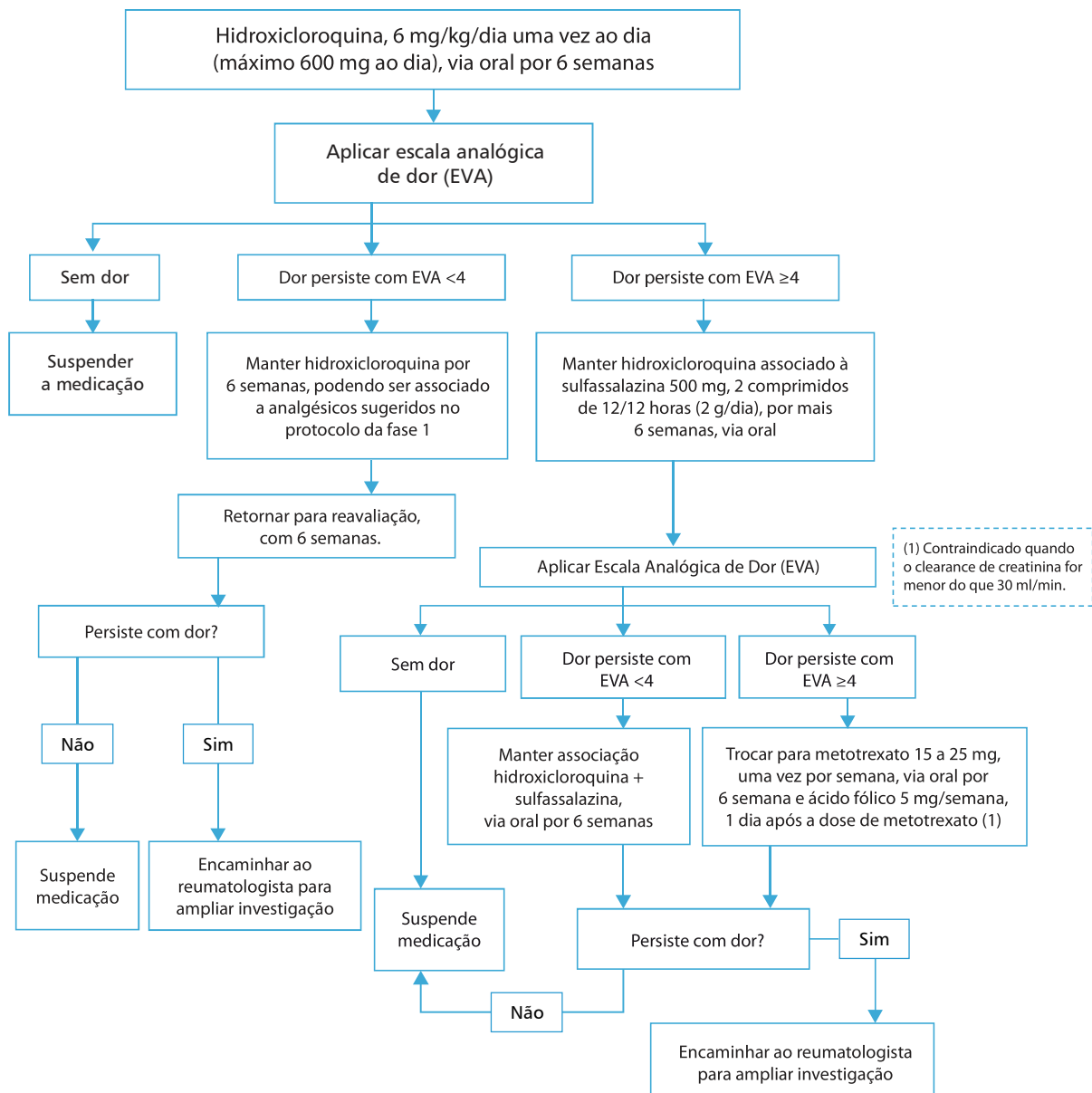


Fonte: BRITO, C. A. et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 49, n. 6, p. 668-679, Nov./Dec. 2016. Reproduzido com autorização da Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical / Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine.

Anexos

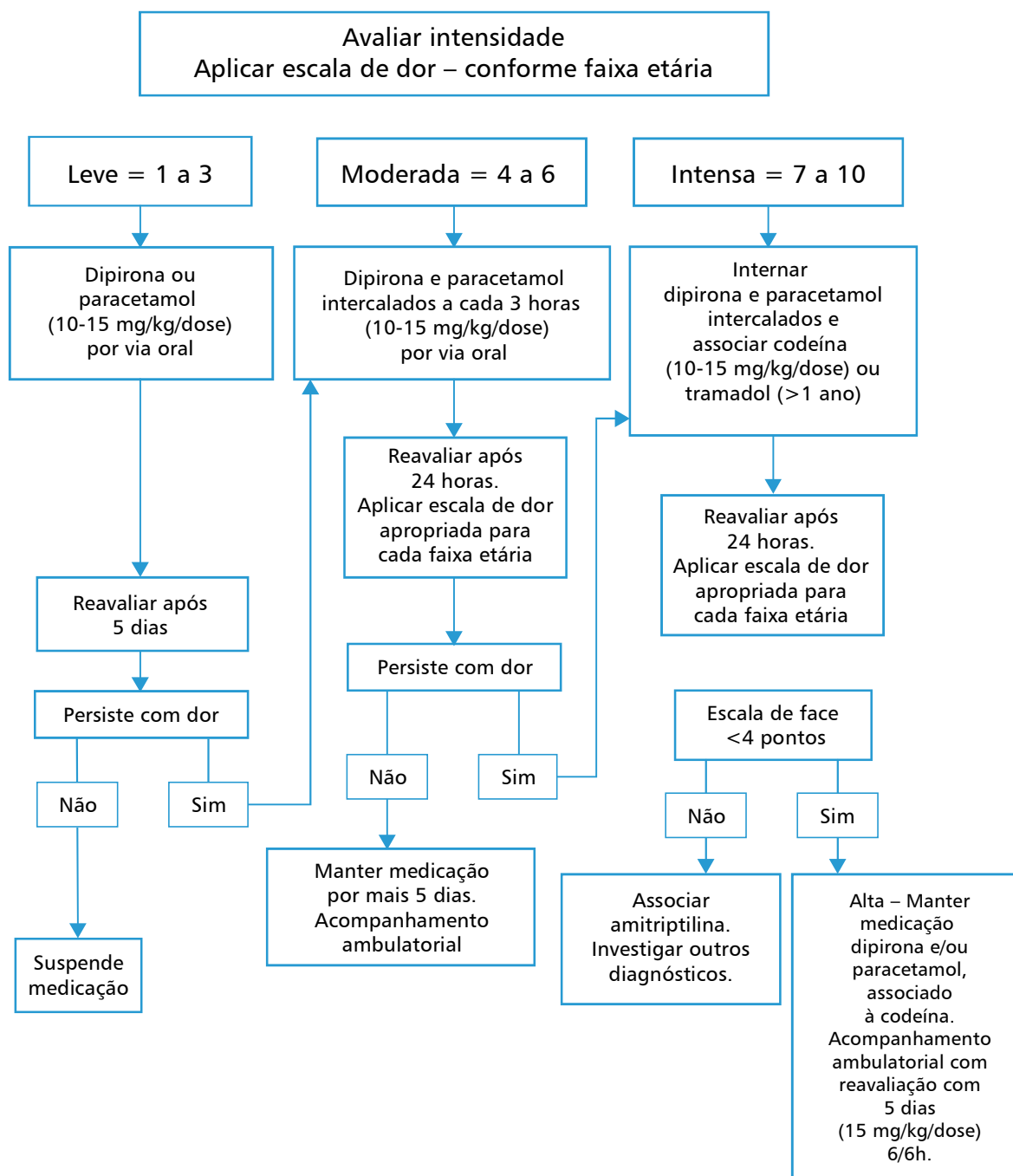
Anexo A – Fluxograma 3 – Dor na fase crônica (após 3 meses)

Atendimento em unidade referência com profissionais capacitados para atender pacientes com este perfil.



- Medicamentos desta fase de tratamento apresentam efeitos adversos próprios de cada classe terapêutica e necessitam de monitorização clínica e laboratorial específica antes e durante o uso, devendo ser prescrito por profissionais capacitados.
- O corticoide pode ser prescrito para pacientes na fase crônica que ainda não o tenha utilizado.

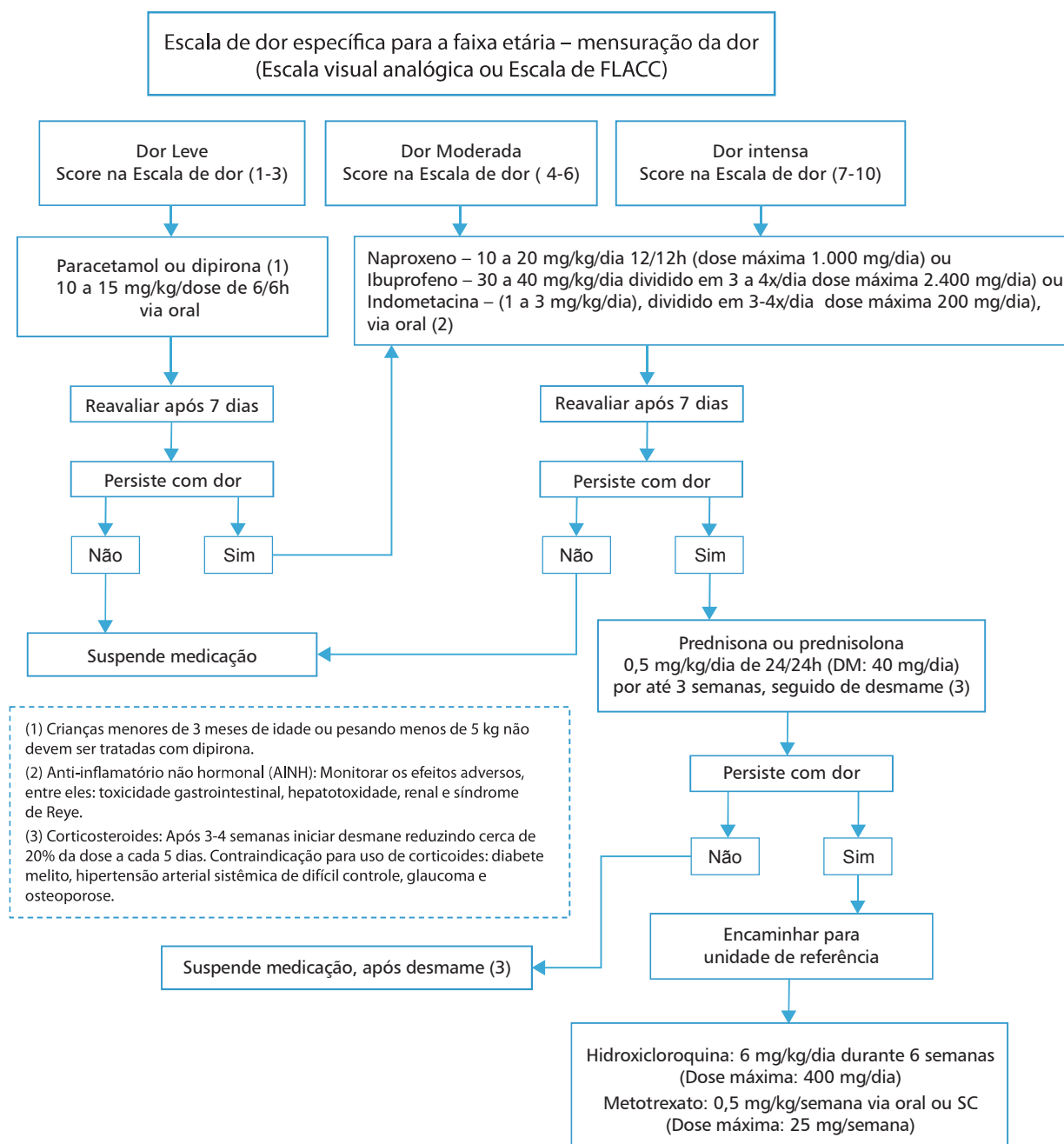
Anexo B – Fluxograma 4 – Pediatria – Dor na fase aguda (0-14 dias)



Fonte: BRITO, C. A. et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 49, n. 6, p. 668-679, Nov./Dec. 2016. Reproduzido com autorização da Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical / Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine.

Anexo C – Fluxograma 5 – Pediatria – Dor na fase subaguda e crônica

Atendimento em unidade referência com profissionais capacitados para atender pacientes com este perfil.



Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona e anti-inflamatórios.

Fonte: BRITO, C. A. et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., v. 49, n. 6, p. 668-679, Nov./Dec. 2016. Reproduzido com autorização da Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical / Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine.

Anexo D – Questionário para diagnóstico de dor neuropática DN4

Por favor, nas quatro perguntas a seguir, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

ENTREVISTA DO PACIENTE

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

- 1- Queimação
- 2- Sensação de frio ou dolorosa
- 3- Choque elétrico

Sim	Não

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

- 4- Formigamento
- 5- Alfinetada e agulhada
- 6- Adormecimento
- 7- Coceira

Sim	Não

EXAME DO PACIENTE

Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

- 8- Hipoestesia ao choque
- 9- Hipoestesia a picada de agulha

Sim	Não

Questão 4: Na área dolorosa a dor pode ser causada ou aumentada por:

- 10- Escovação

Sim	Não

ESCORE

Para cada item negativo 1 – Para cada item positivo

Dor neuropática: Escore total a partir de 4/10

() Dor Nociceptiva () Dor Neuropática

Obs.: Se ≥ 4 pontos do total de 10, sensibilidade = 83% e especificidade = 90% para confirmação de dor neuropática.

Fontes: SANTOS, J. G. et al. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. J. Pain., v. 11, n. 5, p. 484-490, May 2010; BOUHASSIRA, D. et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain, v. 114, p. 29-36, 2005. Disponível em: <<http://survey.numec.prp.usp.br/index.php/survey/index?sid=598224&lang=pt-BR>>. Acesso em: 13 fev. 2017.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DENGUE

diagnóstico e manejo clínico

adulto e criança

5ª edição



Brasília – DF
2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

DENGUE

diagnóstico e manejo clínico

adulto e criança

5ª edição



Brasília / DF
2016

2002 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 5ª edição – 2016 – Versão eletrônica

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria
de Atenção à Saúde

Departamento de Vigilância das Doenças
Transmissíveis

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede

Bloco G, 1º andar, sala 156

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br/svs

E-mail: svs@saude.gov.br

Organização

Carlos F. Campelo de Albuquerque e Melo

Giovanini Evelim Coelho

Livia Carla Vinhal Frutuoso

Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Colaboração

Alexandre Sampaio Moura

Carlos Alexandre Brito

Consuelo Silva de Oliveira

Eric Martinez Torres

Gamaliel Gutierrez Castillo

Jaqueline Martins

João Bosco Siqueira Junior

Kleber Giovanni Luz

Leônidas Lopes Braga

Lúcia Alves Rocha

Lúcia Teresa Cortes da Silveira

Márcia Ferreira Del Fabro

Maria do Carmo

Michelle Luiza Cortez Gomin

Paulo Afonso Martins Abati

Rivaldo Venâncio da Cunha

Produção editorial

Capa e projeto gráfico: Núcleo de
Comunicação/SVS

Diagramação: Fred Lobo

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e
Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva

Revisão: Tatiane Souza

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

58 p. : il.

ISBN 978-85-334-2344-2

1. Dengue. 2. Diagnóstico. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 616-022

Catologação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0016

Título para indexação

Dengue: diagnosis and clinical handling: Adult and Child

Sumário

Apresentação | 5

1 Introdução | 6

2 Espectro clínico | 7

2.1 Fase febril | 7

2.2 Fase crítica | 7

2.2.1 Dengue com sinais de alarme | 7

2.2.2 Dengue grave | 8

2.3 Fase de recuperação | 10

2.4 Aspectos clínicos na criança | 11

2.5 Aspectos clínicos na gestante | 11

3 Diagnóstico diferencial | 12

4 Atendimento ao paciente com suspeita de dengue | 14

4.1 Anamnese | 14

4.2 Exame físico geral | 14

5 Classificação de risco | 16

6 Estadiamento clínico e conduta | 18

6.1 Grupo A | 18

6.1.1 Caracterização | 18

6.1.2 Conduta | 18

6.2 Grupo B | 20

6.2.1 Caracterização | 20

6.2.2 Conduta | 20

6.3 Grupo C | 21

6.3.1 Caracterização | 21

6.3.2 Conduta | 21

6.4 Grupo D | 23

6.4.1 Caracterização | 23

6.4.2 Conduta | 24

6.5 Considerações importantes para os grupos C e D | 26

6.6 Outros distúrbios eletrolíticos e metabólicos que podem exigir correção específica | 27

6.7 Distúrbios de coagulação (cardiopatias de consumo e plaquetopenia), hemorragias e uso de hemoderivados | 27

6.8 Comparações entre choque da dengue e choque séptico | 28

6.9 Óbito por dengue | 29

6.10 Indicações para internação hospitalar | 29

6.11 Critérios de alta hospitalar | 30

6.12 Homeopatia | 30

7 Confirmação laboratorial | 31

8 Classificação de caso | 32

8.1 Caso suspeito de dengue | 32

8.2 Caso suspeito de dengue com sinais de alarme | 32

8.3 Caso suspeito de dengue grave | 33

8.4 Caso confirmado | 33

8.5 Caso descartado | 33

Referências | 34

Bibliografia | 35

Anexos | 38

Anexo A – Gestação e dengue | 38

Anexo B – Parâmetros de frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial sistólica em crianças. Cálculo do peso em crianças | 40

Anexo C – Prova do laço | 42

Anexo D – Valores de referência eritrograma | 43

Anexo E – Uso de drogas sintomáticas nos casos de dengue | 44

Anexo F – Antiplaquetários em dengue | 45

Anexo G – Hidratação venosa em pacientes adultos cardiopatas com dengue | 51

Anexo H – Tratamento da hipertensão arterial durante a infecção pelo vírus da dengue | 56

Anexo I – Cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue | 58

Apresentação

A Secretaria de Vigilância em Saúde revisou e atualizou o protocolo para o manejo clínico dos pacientes com dengue durante o ano de 2015. Esse processo de revisão contou com a participação de um grupo de especialistas e instituições nacionais e internacionais que incorporaram suas experiências no aprimoramento desta publicação.

Esta versão do guia enfatiza a nova classificação de dengue, revisa os volumes de hidratação oral dos grupos A e B; a reposição volêmica e o monitoramento do grupo C e inclui o diagnóstico diferencial com as novas arboviroses, chikungunya e zika, introduzidas no País nos últimos anos.

A situação epidemiológica da dengue no País permanece sendo caracterizada pelo número crescente de casos graves e óbitos nos últimos dez anos, além dos novos desafios impostos pela circulação dos vírus da febre de chikungunya e zika, cujos sintomas são parecidos com os da dengue, e fazem com que o tema se torne ainda mais importante para a assistência.

Os pressupostos para o adequado atendimento do paciente com dengue presentes nas edições anteriores permanecem nesta edição. Com o reforço de que os óbitos por dengue são absolutamente evitáveis com a adoção de medidas de baixa densidade tecnológica e que sua ocorrência é um indicador de fragilidade da rede de assistência e que, portanto, devem ser imediatamente corrigidas.

O Ministério da Saúde, ao disponibilizar a 5ª edição do *Dengue: diagnóstico e manejo clínico*, espera cumprir mais uma etapa do seu papel na estrutura do Sistema Único de Saúde, com a expectativa de que essa iniciativa possa efetivamente auxiliar os profissionais de saúde no atendimento adequado dos pacientes com dengue e, com isso, impactar na letalidade da doença no País.

Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

1 Introdução

A partir de 2014 o Brasil passou a utilizar a nova classificação de dengue. Esta abordagem enfatiza que a dengue é uma doença única, dinâmica e sistêmica. Isso significa que a doença pode evoluir para remissão dos sintomas, ou pode agravar-se exigindo constante reavaliação e observação, para que as intervenções sejam oportunas e que os óbitos não ocorram.

A maior parte dos casos graves ocorre pelo extravasamento plasmático, portanto, a observação cuidadosa e o uso racional de líquidos intravenosos são essenciais; a ressuscitação do choque só é requerida em uma pequena parte dos casos. Outras manifestações clínicas indicam gravidade, tais como hemorragias graves e comprometimento grave de órgãos.

No entanto, antes que ocorra o agravamento da dengue, alguns sinais de alarme podem surgir, por meio destes sinais se tem conseguido identificar os pacientes que podem evoluir para uma forma grave da doença, com a intenção de prevenir gravidade e reduzir a mortalidade por dengue.

Outra medida importante para evitar a ocorrência do óbito por dengue está na organização dos serviços de saúde, especialmente em situação de epidemia. A implantação do acolhimento com classificação de risco é de vital importância para que o correto estadiamento ofereça tratamento prioritário e oportuno para os casos com sinais de alarme e para os casos graves.

Estas diretrizes também proporcionam melhor estratificação da gravidade do paciente, tendo em conta as manifestações clínicas mais comuns desta doença (extravasamento de plasma, choque inicial e tardio, hemorragias significativas) e outras manifestações que anteriormente eram consideradas incomuns (alterações no sistema nervoso central, comprometimento de outros órgãos).

O guia apresentado aqui é uma ferramenta para lidar com casos de dengue, desde o nível primário em saúde até as unidades de maior complexidade com a principal finalidade de evitar mortes por dengue.

2 Espectro clínico

A infecção pelo vírus dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico, variando desde formas oligossintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. Três fases clínicas podem ocorrer: febril, crítica e de recuperação.

2.1 Fase febril

A primeira manifestação é a febre que tem duração de dois a sete dias, geralmente alta (39°C a 40°C), de início abrupto, associada à cefaleia, à adinamia, às mialgias, às artralgias e a dor retroorbitária. O exantema está presente em 50% dos casos, é predominantemente do tipo máculo-papular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, não poupando plantas de pés e palmas de mãos, podendo apresentar-se sob outras formas com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre.

Anorexia, náuseas e vômitos podem estar presentes. A diarreia está presente em percentual significativo dos casos, habitualmente não é volumosa, cursando apenas com fezes pastosas numa frequência de três a quatro evacuações por dia, o que facilita o diagnóstico diferencial com gastroenterites de outras causas.

Após a fase febril, grande parte dos pacientes recupera-se gradativamente com melhora do estado geral e retorno do apetite.

2.2 Fase crítica

Esta fase pode estar presente em alguns pacientes, podendo evoluir para as formas graves e, por esta razão, medidas diferenciadas de manejo clínico e observação devem ser adotadas imediatamente.

Tem início com a defervescência da febre, entre o terceiro e o sétimo dia do início da doença, acompanhada do surgimento dos sinais de alarme.

2.2.1 Dengue com sinais de alarme

Os sinais de alarme devem ser rotineiramente pesquisados e valorizados, bem como os pacientes devem ser orientados a procurar a assistência médica na ocorrência deles.

A maioria dos sinais de alarme é resultante do aumento da permeabilidade vascular, a qual marca o início do deterioramento clínico do paciente e sua possível evolução para o choque por extravasamento de plasma.

O quadro a seguir apresenta os Sinais de Alarme.

Sinais de alarme na dengue

- a) Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.
- b) Vômitos persistentes.
- c) Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).
- d) Hipotensão postural e/ou lipotímia.
- e) Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.
- f) Sangramento de mucosa.
- g) Letargia e/ou irritabilidade.
- h) Aumento progressivo do hematócrito.

2.2.2 Dengue grave

As formas graves da doença podem manifestar-se com extravasamento de plasma, levando ao choque ou acúmulo de líquidos com desconforto respiratório, sangramento grave ou sinais de disfunção orgânica como o coração, os pulmões, os rins, o fígado e o sistema nervoso central (SNC). O quadro clínico é semelhante ao observado no comprometimento desses órgãos por outras causas.

Derrame pleural e ascite podem ser clinicamente detectáveis, em função da intensidade do extravasamento e da quantidade excessiva de fluidos infundidos. O extravasamento plasmático também pode ser percebido pelo aumento do hematócrito, quanto maior sua elevação maior será a gravidade, pela redução dos níveis de albumina e por exames de imagem.

2.2.2.1 Choque

O choque ocorre quando um volume crítico de plasma é perdido através do extravasamento, o que geralmente ocorre entre os dias quatro ou cinco (com intervalo entre três a sete dias) de doença, geralmente precedido por sinais de alarme. O período de extravasamento plasmático e choque leva de 24 a 48 horas, devendo a equipe assistencial estar atenta à rápida mudança das alterações hemodinâmicas, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações hemodinâmicas

Parâmetros	Choque ausente	Choque compensado (fase inicial)	Choque com hipotensão (fase tardia)
Frequência cardíaca	Normal	Taquicardia	Taquicardia intensa, com bradicardia no choque tardio
Extremidades	Temperatura normal e rosadas	Distais, frias	frias, úmidas, pálidas ou cianóticas
Intensidade do pulso periférico	Pulso forte	Pulso fraco e filiforme	Tênue ou ausente
Enchimento capilar	Normal (<2 segundos)	Prolongado (>2 segundos)	Muito prolongado, pele mosqueada
Pressão arterial	Normal para a idade e pressão de pulso normal para a idade	Redução de pressão do pulso (≤ 20 mm Hg)	Hipotensão (ver a seguir). Pressão de pulso <10 mm Hg. Pressão arterial não detectável
Ritmo respiratório	Normal para a idade	Taquipneia	Acidose metabólica, hiperpneia ou respiração de Kussmaul
Diureses	Normal 1,5 a 4 ml/kg/h	Oligúria < 1,5 ml/kg/h	Oligúria persistente. < 1,5 ml/kg/h

Fonte: Opas. Dengue – Guías de Atención para Enfermos en la Región de las Américas. La Paz, Bolivia, 2010.

Considera-se hipotensão: pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média < de 70 mmHg em adultos, ou uma diminuição da pressão arterial sistólica maior que 40 mmHg ou menor que 2 desvio-padrão abaixo do intervalo normal para idade. Pressão de pulso ≤ 20 mm Hg. Em adulto é muito significativa a diminuição da PAM associada a taquicardia. Em crianças ver Anexo B.

O choque na dengue é de rápida instalação e tem curta duração. Podendo levar o paciente ao óbito em um intervalo de 12 a 24 horas ou a sua recuperação rápida, após terapia antichoque apropriada.

O choque prolongado e a consequente hipoperfusão de órgãos resulta no comprometimento progressivo destes, bem como em acidose metabólica e coagulação intravascular disseminada. Isso, por sua vez, pode levar a hemorragias graves, causando diminuição de hematócrito agravando ainda mais o choque.

Podem ocorrer alterações cardíacas graves (insuficiência cardíaca e miocárdite), manifestando-se com redução de fração de ejeção e choque cardiogênico. Síndrome da angústia respiratória, pneumonites e sobrecargas de volume podem ser a causa do desconforto respiratório.

2.2.2.2 Hemorragias grave

Em alguns casos pode ocorrer hemorragia massiva sem choque prolongado e este sangramento massivo é critério de dengue grave. Este tipo de hemorragia, quando é do aparelho digestivo, é mais frequente em pacientes com histórico de úlcera péptica ou gastrites, assim como também pode ocorrer devido a ingestão de ácido acetil salicílico (AAS), anti-inflamatórios não esteroides (Aines) e anticoagulantes.

Estes casos não estão obrigatoriamente associados à trombocitopenia e hemoconcentração.

2.2.2.3 Disfunções graves de órgãos

O grave comprometimento orgânico, como hepatites, encefalites ou miocardites pode ocorrer sem o concomitante extravasamento plasmático ou choque.

As miocardites por dengue são expressas principalmente por alterações do ritmo cardíaco (taquicardias e bradicardias), inversão da onda T e do segmento ST com disfunções ventriculares (diminuição da fração da ejeção do ventrículo esquerdo), podendo ter elevação das enzimas cardíacas.

Elevação de enzimas hepáticas de pequena monta ocorre em até 50% dos pacientes, podendo nas formas graves evoluir para comprometimento severo das funções hepáticas expressas pelo acréscimo das aminotransferases em 10 vezes o valor máximo normal, associado à elevação do valor do tempo de protrombina.

Alguns pacientes podem ainda apresentar manifestações neurológicas, como convulsões e irritabilidade.

O acometimento grave do sistema nervoso pode ocorrer no período febril ou, mais tardiamente, na convalescença e tem sido relatado com diferentes formas clínicas: meningite linfomonocítica, encefalite, síndrome de Reye, polirradiculoneurite, polineuropatias (síndrome de Guillain-Barré) e encefalite.

A insuficiência renal aguda é pouco frequente e geralmente cursa com pior prognóstico.

2.3 Fase de recuperação

Nos pacientes que passaram pela fase crítica haverá reabsorção gradual do conteúdo extravasado com progressiva melhora clínica. É importante estar atento às possíveis complicações relacionadas à hiper-hidratação. Nesta fase o

débito urinário se normaliza ou aumenta, podem ocorrer ainda bradicardia e mudanças no eletrocardiograma.

Alguns pacientes podem apresentar um *rash* cutâneo acompanhado ou não de prurido generalizado.

Infecções bacterianas poderão ser percebidas nesta fase ou ainda no final do curso clínico. Tais infecções em determinados pacientes podem ter um caráter grave, contribuindo para o óbito.

2.4 Aspectos clínicos na criança

A dengue na criança pode ser assintomática ou apresentar-se como uma síndrome febril clássica viral, ou com sinais e sintomas inespecíficos: adinamia, sonolência, recusa da alimentação e de líquidos, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nesses casos os critérios epidemiológicos ajudam o diagnóstico clínico.

Nos menores de 2 anos de idade os sinais e os sintomas de dor podem manifestar-se por choro persistente, adinamia e irritabilidade, podendo ser confundidos com outros quadros infecciosos febris, próprios da faixa etária.

O início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. O agravamento, em geral, é mais súbito do que ocorre no adulto, em que os sinais de alarme são mais facilmente detectados.

2.5 Aspectos clínicos na gestante

Gestantes devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue. As gestantes necessitam de vigilância, independente da gravidade, devendo o médico estar atento aos riscos para mãe e conceito.

Os riscos para mãe infectada estão principalmente relacionados ao aumento de sangramentos de origem obstétrica e às alterações fisiológicas da gravidez, que podem interferir nas manifestações clínicas da doença.

Para o conceito de mãe infectada durante a gestação, há risco aumentado de aborto e baixo peso ao nascer, maiores informações sobre dengue na gestação estão no Anexo A.

Gestantes com sangramento, independente do período gestacional, devem ser questionadas quanto à presença de febre ou ao histórico de febre nos últimos sete dias.

3 Diagnóstico diferencial

Devido às características da dengue, pode-se destacar seu diagnóstico diferencial em síndromes clínicas:

- a) **Síndrome febril:** enterovirose, *influenza* e outras viroses respiratórias, hepatites virais, malária, febre tifoide, chikungunya e outras arboviroses (oropouche, zika).
- b) **Síndrome exantemática febril:** rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, enterovirose, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, outras arboviroses (mayaro), farmacodermias, doença de Kawasaki, doença de *Henoch-Schonlein*, chikungunya, zika etc.
- c) **Síndrome hemorrágica febril:** hantavirose, febre amarela, leptospirose, malária grave, riquetsioses e púrpuras.
- d) **Síndrome dolorosa abdominal:** apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, abdome agudo, pneumonia, infecção urinária, colecistite aguda etc.
- e) **Síndrome do choque:** meningococemia, septicemia, meningite por *influenza* tipo B, febre purpúrica brasileira, síndrome do choque tóxico e choque cardiogênico (miocardites).
- f) **Síndrome meníngea:** meningites virais, meningite bacteriana e encefalite.

No atual cenário epidemiológico do Brasil, com confirmação de casos autóctones de chikungunya a partir de 2014 e de infecções pelo vírus zika em 2015, algumas particularidades a respeito do diagnóstico diferencial entre dengue e estas doenças merecem destaque e estão descritas a seguir (Tabela 2).

Tabela 2 – Diagnóstico diferencial: dengue x chikungunya

Manifestação clínica/laboratorial	Dengue	Chikungunya
Intensidade da febre	++	+++
Exantema	+(D5-D7)	++ (D1-D4)
Mialgia	++	+
Artralgia	+/-	+++
Dor retrorbital	+++	+
Sangramentos	++	-/+
Choque	-/+	-
Plaquetopenia	+++	+
Leucopenia	+++	++
Linfopenia	++	+++
Neutropenia	+++	+
Evolução após fase aguda	Fadiga	Artralgia crônica

Fonte: (STAPLES et al., 2009 apud BRASIL, 2015, adaptado).

+++ = 70-100% dos pacientes; ++ = 40-69%; + = 10-39%; +/- = <10%; - = 0%.

Tabela 3 – Diagnóstico diferencial: dengue x zika

Manifestação clínica/laboratorial	Dengue	Zika
Intensidade da febre	++	+/ausente
Exantema	+(D5-D7)	++++ (D2-D3)
Mialgia	++	+
Artralgia	+/-	+
Dor retrorbital	+++	++
Conjuntivites	-/+	+++
Sangramentos	++	-
Choque	-/+	-
Leucopenia/trombocitopenia	+++	-

Fonte: (STAPLES et al., 2009 apud BRASIL, 2015, adaptado; HALSTEAD et al., 1969 apud INSTITUTE DE VEILLE SANITAIRE, 2014).

Durante os primeiros dias de enfermidade, quando é quase impossível diferenciar dengue de outras viroses, recomenda-se a adoção de medidas para manejo clínico de dengue contido neste protocolo, uma vez que esse agravamento apresenta elevado potencial de complicações e morte quando comparado à zika e chikungunya.

4 Atendimento ao paciente com suspeita de dengue

4.1 Anamnese

Pesquisar a presença de febre, referida ou medida, incluindo o dia anterior à consulta; pesquisar ainda:

- Data de início da febre e de outros sintomas.
- Presença de sinais de alarme (item 2.2).
- Alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, gastrite).
- Alterações do estado da consciência: irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimias, tontura, convulsão e vertigem.
- Diurese: frequência nas últimas 24 horas, volume e hora da última micção.
- Se existem familiares com dengue ou dengue na comunidade, ou história de viagem recente para áreas endêmicas de dengue (14 dias antes do início dos sintomas).
- Condições preexistentes, tais como lactentes menores (29 dias a 6 meses de vida), adultos maiores de 65 anos, gestante, obesidade, asma, *diabetes mellitus*, hipertensão etc.

4.2 Exame físico geral

Valorizar e registrar os sinais vitais: temperatura, qualidade de pulso, frequência cardíaca, pressão arterial, pressão de pulso e frequência respiratória PAM; avaliar:





- O estado de consciência com a escala de Glasgow.
- O estado de hidratação.
- O estado hemodinâmico: pulso e pressão arterial, determinar a pressão arterial média e a pressão de pulso ou pressão diferencial, enchimento capilar.
- Verificar a presença de derrames pleurais, taquipneia, respiração de *Kussmaul*.
- Pesquisar a presença de dor abdominal, ascite, hepatomegalia.
- Investigar a presença de exantema, petéquias ou sinal de Herman "mar vermelho com ilhas brancas".

- Buscar manifestações hemorrágicas espontâneas ou provocadas (prova do laço, que frequentemente é negativa em pessoas obesas e durante o choque).
- A partir da anamnese, do exame físico e dos resultados laboratoriais (hemograma completo), os médicos devem ser capazes de responder as seguintes perguntas:
- É dengue?
- Em que fase (febril/crítica/recuperação) o paciente se encontra?
- Tem sinais de alarme?
- Qual o estado hemodinâmico e de hidratação? Está em choque?
- Tem condições preexistentes?
- O paciente requer hospitalização?
- Em qual grupo de estadiamento (grupos A, B, C ou D) o paciente se encontra?

5 Classificação de risco

A classificação de risco do paciente com dengue visa reduzir o tempo de espera no serviço de saúde. Para essa classificação, foram utilizados os critérios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o estadiamento da doença. Os dados de anamnese e exame físico serão usados para fazer esse estadiamento e para orientar as medidas terapêuticas cabíveis.

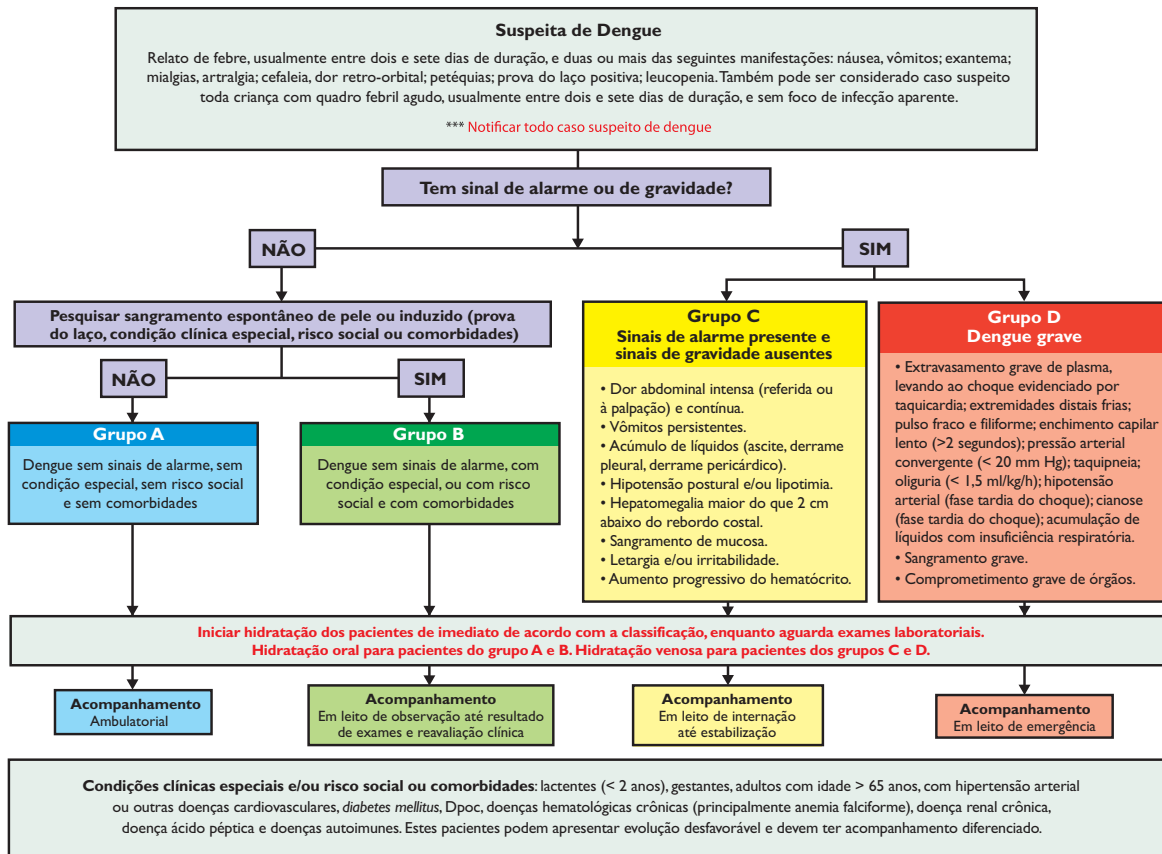
Quadro 1 – Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

-  Azul: **Grupo A** – atendimento de acordo com o horário de chegada
-  Verde: **Grupo B** – prioridade não-urgente
-  Amarelo: **Grupo C** – urgência, atendimento o mais rápido possível
-  Vermelho: **Grupo D** – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Fonte: Ministério da Saúde. *Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília-DF, 2009.

O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce dos sinais de alarme, do contínuo acompanhamento, do reestadiamento dos casos (dinâmico e contínuo) e da pronta reposição volêmica. Com isso, torna-se necessária a revisão da história clínica, acompanhada de exame físico completo a cada reavaliação do paciente.

Figura 1 – Fluxograma para classificação de risco de dengue



Fonte: Autoria própria.

6 Estadiamento clínico e conduta

6.1 Grupo A

6.1.1 Caracterização

- a) Caso suspeito de dengue.
- b) **Ausência de sinais de alarme.**
- c) Sem comorbidades, grupo de risco ou condições clínicas especiais.

6.1.2 Conduta

- Exames laboratoriais complementares a critério médico.
- Prescrever paracetamol e/ou dipirona, conforme Anexo E.
- Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides.
- Orientar repouso e prescrever dieta e hidratação oral, conforme a seguir:

Quadro 2 – Orientações para hidratação oral

A hidratação oral dos pacientes com suspeita de dengue deve ser iniciada ainda na sala de espera enquanto aguardam consulta médica.

- Volume diário da hidratação oral:

» **Adultos:** 60 ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc.), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente.

Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar: 60 ml/kg/dia 4,2 L. Ingerir nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento: 1,4 L de líquidos e distribuir o restante nos outros períodos (2,8 L).

» **Crianças** (< 13 anos de idade): orientar paciente e o cuidador para hidratação por via oral. Oferecer 1/3 na forma de soro de reidratação oral (SRO) e o restante através da oferta de água, sucos e chás. Considerar o volume de líquidos a ser ingerido conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday Segar acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%):

- Crianças até 10 kg: 130 ml/kg/dia
- Crianças de 10 a 20 kg: 100 ml /kg/dia
- Crianças acima de 20 kg: 80 ml/kg/dia

Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento considerar a oferta de 1/3 deste volume.

Especificar em receita médica ou no cartão da dengue o volume a ser ingerido.

- Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre.
- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação e sim administrada de acordo com a aceitação do paciente. O aleitamento materno dever ser mantido e estimulado.

Fonte: Adaptado de Protocolo para atendimento aos pacientes com suspeita de dengue, 2014. Belo Horizonte, 2013.

- Orientar o paciente para:
 - » Não se automedicar.
 - » Procurar imediatamente o serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais/sintomas de alarme.
- Agendar o retorno para reavaliação clínica no dia de melhora da febre (possível início da fase crítica); caso não haja defervescência, retornar no quinto dia de doença.
- Notificar, preencher “cartão da dengue” e liberar o paciente para o domicílio com orientações.
- Orientar sobre a eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*.
- Os exames específicos para confirmação não são necessários para condução clínica. Sua realização deve ser orientada de acordo com a situação epidemiológica.

6.2 Grupo B

6.2.1 Caracterização

- a) Caso suspeito de dengue.
- b) **Ausência de sinais de alarme.**
- c) Com sangramento espontâneo de pele (petéquias) ou induzido (prova do laço positiva).
- d) Condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades (lactentes – menores de 2 anos –, gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes *mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc), doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes).

6.2.2 Conduta

- a) Solicitar exames complementares:
 - Hemograma completo, obrigatório para todos os pacientes.
 - Colher amostra no momento do atendimento.
 - Liberar o resultado em até duas horas, ou no máximo quatro horas.
 - Avaliar a hemoconcentração (parâmetros, Anexo D).
 - Outros exames deverão ser solicitados de acordo com a condição clínica associada ou a critério médico.
- b) O paciente deve permanecer em acompanhamento e observação até o resultado dos exames.
- c) Prescrever hidratação oral conforme recomendado para o grupo A, até o resultado dos exames.
- d) Prescrever paracetamol e/ou dipirona conforme Anexo E.
- e) Seguir conduta conforme reavaliação clínica e resultados laboratoriais:
 - Paciente com hematócrito normal:
 - » Tratamento em regime ambulatorial com reavaliação clínica diária.
 - » Agendar o retorno para reclassificação do paciente, com reavaliação clínica e laboratorial diária, até 48 horas após a queda da febre ou imediata, na presença de sinais de alarme.
 - » Orientar o paciente para não se automedicar, permanecer em repouso e procurar imediatamente o serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais/sintomas de alarme.

- » Preencher “cartão da dengue” e liberar o paciente para o domicílio com orientações.
 - » Orientar sobre a eliminação de criadouros do *Aedes aegypti*.
 - Paciente com surgimento de sinais de alarme:
 - » Seguir conduta do grupo C.
- f) Notificar o caso.
- g) Os Exames específicos para confirmação não são necessários para condução clínica. Sua realização deve ser orientada de acordo com a situação epidemiológica.

6.3 Grupo C

6.3.1 Caracterização

- a) Caso suspeito de dengue.
- b) **Presença de algum sinal de alarme.**
- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.
 - Vômitos persistentes.
 - Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).
 - Hipotensão postural e/ou lipotímia.
 - Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.
 - Sangramento de mucosa.
 - Letargia e/ou irritabilidade.
 - Aumento progressivo do hematócrito.

6.3.2 Conduta

- a) Para os pacientes do grupo C, o mais importante é iniciar a reposição volêmica imediata, em qualquer ponto de atenção, independente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares conforme segue:

Reposição volêmica com 10 ml/kg de soro fisiológico na primeira hora.

Devem permanecer em acompanhamento em leito de internação até estabilização – **mínimo 48 horas**.

- b) Realizar exames complementares **obrigatórios**:
- Hemograma completo.
 - Dosagem de albumina sérica e transaminases.
- c) Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e ultrassonografia de abdome. O exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários, quando comparados à radiografia.
- d) Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAP e ecocardiograma.
- e) Proceder a reavaliação clínica (sinais vitais, PA, avaliar diurese: desejável 1 ml/kg/h) após uma hora, manter a hidratação de 10 ml/kg/hora, na segunda hora, até a avaliação do hematócrito que deverá ocorrer em duas horas (após a etapa de reposição volêmica). Sendo o total máximo de cada fase de expansão 20 ml/kg em duas horas, para garantir administração gradativa e monitorada.
- f) Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até três vezes. Seguir a orientação de reavaliação clínica (sinais vitais, PA, avaliar diurese) após uma hora, e de hematócrito em duas horas (após conclusão de cada etapa).
- g) Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:
- Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas. Se houver melhora iniciar segunda fase.
 - Segunda fase: 25 ml/kg em 8 horas, sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado.

Se não houver melhora clínica e laboratorial conduzir como **grupo D**.

Pacientes do **grupo C** precisam de avaliação contínua, se necessário pela equipe de Enfermagem. Na presença de qualquer sinal de agravamento ou choque a reavaliação médica deve ser imediata.

- h) Exames para confirmação de dengue são obrigatórios para os pacientes do grupo C, mas não são essenciais para conduta clínica. Na primeira coleta de sangue, solicitar realização destes exames, atentando para a necessidade de acondicionamento adequado: -20°C para realização da sorologia (após o quinto dia) e -70°C para realização do isolamento viral ou PCR (até o quinto dia de doença).
- i) Prescrever paracetamol e/ou dipirona, conforme Anexo E.
- j) Notificar o caso.
- k) Após preencher critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme grupo B.
- l) Preencher cartão de acompanhamento.
- m) Orientar sobre a eliminação de criadouros do *Aedes aegypti* e sobre a importância do retorno para reavaliação clínica.

Os pacientes do Grupo C devem permanecer em leito de internação até estabilização e critérios de alta, por um período mínimo de 48 horas.

6.4 Grupo D

6.4.1 Caracterização

- a) Caso suspeito de dengue.
- b) **Presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos.**

Sinais de choque

- a) Taquicardia.
- b) Extremidades distais frias.
- c) Pulso fraco e filiforme.
- d) Enchimento capilar lento (>2 segundos).
- e) Pressão arterial convergente (<20 mm Hg).
- f) Taquipneia.
- g) Oligúria (< 1,5 ml/kg/h).
- h) Hipotensão arterial (fase tardia do choque).
- i) Cianose (fase tardia do choque).

6.4.2 Conduta

Reposição volêmica (adultos e crianças):

Iniciar imediatamente fase de expansão rápida parenteral, com solução salina isotônica: 20 ml/kg em até 20 minutos, em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.

Caso necessário, repetir por até três vezes, de acordo com avaliação clínica (ver Tabela 1, item 2 – Espectro clínico).

Reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito em 2 horas. Estes pacientes necessitam ser continuamente monitorados.

Repetir fase de expansão até três vezes.

Se houver melhora clínica e laboratorial após fases de expansão, retornar para a fase de expansão do grupo C e seguir a conduta recomendada para o grupo.

Estes pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de UTI até estabilização (mínimo 48 horas), e após estabilização permanecer em leito de internação.

a) Realizar exames complementares **obrigatórios**:

- Hemograma completo.
- Dosagem de albumina sérica e transaminases.

b) Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Laue) e ultrassonografia de abdome. O exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários, quando comparados à radiografia.

c) Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, TPAP e ecocardiograma.

d) Exames para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta clínica. Na primeira coleta de sangue, solicitar realização destes exames, atentando para a necessidade de acondicionamento adequado: -20°C para realização da sorologia (após o quinto dia) e -70°C para realização do isolamento viral ou PCR (até o quinto dia de doença).

- e) Acompanhamento em leito de terapia intensiva.
- f) **No caso de resposta inadequada, caracterizada pela persistência do choque, deve-se avaliar:**
 - Se o hematócrito estiver em ascensão, após a reposição volêmica adequada – utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5-1 g/kg); preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 ml desta solução, usar 25 ml de albumina a 20% e 75 ml de SF a 0,9%); na falta desta, usar coloides sintéticos, 10 ml/kg/hora.
 - Se o hematócrito estiver em queda e houver persistência do choque – investigar hemorragias e avaliar a coagulação.
 - Na presença de hemorragia, transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 ml/kg/dia).
 - Na presença de coagulopatias avaliar necessidade de uso de plasma fresco (10 ml/kg), vitamina K endovenosa e crioprecipitado (1 U para cada 5-10 kg).
 - Considerar a transfusão de plaquetas nas seguintes condições: sangramento persistente não controlado, depois de corrigidos os fatores de coagulação e do choque, e com trombocitopenia e INR maior que 1,5 vezes o valor normal.
- g) Se o hematócrito estiver em queda com resolução do choque, ausência de sangramentos, mas com o surgimento de outros sinais de gravidade, observar:
 - Sinais de desconforto respiratório, sinais de insuficiência cardíaca congestiva e investigar hiperhidratação.
 - Deve-se tratar com diminuição importante da infusão de líquido, uso de diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário.
- h) A infusão de líquidos deve ser interrompida ou reduzida à velocidade mínima necessária se:
 - Houver término do extravasamento plasmático;
 - Normalização da pressão arterial, do pulso e da perfusão periférica;
 - Diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento;
 - Diurese normalizada;
 - Resolução dos sintomas abdominais.
- i) Notificar o caso.
- j) Após preencher critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação conforme grupo B.
- k) Preencher cartão de acompanhamento.
- l) Orientar o retorno após a alta.

6.5 Considerações importantes para os grupos C e D

- Oferecer O₂ em todas as situações de choque (cateter, máscara, Cpap nasal, ventilação não invasiva, ventilação mecânica), definindo a escolha em função da tolerância e da gravidade.
- Pacientes dos grupos C e D podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários, pela perda capilar, que não significa, a princípio, hiper-hidratação, e que pode aumentar após hidratação satisfatória; o acompanhamento da reposição volêmica é feita pelo hematócrito, diurese e sinais vitais.
- Evitar procedimentos invasivos desnecessários, toracocentese, paracentese, pericardiocentese; no tratamento do choque compensado é aceitável catéter periférico de grande calibre; nas formas iniciais de reanimação o acesso venoso deve ser obtido o mais rapidamente possível.
- A via intraóssea em crianças pode ser escolha para administração de líquidos e medicamentos durante a RCP ou tratamento do choque descompensado, se o acesso vascular não for rapidamente conseguido; no contexto de parada cardíaca ou respiratória, quando não se estabelece a via aérea por intubação orotraqueal, por excessivo sangramento de vias aéreas, o uso de máscara laríngea pode ser uma alternativa.
- Monitoração hemodinâmica minimamente invasiva, como oximetria de pulso, é desejável, mas em pacientes graves, descompensados, de difícil manuseio, os benefícios de monitoração invasiva como PAM, PVC, Svco₂ podem suplantiar os riscos.
- O choque com disfunção miocárdica pode necessitar de inotrópicos; tanto na fase de extravasamento como na fase de reabsorção plasmática, lembrar que, na primeira fase, necessita reposição hídrica e, na segunda fase, há restrição hídrica.
- Dose das drogas inotrópicas
 - » *Dopamina*: 5-10 microgramas/kg/min.
 - » *Dobutamina*: 5-20 microgramas/kg/min.
 - » *Milrinona*: 0,5 a -0,8 microgramas/kg/min. – **Atenção – Dose corrigida.**

6.6 Outros distúrbios eletrolíticos e metabólicos que podem exigir correção específica

Em crianças, os distúrbios mais frequentes a serem corrigidos são:

- **Hiponatremia:** corrigir após tratar a desidratação ou choque, quando sódio (Na) menor que 120 mEq/l ou na presença de sintomas neurológicos. Usar a fórmula de correção de hiponatremia grave:
 - » $(130 - \text{Na atual}) \times \text{peso} \times 0,6 = \text{mEq de NaCl a 3\% a repor em ml}$ (1 ml de NaCl a 3% possui 0,51 mEq de Na).
 - » Solução prática: 100 ml de NaCl a 3% se faz com 85 ml de água destilada + 15 ml de NaCl a 20%.
 - » A velocidade de correção varia de 0,5 a 2 mEq/kg/dia ou 1 a 2 ml/kg/h. Após correção, dosar sódio sérico.
- **Hipocalcemia:** corrigir via endovenosa em casos graves e com potássio sérico menor que 2,5 mEq/l. Usar a fórmula de correção: 0,2 a 0,4 mEq/kg/h na concentração máxima de 4 mEq/100 ml de solução.
- **Acidose metabólica:** deve-se corrigir primeiramente o estado de desidratação ou choque. Só administrar bicarbonato em valores abaixo a 10 e ou ph <7,20. Usar a fórmula: Bic. Desejado (15 a 22) – Bic. Encontrado x 0,4 x P.

Em pacientes adultos com choque que não respondem a duas etapas de expansão e atendidos em unidades que não dispõem de gasometria, a acidose metabólica poderá ser minimizada com a infusão de 40 ml de bicarbonato de sódio 8,4%, durante a terceira tentativa de expansão.

6.7 Distúrbios de coagulação (coagulopatias de consumo e plaquetopenia), hemorragias e uso de hemoderivados

As manifestações hemorrágicas na dengue são causadas por alterações vasculares, plaquetopenia e coagulopatia de consumo, devendo ser investigadas clínica e laboratorialmente, com prova do laço, TAP, TTPA, plaquetometria, produto de degradação da fibrina, fibrinogênio e D-dímero.

O estado prolongado de hipovolemia está associado com frequência aos sangramentos importantes. A reposição volêmica precoce e adequada é um fator determinante para a prevenção de fenômenos hemorrágicos, principalmente ligados a coagulopatia de consumo.

6.8 Comparações entre choque da dengue e choque séptico

Quadro 3 – Comparações entre choque na dengue e choque séptico	
Choque na dengue	Choque séptico
Temporalidade clássica – choque hipovolêmico após defervescência	Comprometimento hemodinâmico variável
Normo ou hipotermia	Hipertermia
Nível de consciência melhor	Nível de consciência comprometido
Síndrome de extravasamento vascular mais insidiosa	Síndrome de extravasamento plasmático mais rápida
<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio de RVS ↑ (choque frio) / extravasamento vascular • DC ↓ ↓ (bradicardia) = débito cardíaco 	<ul style="list-style-type: none"> • RVS ↓ / extravasamento vascular • RVS ↑ / sem extravasamento vascular • DC ↓ (taquicardia)
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão – PA diferencial convergente <20 mmHg • Pressão de pulso estreita 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão • Pressão de pulso ampla
Lactato ↑ ↑	Lactato ↑
CIVD (+ precoce?)	CIVD
<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento mais vultoso (VAS) • HT ↑ • Plaquetas ↓ • Leucócitos ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento • HT ↓ • Plaquetas ↑ • Leucócitos ↑
Evolução e recuperação mais rápidas	Evolução e recuperação mais lentas
<ul style="list-style-type: none"> • Não tem diferença de mortalidade • Menor necessidade de ventilação mecânica (VM) e drogas vasoativas • Menor SIRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Não tem diferença de mortalidade • Maior necessidade de VM e drogas vasoativas • Maior SIRS

Fonte: (RANJIT et al., 2007).

6.9 Óbito por dengue

É considerado óbito por dengue, todo paciente que cumpra os critérios da definição de caso suspeito ou confirmado que morreu como consequência da dengue. Quanto a pacientes com dengue e comorbidades que evoluírem para óbito durante o curso da doença, a causa básica do óbito deve ser considerada a dengue.

Choque refratário grave, coagulação intravascular disseminada (CIVD), síndrome do desconforto respiratório do adulto (SDRA), insuficiência hepática, insuficiência cardíaca, encefalite, meningite, síndrome da disfunção múltipla de órgãos (SDMO) podem levar ao óbito por dengue.

Atenção especial deve ser dada à síndrome hemofagocítica, uma complicação de falência multiorgânica, causada por reação hiperimune e progressiva citopenia; o tratamento recomendado inclui imunomodulação (corticoide, imunoglobulina, imunoquimioterapia) e plasmaférese, que são medidas salvadoras.

No entanto, os óbitos por dengue são na sua maioria evitáveis com a adoção de medidas de baixa densidade tecnológica.

As recentes investigações de óbitos realizadas pelo Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde evidenciaram que a ocorrência dos óbitos está relacionada ao não reconhecimento ou valorização dos sinais de alarme, procura por mais de um serviço de saúde sem a conduta adequada e volume de hidratação inferior ao recomendado. Estes resultados também foram encontrados por outros autores.

6.10 Indicações para internação hospitalar

- a) Presença de sinais de alarme ou de choque, sangramento grave ou comprometimento grave de órgão (grupos C e D).
- b) Recusa na ingestão de alimentos e líquidos.
- c) Comprometimento respiratório: dor torácica, dificuldade respiratória, diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade.
- d) Impossibilidade de seguimento ou retorno à unidade de saúde.
- e) Comorbidades descompensadas como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, uso de dicumarínicos, crise asmática etc.
- f) Outras situações a critério clínico.

6.11 Critérios de alta hospitalar

- Os pacientes precisam preencher todos os seis critérios a seguir:
- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
- Ausência de febre por 48 horas.
- Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
- Plaquetas em elevação e acima de $50.000/\text{mm}^3$.

6.12 Homeopatia

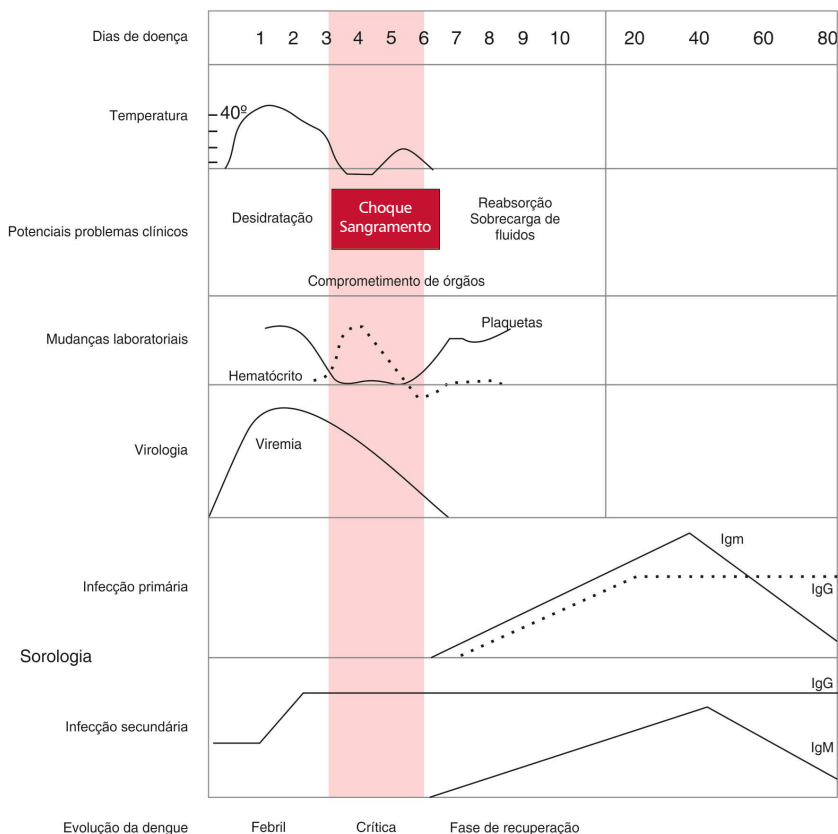
O Ministério da Saúde não recomenda o uso de homeopatia como substitutivo ao tratamento recomendado neste protocolo clínico. Além disso, seu uso na forma de prevenção da dengue não deve ser indicado.

7 Confirmação laboratorial

Métodos indicados:

- Sorologia – Método Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA).
Deve ser solicitada a partir do sexto dia do início dos sintomas.
- Deteção de antígenos virais: NS1, isolamento viral, RT-PCR e imunohistoquímica. Devem ser solicitados até o quinto dia do início dos sintomas.
Se positivos confirmam o caso; se negativos, uma nova amostra para sorologia IgM deve ser realizada para confirmação ou descarte.

Figura 2 – Evolução clínica e laboratorial da dengue



Fonte: World Health Organization – WHO (2009), com adaptações.

8 Classificação de caso

A classificação é retrospectiva e, para sua realização, devem ser reunidas todas as informações clínicas, laboratoriais e epidemiológicas do paciente, conforme descrito a seguir.

8.1 Caso suspeito de dengue

Pessoa que viva em área onde se registram casos de dengue, ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão de dengue (ou presença de *Ae. aegypti*). Deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações:

- Náusea, vômitos.
- Exantema.
- Mialgias, artralgia.
- Cefaleia, dor retro-orbital.
- Petéquias.
- Prova do laço positiva.
- Leucopenia.

Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias, e sem foco de infecção aparente.

8.2 Caso suspeito de dengue com sinais de alarme

É todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa e contínua, ou dor a palpação do abdome.
- Vômitos persistentes.
- Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Sangramento de mucosa.
- Letargia ou irritabilidade.
- Hipotensão postural e/ou lipotímia.
- Hepatomegalia maior do que 2 cm.
- Aumento progressivo do hematócrito.

8.3 Caso suspeito de dengue grave

É todo caso de dengue que apresenta um ou mais dos resultados a seguir.

- Choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a 3 segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mmHg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória.
- Sangramento grave, segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central).
- Comprometimento grave de órgãos, tais como: dano hepático importante ($AST/ALT > 1.000$), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.

8.4 Confirmado

É todo caso suspeito de dengue confirmado laboratorialmente (sorologia IgM, NS1 teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, imuno-histoquímica).

No curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita por meio de critério clínico-epidemiológico, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter confirmação laboratorial.

Os casos graves devem ser preferencialmente confirmados por laboratório (sorologia IgM, NS1 teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, imuno-histoquímica). Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica, considerar confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente.

8.5 Caso descartado

Todo caso suspeito de dengue que possui um ou mais dos critérios a seguir:

- Diagnóstico laboratorial negativo (sorologia IgM). Deve-se confirmar se as amostras foram coletadas no período adequado.
- Tenha diagnóstico laboratorial de outra entidade clínica.
- Seja um caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças.

Referências

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo para atendimento aos pacientes com suspeita de dengue – 2014**. 2013. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=sau&lang=pt_BR&pg=5571&tax=16020>. Acesso em: 8 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Febre de chikungunya: manejo clínico**. Brasília, 2015.

INSTITUTE DE VEILLE SANITAIRE. Département de Coordination des Alertes et des Régions. **Virus Zika Polynésie _ 2013 - 2014 Ile de Yap, Micronésie _ 2007**. Saint-Maurice, 2014. Disponível em: <<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/International/Virus-Zika-en-Polynesie-2013-2014-et-ile-de-Yap-Micronesie-2007-Janvier-2014>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Dengue**: Guías de atención para enfermos em la región de las Américas. La Paz, 2010.

RANJIT, S. et al. Early differentiation between dengue and septic shock by comparison of admission hemodynamic, clinical, and laboratory variables: a pilot study. **Pediatric Emergency Care**, v. 23, n. 6, p. 368-375, June 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue**: guidelines for the diagnosis, treatment, prevention and control. 9. ed. Geneva, 2009.

Bibliografia

ADAM, I. et al. Maternal and perinatal outcomes of dengue in Port Sudan. **Eastern Sudan Virology Journal**, Khartoum, v. 13, n. 7, p. 153, July 2010.

ALEXANDER, N. et al. Multicentre Prospective Study on Dengue classification in Four Sout-east Asian and Three Latin American Countries. **Tropical Medicine & International Health**, Malden, MA, v. 16, n. 8, p. 936-948, 2011.

ALVARENGA, C. F. et al. Dengue during Pregnancy: a study of thirteen cases. **American Journal of Infectious Diseases**, New York, v. 5, n. 4, p. 298-303, 2009.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Pediatric advanced life support. **Circulation**, [S.l.], v. 112, p. IV167-IV187, 2005.

BARNIOL, J. et al. Usefulness and applicability of revised dengue case classification by disease: multi-centre study in 18 contries. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 11, p. 106, 2011.

BASURKO, C. et al. Maternal and foetal consequences of dengue fever during pregnancy . **European Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology**, [S.l.], v. 147, p. 29-32, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de investigação de óbitos por dengue**. Brasília, 2013. (não publicado).

BRITO, C.; BRITO, R.; MAGALHAES, M. Dengue e febre hemorrágica da dengue. In: **CONDUTAS em clínica médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. v. 1. p. 613-623.

CARROL, I. D.; TOOWY, S.; GOMPEL, A. V. Dengue fever and pregnancy: a review and omment. **Travel Medicine and Infectious Disease**, [S.l.], v. 5, p. 103-188, 2007.

CARVALHO, W. B.; HIRSCHHEIMER, M. R.; MATSUMOTO, T. **Terapia intensiva pediátrica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

DELMINA, S. et al. Etiology of exanthema in children in a dengue endemic area. **Journal of Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 354-358, 2006.

DIAZ-QUIJANO, F. A.; VILLAR-CENTENO, L. A.; MARTINEZ-VEGA, R. A. Predictors of spontaneous bleeding in patients with acute febrile syndrome from a dengue endemic area. **Journal of Clinical Virology**, [S.l.], v. 49, n. 1, p. 11-15.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade assistência: estudo de caso em dois municípios da região Nordeste, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2373-2385, 2011.

GUBLER, D. J.; KUNO, G. **Dengue and dengue hemorrhagic fever**. New York: CABI Publishing, 2001.

ISMAIL, N. A. M. et al. Dengue in pregnancy. **The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, [S.l.], v. 37, n. 4, 681-683, July 2006.

JYH, J. H.; NÓBREGA, R. F.; SOUZA, R. L. **Atualizações em terapia intensiva pediátrica / Updates in pediatric intensive care**. São Paulo: Atheneu, 2007.

KARIYAWASAN, S.; SENANAYAKE, H. Dengue infections during pregnancy: case series from a tertiary care hospital in Sri Lanka. **The Journal of Infection in Developing Countries**, [S.l.], v. 4, n.11, p. 767-775, 2010.

LEE, M. et al. Clinical characteristic of dengue and dengue hemorrhagic fever in a medical center of southern Taiwan during the epidemic. **Journal of Microbiology, Immunology and Infection**, [S.l.], v. 39, p. 121-129, 2006.

LEE, I. K.; LIU, J. W.; YANG, K. D. Clinical and laboratory characteristics and risk factors for fatality in elderly patients with dengue hemorrhagic fever. **Tropical Medicine and Hygiene**, [S.l.], v. 79, n. 2, p. 149-153, 2008.

LEO, Y. S. et al. Confirmed adult dengue deaths in Singapore: 5-year multi-center retrospective study. **BMC Infectious Diseases**, London, v. 11, p. 123, 2011.

TENÓRIO, M. et al. Characterization of a Dengue patients cohort in Recife, Brazil. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, [S.l.], v. 77, p. 1128-1134, 2007.

MAYFONG, M. et al. Predictive diagnostic value of the tourniquet test for the diagnosis of dengue infection in adults. **Tropical Medicine and International Health**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 127-133, Jan. 2011.

MURAHOVSKI, J. **Pediatrics**: diagnóstico e tratamento. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

TORRES, E. M. **Dengue hemorrágico em crianças**. [S.l.]: José Martí, 1990.

WADERGE, R. et al. Dengue infections during pregnancy: a case series from Sri Lanka and review of the literature. **Journal of Clinical Virology**, [S.l.], v. 37, p. 27-33, 2006.

WIWANITKIT, V. Dengue haemorrhagic fever in pregnancy: appraisal on Thai cases. **Journal of Vector Borne Diseases**, [S.l.], v. 43, p. 203-205, Dec. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue haemorrhagic fever**: diagnosis, treatment, prevention and control. 2. ed. Geneva, 1997.

ANEXOS

Anexo A – Gestação e dengue

O comportamento fisiopatológico da dengue na gravidez é igual para gestantes e não gestantes. Com relação ao binômio materno-fetal, como ocorre transmissão vertical, há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando adquirida no último trimestre. Existe também uma incidência maior de baixo peso ao nascer em mulheres que tiveram dengue durante a gravidez.

Quanto mais próximo ao parto a paciente for infectada, maior será a chance de o recém-nato apresentar quadro de infecção por dengue. Com relação à mãe, pode ocorrer hemorragia tanto no abortamento, no parto ou no pós-parto,

O sangramento pode ocorrer tanto no parto normal quanto no parto cesáreo, neste último as complicações são mais graves e a indicação da cesariana deve ser bastante criteriosa.

A gestação traz ao organismo materno algumas modificações fisiológicas que o adaptam ao ciclo gestacional, que devem ser lembradas:

- Aumento do volume sanguíneo total em aproximadamente 40%.
- Aumento da frequência cardíaca (FC) e do débito cardíaco (DC) ($DC = FC \times \text{Volume sistólico}$).
- Queda do hematócrito por hemodiluição, apesar do aumento do
- volume eritrocitário.
- Queda da resistência vascular periférica e da pressão sanguínea.
- Hipoproteinemia por albuminemia.
- Leucocitose ($16 \text{ a } 18.000 \text{ mm}^3$) sem interferência na resposta a infecções.
- Aumento dos fatores de coagulação.

Quando ocorrer o extravasamento plasmático na grávida, suas manifestações, tais como taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração, serão percebidas numa fase mais tardia uma vez que podem ser confundidas com as alterações fisiológicas da gravidez.

A gestante que apresentar qualquer sinal de alarme ou de choque e que tiver indicação de reposição volêmica deverá receber volume igual àquele prescrito aos demais pacientes, de acordo com o estadiamento clínico. Durante a reposição volêmica deve-se ter cuidado para evitar a hiper-hidratação.

A realização de exames complementares deve seguir a mesma orientação para os demais pacientes. Os exames de raios-X podem ser realizados a critério clínico e não são contraindicados na gestação. A ultrassonografia abdominal pode auxiliar na avaliação de líquido livre na cavidade.

Lembrar que o aumento do volume uterino, a partir da 20ª semana de gestação, leva à compressão da veia cava. Toda gestante, quando deitada, deve ficar em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo.

O diagnóstico diferencial de dengue na gestação, principalmente nos casos de dengue grave, deve incluir pré-eclampsia, síndrome HELLP e sepse, lembrando que eles não só podem mimetizar seu quadro clínico, como podem também estar concomitantemente presentes.

Na eventualidade de parada cardiorrespiratória durante a gravidez com mais de 20 semanas de idade gestacional, a reanimação cardiopulmonar (RCP) deve ser realizada com o deslocamento do útero para a esquerda, para descompressão da veia cava inferior. Considerar a realização de cesárea depois de 4 a 5 minutos de RCP, se não houver reversão da parada, com a finalidade principal de aliviar os efeitos da compressão do útero sobre a veia cava. De acordo com a viabilidade do feto, poderá haver também a possibilidade de sua sobrevivência. O melhor tratamento para o feto é o adequado tratamento materno.

Anexo B – Parâmetros de frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial sistólica em crianças. Cálculo do peso em crianças

Quadro 1 – Frequência cardíaca por faixa etária			
Idade	FC acordado	Média	FC dormindo
0-2 m	85-205	140	80-160
3-23 m	100-190	130	75-160
2-10 a	60-140	80	60-90
> 10 a	60-100	75	50-90

Fonte: AAP-AHA. Suporte Avançado de Vida em Pediatria, 2003.

Quadro 2 – Tamanho da bolsa de látex do manguito, segundo a faixa etária	
Faixa de idade	Bolsa do manguito (cm)
0-1 m	3 cm
2-23 m	5 cm
2-4 a	7 cm
5-10 a	12 cm
> 10 a	18 cm

Fonte: Behrman, R.E.; Kliegman, H.B.J. (eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 16ª ed., W.B. Saunders Co., 2000.

Quadro 3 – Pressão arterial sistólica, de acordo com a idade		
Idade	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica
Recém-nascido	60-70	20-60
Lactente	87-105	53-66
Pré-escolar	95-105	53-66
Escolar	97-112	57-71

Fonte: Adaptado de Jyh, J.H.; Nóbrega, R.F.; Souza, R.L. (coord). Atualizações em Terapia Intensiva Pediátrica. Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2007.

Quando não for possível aferir o peso em crianças, utilizar a fórmula aproximada:

- > Lactentes de 3 a 12 meses: $P = \text{idade em meses} \times 0,5 + 4,5$
- > Crianças de 1 a 8 anos: $P = \text{idade em anos} \times 2 + 8,5$

Fonte: Pediatric Advanced Life Support. 1997; Murahovschi, J. 2003.

Valores normais da frequência respiratória:

- <2 meses = até 60 rpm
- 2 meses – 1 ano = até 50 rpm
- 1-5 anos = até 40 rpm
- 5-8 anos = até 30 rpm
- Adultos = 12 a 20 rpm

Fonte: Ministério da Saúde. Manual de atenção integrada às doenças prevalentes da infância. 2003.

Anexo C – Prova do laço

A prova do laço deve ser realizada na triagem, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue e que não apresente sangramento espontâneo. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.

Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD)/2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100+60=160$, $160/2=80$; então, a média de pressão arterial é de 80 mmHg.

Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças.

Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele; a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças; atenção para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.

Se a prova do laço apresentar-se positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida.

A prova do laço frequentemente pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.

Anexo D – Valores de referência eritrograma

Eritrograma: valores de Referência (média ± 2 desvios padrões); eritrócitos: M/ μ L; hemoglobina: g/dL; hematócrito: % VCM*: fL.				
Idade	Sangue do cordão	1º dia	3º dia	15 dias
Eritrócitos	5,1 ± 1,0	5,6 ± 1,0	5,5 ± 1,0	5,2 ± 0,8
Hemoglobina	16,8 ± 3,5	18,8 ± 3,5	17,5 ± 3,5	17,0 ± 3,0
Hematócrito	54 ± 10	58 ± 10	56 ± 10	52 ± 8
VCM	106 ± 5	103 ± 6	102 ± 6	98 ± 6
Idade	≈ 3 meses	≈ 6 meses	≈ 1-2 anos	≈ 5 anos
Eritrócitos	4,5 ± 0,5	4,6 ± 0,5	4,6 ± 0,5	4,6 ± 0,5
Hemoglobina	11,5 ± 1,5	11,3 ± 1,5	11,8 ± 1,2	12,3 ± 1,2
Hematócrito	37 ± 4	35 ± 4	36 ± 4	37 ± 4
VCM	82 ± 6	76 ± 6	78 ± 6	80 ± 6
Idade	≈ 10 anos	adultos** M	adultos**F	>70 anos** M e F
Eritrócitos	4,6 ± 0,5	5,3 ± 0,8	4,7 ± 0,7	4,6 ± 0,7
Hemoglobina	13,2 ± 1,5	15,3 ± 2,5	13,6 ± 2,0	13,5 ± 2,5
Hematócrito	40 ± 4	46 ± 7	42 ± 6	41 ± 6
VCM	87 ± 7	89 ± 9	89 ± 9	89 ± 9

Fonte: Fallace, Renato. Hemograma: manual de interpretação. 4ª ed. Porto Alegre, 2003.

*VCM: entre um e 15 anos, pode ser estimado pela fórmula $76 + (0,8 \times \text{idade})$.

**Adultos caucasóides; 5% abaixo em negros.

Anexo E – Uso de drogas sintomáticas nos casos de dengue

- **Dipirona sódica**

- » Adultos: 20 gotas ou 1 comprimido (500 mg) até de 6/6 horas.
- » Crianças: 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade, ver estimativa de peso em crianças, Anexo B). Gotas: 500 mg/ml (1 ml = 20 gotas); solução oral: 50 mg/ml; supositório pediátrico: 300 mg por unidade; solução injetável: 500 mg/ml; comprimidos: 500 mg por unidade.

- **Paracetamol**

- » Adultos: 40-55 gotas ou 1 comprimido (500 a 750 mg) até de 6/6 horas.
- » Crianças: 10 mg/kg/dose até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade); gotas: 200 mg/ml (1 ml = 20 gotas); comprimidos: 500 a 750 mg por unidade.

Não utilizar doses maiores que a recomendada anteriormente, considerando que doses elevadas são hepatotóxicas.

Em situações excepcionais, para pacientes com dor intensa, pode-se utilizar, nos adultos, a associação de paracetamol (500 mg) e fosfato de codeína (7,5 mg) até de 6/6 horas.

Os salicilatos, como o AAS, são contraindicados e não devem ser administrados, pois podem causar ou agravar sangramentos. Os anti-inflamatórios não hormonais (cetoprofeno, ibuprofeno, diclofenaco, nimesulida e outros) e as drogas com potencial hemorrágico não devem ser utilizados.

Anexo F – Antiplaquetários em dengue

Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras Núcleo de Bioestatística e Bioinformática

Uso de antiagregantes plaquetários e antitrombóticos em pacientes adultos com dengue

Protocolo

Bernardo Rangel Tura & Marcio Lassance Martins de Oliveira & Marisa Santos

10/10/2011

1 Antiagregantes plaquetários

A administração de antiagregantes plaquetários em pacientes com dengue, mormente ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel, permanece controverso. Deve-se esse fato ao receio de complicações hemorrágicas nos indivíduos com redução do número total de plaquetas no sangue. No entanto, há situações em que o risco de complicações trombóticas sobrepuja o risco de sangramento, mesmo nos pacientes com dengue e trombocitopenia. Por conseguinte, há de se determinar aqueles em que a manutenção dessas drogas se faz necessária.

a) Pacientes em uso de AAS e clopidogrel

Pacientes submetidos a recente angioplastia coronariana com implante de stent (um mês para stent convencional e seis meses para stent farmacológico), em uso de AAS e clopidogrel devem, se possível, manter os antiagregantes durante infecção pelo vírus da dengue. No caso de a plaquetometria situar-se acima do patamar de $50 \times 10^9/L$, não haverá necessidade de admissão e a contagem de plaquetas será avaliada diariamente, conforme protocolo da dengue para o grupo B. Pacientes que tenham o número de plaquetas situado entre $30 \times 10^9/L$ e $50 \times 10^9/L$ deverão ser admitidos em leitos de observação, com controle diário da contagem de plaquetas. Por fim, indivíduos com contagem plaquetária abaixo de $30 \times 10^9/L$ terão suspenso o clopidogrel e serão admitidos

em leitos de observação até elevação do número de plaquetas para valores acima de $50 \times 10^9/L$, momento em que terão seus antiagregantes prescritos como outrora.

Em casos de sangramentos, estará indicada transfusão de plaquetas, além das medidas específicas para cessação da hemorragia.

b) Pacientes em uso de AAS

Os pacientes submetidos à angioplastia coronária com implante de *stents* farmacológicos em período superior a seis meses ou *stents* convencionais há mais de um mês, assim como aqueles em profilaxia secundária de doença arterial coronária ou cerebrovascular, deverão utilizar apenas AAS, desde que o número de plaquetas aferido seja superior a $30 \times 10^9/L$. No caso de sê-lo inferior, dever-se-á suspender o antiagregante plaquetário e admiti-lo para observação até que o número de plaquetas seja superior a $50 \times 10^9/L$. Indivíduos com plaquetometria entre $30 \times 10^9/L$ e $50 \times 10^9/L$ deverão ser monitorados em leitos de observação. As figuras 1 e 2 resumem as condutas descritas anteriormente.

Figura 1

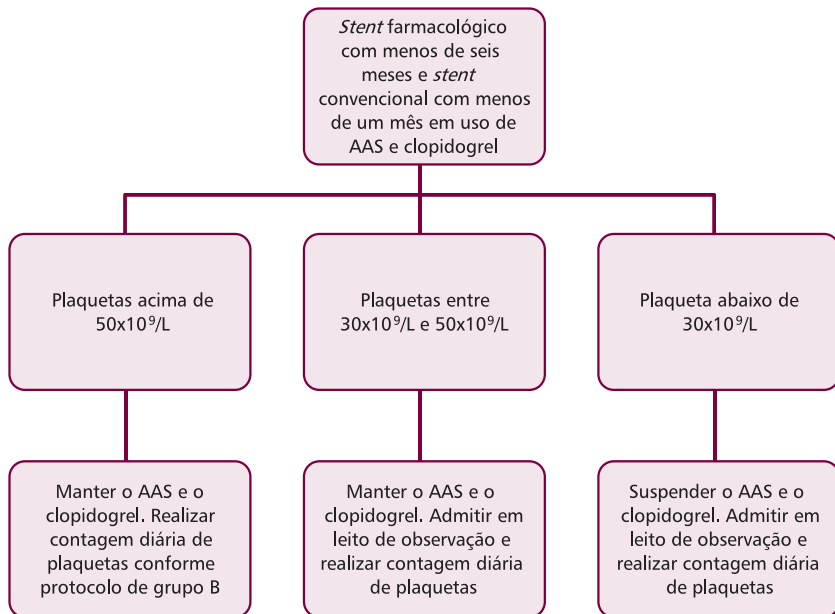
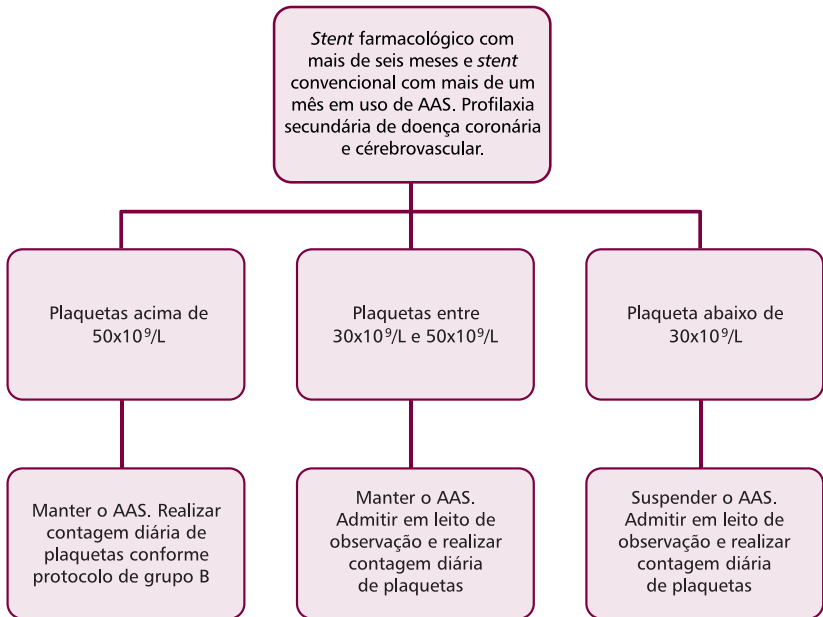


Figura 2

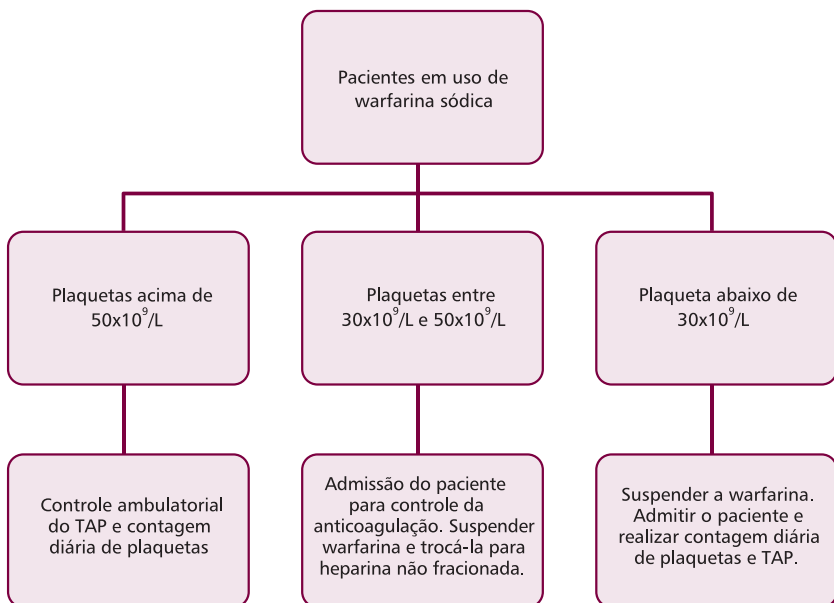


2 Uso de warfarina sódica

A complicação principal inerente ao uso de anticoagulante oral, em especial a warfarina sódica, é o sangramento em diversos graus. Consideram-se como principais determinantes para complicações hemorrágicas a intensidade do efeito anticoagulante – medido com aferição intermitente do tempo de atividade de pró-trombina (TAP) –, características inerentes do paciente e uso concomitante de medicações ou condições que interfiram com a hemostasia.

Pacientes com dengue e trombocitopenia, quando em uso anticoagulante oral, têm risco aumentado de sangramento, dado que há alterações em etapas distintas da coagulação sanguínea (hemostase primária e secundária, respectivamente). Todavia, há situações em que o uso da warfarina sódica é imprescindível, antecipando-se o risco trombótico da doença de base. Enumerando-se as principais afecções onde o risco trombótico tem primazia sobre a probabilidade de sangramento, tem-se: portadores de

próteses cardíacas metálicas, fibrilação atrial com alto risco de fenômenos tromboembólicos, embolia pulmonar e síndromes trombofílicas. A manutenção da anticoagulação faz-se necessária, salvo situações distintas. Pacientes com plaquetometria acima de $50 \times 10^9/L$ devem realizar dosagem ambulatorial do TAP e do número de plaquetas. No caso de contagem situada entre $30 \times 10^9/L$ e $50 \times 10^9/L$, indica-se a internação para substituição do anticoagulante oral para heparina venosa não fracionada, assim que o TAP atinja níveis subterapêuticos. Como regra geral, pode-se iniciar a heparina quando o TAP se situar com INR abaixo de 2.0. Se a contagem de plaquetas for inferior a $30 \times 10^9/L$, há necessidade de suspensão da warfarina e admissão para acompanhamento da coagulação, com medidas diárias de TAP e contagem de plaquetas. A princípio, não se deve reverter a anticoagulação, salvo sangramento. A Figura 3 resume as condutas adotadas anteriormente descritas.

Figura 3

3 Suspensão dos antiagregantes e anticoagulantes

Na condição de moderado e grave sangramento, as medicações antiagregantes e anticoagulantes devem ser suspensas como parte da sua abordagem. No caso do AAS e do clopidogrel, indica-se transfusão de plaquetas na dose de uma unidade para cada 10 quilos de peso. Às pacientes em uso de warfarina com sangramento grave deve-se administrar plasma fresco congelado, na dose de 15 ml/kg, até que o INR esteja inferior a 1.5, e vitamina K, na dose de 10 mg via oral, se possível, ou endovenosa.

Anexo G – Hidratação venosa em pacientes adultos cardiopatas com dengue

**Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras
Núcleo de Bioestatística e Bioinformática**

Hidratação venosa em pacientes adultos cardiopatas com dengue

Protocolo

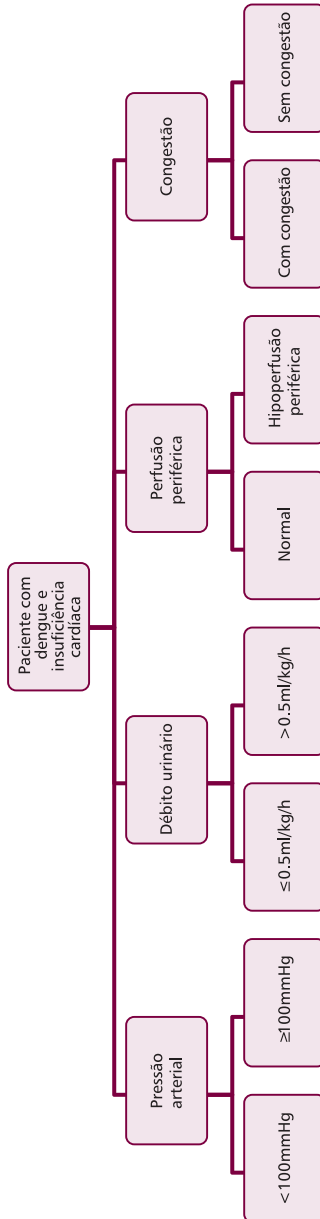
Bernardo Rangel Tura & Marcio Lassance Martins de Oliveira & Marisa Santos

10/10/2011

Ressucitação volêmica e dengue

Devem-se considerar inicialmente os possíveis problemas associados às comorbidades. No caso específico da insuficiência cardíaca congestiva, além da classe funcional em que se encontra o paciente, acompanham-se, no transcorrer da hidratação, os seguintes parâmetros fisiológicos: pressão arterial, débito urinário, perfusão periférica e presença de congestão pulmonar, conforme descritos na Figura 1.

Figura 1



Definiremos redução da perfusão periférica como presença de pulso rápido e fino, frialdade das extremidades, sudorese fria, redução do enchimento capilar em mais de dois segundos e, em casos mais graves, alteração do nível de consciência.

Congestão pulmonar pode ser avaliada como presença de dispneia (dificuldade de respirar caracterizada por respiração rápida e curta), ortopneia (dificuldade de respiração quando o paciente se encontra deitado) e uso de musculatura respiratória acessória, juntamente com estertores pulmonares crepitantes ao exame físico. Infiltrado pulmonar (intersticial ou alveolar) e linhas de Kerley são visualizados na telerradiografia de tórax.

A pressão arterial deve, se possível, ser avaliada a cada uma a quatro horas, conforme a gravidade do paciente. Para fins práticos, consideramos hipotensão arterial como pressão arterial sistólica menor que 100 mmHg, medida no esfigmomanômetro.

O débito urinário pode ser mensurado a cada quatro a seis horas e o valor total indexado por hora e pelo peso ideal. Pacientes considerados críticos, quer pela dengue (hematócrito em queda, choque), quer pelo grave comprometimento da doença de base (insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão), devem ter cateter vesical de demora e aferição horária da diurese.

O protocolo de hidratação e ressuscitação volêmica são resumidos na Figura 2. Entenda-se inicialmente que há diferenças entre ressuscitação volêmica e hidratação, sendo o primeiro definido como administração rápida de volume (cristaloide ou coloide), em período de tempo que varia de 30 a 60 minutos, e o segundo como administração de volume predeterminado, em período de 12 a 24 horas, aqui definindo como manutenção.

Figura 2

	Hipotenso	Normotenso
Oligúria	Amina vasoativa / Volume*	Ressuscitação volêmica
Débito urinário normal	Ressuscitação volêmica	Manutenção
Hipoperfusão periférica	Amina vasoativa / Volume	Ressuscitação volêmica
Perfusão periférica normal	Ressuscitação volêmica	Manutenção
Congestão pulmonar	Amina vasoativa	Diurético

*Na dependência da presença ou não de congestão pulmonar

A ressuscitação volêmica em pacientes cardiopatas deve ser individualizada com a classe funcional em que se encontra (Figura 3).

Figura 3

**Os estágios de insuficiência cardíaca
da New York Heart Association (NYHA)**

- 1 – **Classe I** (assintomático): Sem limitações para atividade física. Atividade usual não causa fadiga inapropriada, palpitação ou dispneia.
- 2 – **Classe II** (leve): Limitação discreta das atividades. Confortável em repouso, mas atividade física usual resulta em fadiga, palpitações ou dispneia.
- 3 – **Classe III** (moderada): Limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, mas atividade mais leve que a usual gera fadiga, palpitações e dispneia.
- 4 – **Classe IV** (grave): Incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca no repouso. Quando é iniciada qualquer atividade física agrava o desconforto.

Os pacientes em classe funcional I devem ser hidratados conforme descrito no protocolo de dengue. Aqueles em classe funcional IV serão internados em unidades de terapia intensiva e manuseados como pacientes críticos. Dessa forma, estas orientações se aplicam a pacientes cardiopatas em classe funcional II e III.

Nos indivíduos cardiopatas com necessidade de ressuscitação volêmica, conforme Figura 2, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou ringer simples na dose de 10 ml/kg de peso ideal em 30 minutos, repetindo-se esta etapa até três vezes, sob rigorosa observação clínica. Pacientes oligúricos sem congestão pulmonar e pacientes com hipoperfusão periférica representam a principal indicação de expansão volêmica.

Na condição de hipotensão e congestão pulmonar e na presença de hipoperfusão periférica – especialmente com pressão sistólica inferior a 100 mmHg –, assim como em pacientes oligúricos hipotensos e congestos, utilizam-se aminas vasoativas, conforme Figura 4.

Figura 4

Amina	Dose	Efeito
Dopamina	10 a 20 mcg/kg/min	Vasoconstrição generalizada
Dobutamina	2,5 a 20 mcg/kg/min	Inotrópico e cronotrópico positivo e vasodilatador
Adrenalina	0,01 a 0,3 mcg/kg/min	Inotrópico e cronotrópico positivo
Noradrenalina	0,01 a 0,5 mcg/kg/min	Potente vasoconstrictor e leve inotrópico positivo

De nota, há de se considerar que, no caso específico da adrenalina e noradrenalina, faz-se necessária obtenção de acesso venoso profundo, dado que estas não podem ser administradas em quaisquer acessos periféricos.

Pacientes hipotensos, congestos com prévia disfunção cardíaca ventricular esquerda, em que se queira utilizar dobutamina, no geral, também se beneficiarão de dopamina, ou noradrenalina.

As doses das aminas da Figura 4 são individualizadas e devem objetivar normalização da diurese e pressão arterial sistólica superior a 100 mmHg.

Os pacientes com perfusão periférica reduzida e hipotensão arterial devem receber ressuscitação volêmica juntamente com dopamina ou noradrenalina, com intuito de evitar congestão e hiper-hidratação.

A hidratação de manutenção consiste na restauração progressiva da volemia e é iniciada após a melhora do débito urinário e pressão arterial. A dose se situa entre 15 a 25 ml/kg de solução fisiológica a 0,9% ou ringer simples, a cada 12 horas, atentando-se para sinais de congestão pulmonar.

Anexo H – Tratamento da hipertensão arterial durante a infecção pelo vírus da dengue

Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras
Núcleo de Bioestatística e Bioinformática

Tratamento da hipertensão arterial durante infecção pelo vírus da dengue

Protocolo

Bernardo Rangel Tura & Marcio Lassance Martins de Oliveira
& Marisa Santos

10/10/2011

A hipertensão arterial é uma das mais prevalentes condições cardiovasculares no Brasil. Como consequência, pode-se inferir que grande porcentagem de pacientes com dengue, no transcorrer de epidemias, encontrar-se-ão em tratamento com medicamentos anti-hipertensivos.

Os pacientes com dengue sem sinais de choque devem adequar a medicação, especialmente durante o período crítico de hemoconcentração e extravasamento vascular. A seguir, listamos as principais classes de drogas empregadas nos pacientes hipertensos:

Classe de drogas	Exemplos
Betabloqueadores	Propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol
Drogas de ação central	Clonidina, Alfametildopa
Vasodilatadores	Hidralazina
Diuréticos	Hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona
Inibidores de enzima conversora de angiotensina	Captopril, lisinopril, fusinopril
Bloqueadores de receptor de angiotensina	Losartan, ibesartan, candesartan

Inicialmente deve-se ter em mente que pacientes hipertensos podem desenvolver **sinais de choque** com níveis pressóricos mais elevados. Faz-se necessário, em tal caso, atentar-se para outros sinais de gravidade, a exemplo da redução da perfusão periférica e oligúria. Ainda, redução de 40% em relação aos níveis pressóricos pregressos pode significar hipotensão arterial. Nessas situações, as medicações hipotensoras devem prontamente ser suspensas – pacientes classificados como “dengue grave com importante extravasamento plasmático” pelo manual do Ministério da Saúde.

Os pacientes com dengue **sem sinais de alerta** e cifras pressóricas normais devem manter as medicações habituais, com atenção especial aos betabloqueadores e à clonidina, cuja retirada pode associar-se à crise hipertensiva de rebote.

Na condição de **desidratação e hipovolemia**, necessitando de ressuscitação venosa, mormente indivíduos com sinais de alerta, deve-se suspender a princípio os diuréticos e vasodilatadores durante o período em que o paciente estiver internado em observação. Mais uma vez há de se ponderar acerca do risco de suspensão das medicações betabloqueadoras e a clonidina, pelo risco de hipertensão rebote.

Anexo I – Cartão de acompanhamento do paciente com suspeita de dengue

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de Referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes **SINAIS DE ALARME**:


- Diminuição repentina da febre
- Dor muito forte e contínua na barriga
- Vômitos frequentes
- Sangramento de nariz e boca
- Hemorragias importantes
- Diminuição do volume da urina
- Tontura quando muda de posição (deita / senta / levanta)
- Dificuldade de respirar
- Agitação ou muita sonolência
- Suor frio

Recomendações:

- Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chá e água de coco
- Permanecer em repouso
- As mulheres com dengue devem continuar a amamentação

Soro caseiro

Sal de cozinha	_____	1 colher de café
Açúcar	_____	2 colheres de sopa
Água potável	_____	1 litro



CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE

Nome (completo): _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Comorbidade ou risco social ou condição clínica especial?
() sim () não

Unidade de Saúde _____

Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde

Data do início dos sintomas ____/____/____

Notificação ☐ Sim ☐ Não

☐ Prova do laço em ____/____ Resultado: _____

1.ª Coleta de Exames

☐ Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%

☐ Plaquetas em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

☐ Leucócitos em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

☐ Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

Controle Sinais Vitais

	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia
PA mmHg (em pé)							
PA mmHg (deitado)							
Temp. Axilar °C							

2.ª Coleta de Exames

☐ Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%

☐ Plaquetas em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

☐ Leucócitos em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

☐ Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

3.ª Coleta de Exames

☐ Hematócrito em ____/____ Resultado: _____%

☐ Plaquetas em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

☐ Leucócitos em ____/____ Resultado: _____,000 mm³

☐ Sorologia em ____/____ Resultado: _____%

Informações complementares

ISBN 978-85-334-2344-2



9 788533 423442

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
EM SITUAÇÃO DE AUMENTO DE CASOS
OU DE EPIDEMIA POR ARBOVIROSES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SITUAÇÃO DE AUMENTO DE CASOS DE EPIDEMIA POR ARBOVIROSES



BRASÍLIA - DF
2022

2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
E-mail: fnsus@saude.gov.br
E-mail arboviroses@saude.gov.br
E-mail: aps@saude.gov.br

Organização:

Adriana Melo Teixeira
Ana Cláudia Cardozo Chaves
Angela Ribeiro Vargas
Karoliny Evangelista de Moraes Duque
Noely Fabiana Oliveira de Moura
Rodrigo Fabiano do Carmo Said

Colaboração:

Amanda Coutinho de Souza
Amanda Firme Carletto
Brenda Cristina Machado Reis
Camila Ribeiro Silva
Danielle Bandeira Costa de Sousa Freire

Danielle Christine da Silva Zacarias

Fernanda Santos Bordalo
Josivânia Arrais de Figueiredo
Juliana Chedid Nogared Rossi
Larissa Arruda Barbosa
Lucia Teresa Silveira
Marilane Almeida de Andrade
Marisete Medianeira Dalenogare
Priscila Leal Leite
Sílvia Reis
Sulamita Brandão Barbiratto
Tarciana da Silva Suassuna

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva
Núcleo de Comunicação da Secretaria de Atenção
Primária à Saúde

Projeto gráfico e diagramação:

Leonardo Almenara

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI
Valéria Gameleira da Mota – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

36 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_atencao_saude_epidemia_arboviroses.pdf

ISBN 978-65-5993-152-1

1. Infecções por arbovirus. 2. Epidemia. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 616.9

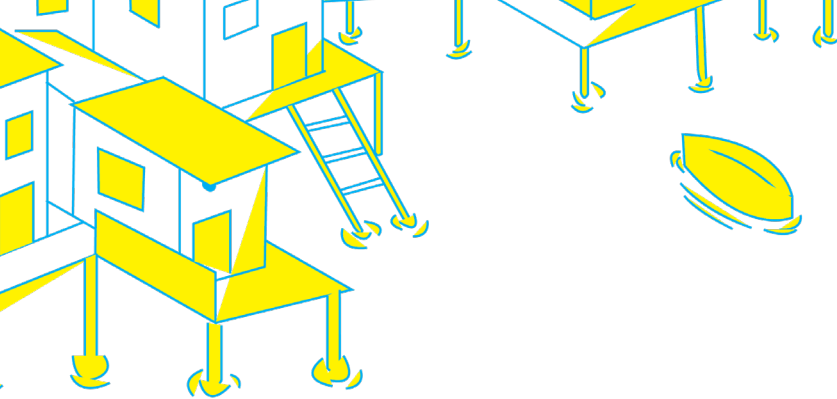
Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0113

Título para indexação:

Guidelines for health services organization in arbovirus epidemics situations

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Dengue	7
1.2 Febre chikungunya	7
1.3 Zika vírus	8
1.4 Febre amarela	9
2 DESAFIOS PARA A REDE DE ATENÇÃO	10
3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	13
3.1 Organização do processo de trabalho	14
3.2 Estrutura do Serviço de Atenção Primária	20
3.3 Apoio diagnóstico	21
4 UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PRONTO ATENDIMENTO, PRONTO-SOCORRO, UPA 24h, PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR	23
4.1 Organização do processo de trabalho	23
4.2 Estrutura do Serviço	26
4.3 Apoio diagnóstico	26
5 ATENÇÃO HOSPITALAR	28
5.1 Estrutura do Serviço	29
5.2 Apoio diagnóstico	30
6 REGULAÇÃO DE ACESSO	31
7 PLANOS DE CONTINGÊNCIA	32
8 UNIDADES DE ATENDIMENTO DE CAMPANHA	34
8.1 Estrutura e serviços de apoio	34
8.2 Recursos humanos	35
8.3 Apoio diagnóstico	36



APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, ao publicar as *Diretrizes para a Organização dos Serviços de Atenção à Saúde em Situação de Aumento de Casos ou Epidemia de Arboviroses*, objetiva auxiliar as secretarias estaduais e municipais de saúde na estruturação dos seus serviços e impactar na redução da letalidade ocasionada pelas arboviroses referidas neste documento.

A atenção aos pacientes acometidos pelas arboviroses, na grande maioria dos casos, tem como característica a utilização de tecnologias de cuidado que dispensam instalações e equipamentos de maior complexidade e custo. No entanto, a abordagem precoce do paciente e o correto estadiamento clínico do caso e seu manejo são fatores críticos de sucesso para evitar a evolução dos pacientes para casos graves e óbitos.

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias das Arboviroses têm por objetivo evitar o agravamento dos casos e a ocorrência de óbitos. Para isso é necessário o reconhecimento oportuno dos casos suspeitos, o tratamento adequado do paciente conforme protocolo clínico, a integralidade nas ações de cuidado, prevenção e controle vetorial e o fortalecimento das diferentes áreas e serviços na rede de atenção à saúde.

A organização dos serviços de saúde deve englobar a previsão e a disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos, a realização de exames, o suporte para o resultado dos exames laboratoriais oportunamente, a realização de exames de imagem, a eficiência da central de regulação de leitos, bem como os fluxos e as unidades de referência e contrarreferência de atendimento definidos e o manejo clínico adequado em todos os níveis da atenção, evitando o agravamento das doenças e óbitos pelas arboviroses.

1

INTRODUÇÃO

Observa-se nos últimos anos o aumento de transmissão viral dos arbovírus nas regiões tropicais devido a fatores como mudanças climáticas, movimentos populacionais massivos, aumento das áreas desmatadas, ocupação urbana desordenada e falta de políticas de saneamento adequadas e abrangentes das áreas urbanas.

Parte do ciclo de replicação dos arbovírus (*Arthropod-borne virus*) ocorre nos insetos, e eles podem ser transmitidos aos seres humanos e outros animais pela picada de artrópodes hematófagos. O único continente onde os arbovírus não são endêmicos é a Antártica. Esses vírus tendem a ter uma distribuição geográfica e climática restrita, como parte de um subsistema ecológico especial representado pelos vírus, vetores, hospedeiros amplificadores e reservatórios.

No Brasil, as arboviroses urbanas de maior ocorrência nos seres humanos são: Dengue, Febre Chikungunya, Zika vírus, Febre amarela, que serão descritos abaixo.



1.1

Dengue

A dengue é a doença viral transmitida por mosquito de propagação mais rápida no mundo. O vírus da dengue (DENV) é representado por quatro sorotipos, DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, e sua transmissão é feita pelo mosquito *Aedes aegypti*. Atualmente, no Brasil, essa doença é caracterizada pela transmissão endêmica e epidêmica determinada, principalmente pela circulação simultânea dos quatro sorotipos virais, e se constitui como um sério problema de saúde pública.

Esse vírus pode afetar pessoas de todas as idades e causa um amplo espectro clínico que vai desde a forma clássica da dengue até as formas mais graves, caracterizadas pelo surgimento dos sinais de alarme e gravidade. E, embora a maioria dos pacientes se recupere depois de um curso clínico benigno e resolução espontânea, uma pequena proporção de casos evolui para a forma grave da doença, caracterizada principalmente por aumento de permeabilidade vascular, acompanhada ou não de fenômenos hemorrágicos.

1.2

Febre chikungunya

Doença febril aguda causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), transmitido por mosquito do gênero *Aedes aegypti*. A doença é caracterizada por febre alta de início súbito, cefaleia, mialgias e dor articular intensa, podendo tornar-se crônica com a persistência dos sintomas por anos.

A doença pode evoluir em três fases: febril ou aguda, pós-aguda e crônica. A fase aguda da doença tem duração de 5 a 14 dias. A fase pós-aguda tem um curso de até 3 meses. Se os sintomas persistirem por mais de 3 meses após o início da doença, considera-se instalada a fase crônica. Na fase crônica, a artralgia pode persistir por anos. Alguns pacientes podem apresentar casos atípicos e graves da doença, que podem evoluir para óbito com ou sem outras doenças associadas.

1.3

Zika vírus

Doença viral aguda, identificada no Brasil pela primeira vez no ano de 2015, transmitida principalmente pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A infecção pelo zika pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, caracteriza-se por exantema de início precoce, maculopapular e pruriginoso; febre baixa ou ausente; hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido; artralgia; edema periarticular; mialgia; linfadenomegalia; astenia; e dor de cabeça. Os casos costumam apresentar evolução benigna, e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3 a 7 dias. Entretanto, o número de infectados vem aumentando a cada ano no País, observando-se o aumento dos casos de microcefalia e de manifestações neurológicas associadas à ocorrência da doença, bem como a ocorrência de óbitos.

Quando surgiu em 2015, essa doença se manifestou no Brasil de forma inédita, tornando-se evidente pelo aumento expressivo de casos de microcefalia de causa, na época, ainda desconhecida, gerando um grande desafio à sociedade, que mobilizou diversos setores da saúde e envolveu vários profissionais de saúde, instituições públicas e privadas, universidades e institutos de pesquisa de diversos países para investigar e esclarecer essa ocorrência. Na ocasião, a zika vírus foi declarada como uma Emergência em Saúde Pública Nacional e Internacional. Esses casos epidêmicos de microcefalia eram fortemente associados à infecção pelo vírus zika durante a gestação, evidenciando-se ainda um amplo espectro de manifestações que definiriam a síndrome da zika congênita (SZC).

O Nordeste foi a região com mais casos de microcefalia e outras malformações congênitas associadas ao vírus zika, tendo sido registrados mais de dois mil e quinhentos casos, representando 62,5% das ocorrências do Brasil entre 2015 e 2019.

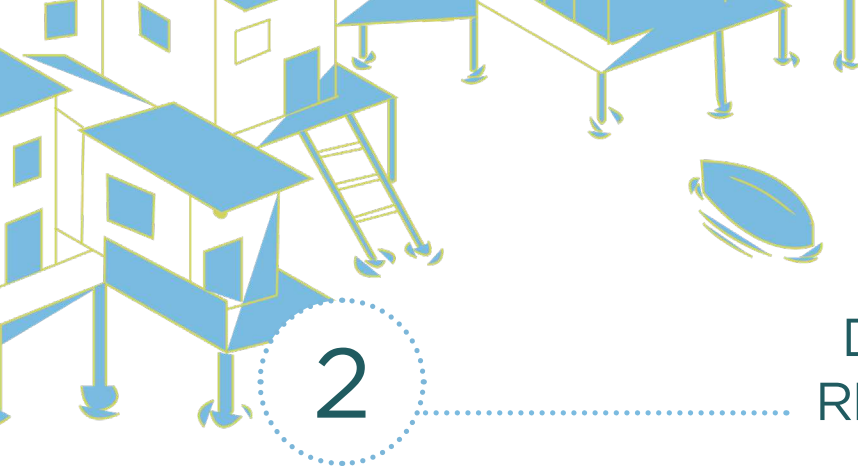
1.4 Febre amarela

A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa causada por arbovírus do gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*. A doença apresenta dois ciclos epidemiológicos de transmissão: silvestre, transmitido pelos mosquitos *Haemagogus* e *Sabethes*; e o urbano, transmitido pelo *Aedes aegypti*.

O Brasil conta com regiões endêmicas para febre amarela, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, no entanto, desde o ano de 2000, a área de circulação do vírus vem aumentando de forma progressiva em todo o território nacional. Diante desse cenário epidemiológico, observou-se a expansão da área de circulação do vírus em locais que, anteriormente, não eram de risco para a doença, por isso, no início do ano de 2020, houve a necessidade de ampliação da oferta da vacina na rotina das unidades de saúde em vários estados do País na tentativa de manter a população imunizada.

Os sintomas mais frequentes são febre alta, calafrios, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, náuseas e vômitos. A forma mais grave da doença pode levar a insuficiências hepática e renal, icterícia (olhos e pele amarelados), manifestações hemorrágicas, distúrbios respiratórios e prostração intensa.





DESAFIOS PARA A REDE DE ATENÇÃO

O cenário epidemiológico do Brasil, caracterizado pela circulação simultânea das arboviroses, em observação aos quatro sorotipos do DENV e os vírus chikungunya, zika e febre amarela, constitui-se um grande desafio para o Sistema Único de Saúde, porque exige a organização integrada da Rede de Atenção à Saúde, a fim de que contemple desde a vigilância com suas áreas de atuação, a atenção primária como porta prioritária de entrada para o cuidado dos pacientes e a capacidade da rede especializada destinada ao cuidado dos casos graves, com o objetivo de evitar a morbimortalidade.

A atenção aos pacientes acometidos pelas arboviroses, na grande maioria dos casos, tem como característica a utilização de tecnologias de cuidado que dispensam instalações e equipamentos de maior complexidade e custo. No entanto, a abordagem precoce do paciente e a correta classificação do caso e seu manejo são fatores críticos de sucesso para evitar a evolução dos casos graves para o óbito. Assim, o acolhimento e a classificação de risco devem ocorrer em todas as portas de entrada, reduzindo o tempo de espera, definindo o plano de acompanhamento e a melhor tipologia de cuidado para cada paciente.

A abordagem do paciente e a classificação do caso exigem tecnologias de cuidado que envolvem a investigação clínica e/ou laboratorial, passíveis de serem alcançáveis em qualquer ponto de atenção, desde que haja a organização dos serviços para esse fim. O acesso aos protocolos assistenciais e aos fluxogramas, amplamente distribuídos pelos gestores aos serviços de saúde, e a capacitação de profissionais de forma universal garantem uma correta abordagem clínica. Na busca pela boa evolução dos casos, deve-se garantir acesso aos insumos e aos exames complementares de apoio diagnóstico, a hidratação precoce em volume e via adequada, o reconhecimento

oportuno dos sinais de gravidade e, no caso da dengue, dos sinais de alarme, o acompanhamento do usuário nas horas e dias subsequentes ao primeiro atendimento e as orientações aos pacientes.

Para os casos de dengue classificados como grupos C e D e casos graves de zika, chikungunya e febre amarela, são exigidos esforços de organização de serviços de maior complexidade e custo, saindo do campo da atenção primária e demandando articulação com outros níveis de atenção e serviços não próprios da administração pública, como a rede hospitalar, para suprir a necessidade de leitos de enfermaria e de terapia intensiva.

Nesse sentido, a capacidade de gestão é fundamental para que os serviços sejam articulados em rede, com garantia de acesso, acompanhamento do paciente e qualidade de atenção. A função de regulação deverá estar presente dentro das unidades de saúde e por meio de centrais de regulação ou de dispositivos criados emergencialmente para esse fim, para nortear os fluxos, viabilizar e disponibilizar o transporte de pacientes entre os serviços.

A gestão e a organização dos serviços deverão se preocupar com a garantia de qualidade das informações, como a correta notificação e registro de todos os casos atendidos. Além de atender a outras finalidades, o registro de informações oferece o subsídio para o dimensionamento de equipes, materiais, medicamentos e definição de forma de funcionamento dos serviços e também facilita o plano de acompanhamento dos pacientes suspeitos nas unidades de saúde e a construção e/ou atualização dos planos de contingência, instrumentos indispensáveis à resposta às arboviroses.

As medidas devem ser tomadas no sentido de garantir a utilização dos protocolos assistenciais oficiais e a prática das ações de vigilância (ex.: notificação e investigação de casos), isso vale para os serviços públicos e privados. Torna-se imperativa a articulação com as operadoras de planos de saúde, laboratórios privados, cooperativas de profissionais de saúde, conselhos e associações de categoria profissionais e entidades de representação de hospitais, entre outros.

Merece destaque a situação de contratação de empresas e cooperativas para a prestação de serviços em unidades públicas. A organização contratada deve garantir a participação de seus afiliados nos treinamentos e a utilização dos protocolos oficiais. Uma estratégia para essa garantia, além da negociação direta e cotidiana, pode ser a inclusão de cláusulas que tratam dessa questão nos contratos.

Ao considerar que estas doenças estão presentes no cotidiano do País, com situações territoriais de maior ou menor risco, e que há disponibilidade de serviços e tecnologias estruturadas, é possível planejar e elaborar planos de contingência para o seu enfrentamento de forma oportuna

A falta de planejamento para o enfrentamento do aumento de casos ou de epidemias levará a situações de excepcionalidade que, na maioria das vezes, exigirão novos dispositivos de organização dos serviços, com os desafios de tempo e legalidade para compras e contratações. Com isso, devem existir estruturas jurídica e de gestão que apontem caminhos para cuidar da legalidade e garantir a atenção aos usuários, reduzindo complicações e óbitos.

Esse processo de organização de serviços, em situação de crise ou de forma planejada, exige articulação, interação e atuação integrada dos atores dos serviços de vigilância e assistência no âmbito interno das secretarias estaduais e municipais de saúde, e entre as próprias secretarias estaduais e municipais. Experiências de Salas de Situação integradas não só são fundamentais como também têm dado bons resultados, garantindo o assento às lideranças representativas dos principais setores estratégicos da gestão e da operação. Também exige-se o trabalho integrado entre os responsáveis pelos serviços assistenciais (atenção primária, atenção especializada, urgência e emergência, atenção hospitalar, regulação). Para isso, tem que haver coordenação designada pelo gestor com as habilidades e delegação de poder que a função requer.



3

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. É definida como um 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, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Dado o alto grau de capilarização que a APS tem em todo o território nacional com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que permite estabelecer vínculo com a população de referência, beneficia-se a longitudinalidade do cuidado ofertado e amplia-se sua capacidade resolutive. A Atenção Primária deve estar preparada para acolher e atender todas as necessidades de saúde da população e, no que tange às arboviroses, estando ou não em cenários epidêmicos, deve ser resolutive e deve estar preparada para acolher e atender às demandas de queixas agudas, organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, bem como, responsabilizar-se pela saúde desses usuários, independentemente do ponto de atenção em que estejam.

Nesse sentido, a organização dos serviços de Atenção Primária deve ser pensada de forma sistêmica, considerando a dinamicidade de cada território, e estruturada segundo os atributos da APS – acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural –, visando organizar o

processo de trabalho de todas as equipes que atuam na APS – equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipe de Consultório na Rua (eCR), equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), equipes de Saúde Bucal (eSB) e todos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) –, a fim de garantir um atendimento integral e equânime para a população.

3.1

Organização do processo de trabalho

Garantir o acesso e a resolutividade da APS, especialmente frente a epidemias, implica organizar o processo de trabalho das equipes em função dessas ações, por exemplo, flexibilizando agendas para acolher a demanda programada e também a espontânea, estendendo o horário de atendimento, se necessário, garantindo recursos para o adequado manejo na APS, promovendo ações individuais e coletivas que possam contribuir para o controle da doença naquela localidade. Nesse sentido, diversas estratégias e programas têm sido ofertados pelo Ministério da Saúde para promover o fortalecimento da APS segundo essa perspectiva, e informações detalhadas podem ser consultadas por meio do Portal APS: <https://aps.saude.gov.br>.

Abaixo, pretende-se apresentar um conjunto de diretrizes na lógica dos atributos da APS para nortear a ação da atenção primária frente aos cenários epidêmicos das arboviroses.

Acesso: o gestor local deverá conhecer o território, entender suas necessidades e demandas, para assim, organizar o processo de trabalho de forma a garantir resolutividade, acesso universal e qualidade dos serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde. Entre as estratégias, destacam-se:

- Ampliar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio do funcionamento de Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) em horário estendido.

- Assegurar equipe mínima, compatível com a necessidade local, espaço físico e materiais necessários ao cuidado.
- Organizar as agendas dos profissionais da ESF, a fim de contemplar tanto as demandas programadas, quanto as demandas espontâneas
- Acolher e atender as demandas espontâneas relacionadas a queixas agudas durante todo o período de funcionamento da unidade.
- Estabelecer ambientes distintos para acolhimento de queixas agudas.
- Sinalizar o ambiente interno da UBS, de forma a direcionar visualmente os fluxos de atendimento.
- Implementar o acolhimento com classificação de risco dos pacientes com suspeita de arboviroses, conforme protocolos e fluxogramas de classificação de risco para as arboviroses (dengue, zika chikungunya e febre amarela).
- Afixar cartazes instrutivos com linguagem acessível, referente aos fluxogramas de atendimento às arboviroses em locais visíveis e estratégicos da unidade.

Integralidade: para garantir o cuidado integral é necessário que as equipes conheçam adequadamente as necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças em seu território e trabalhem de forma integrada aos demais serviços da RAS. Nesse sentido, recomenda-se:

- Realizar diagnóstico situacional e o planejamento de ações em territórios que apresentem expressivo aumento no número de casos de arboviroses.
- Promover estratégias de busca ativa de casos suspeitos em territórios com grande incidência.
- Realizar busca ativa em seu território, de casos novos e pacientes faltosos no retorno programado.
- Qualificar os profissionais para detecção oportuna do surgimento dos sinais de alarme e sinais de choque.
- Capacitar todos os profissionais da APS para acolher e manejar casos de arboviroses, respeitando suas respectivas competências.

- Implementar estratégias de educação permanente, bem como utilizar recursos educacionais disponíveis na plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), para capacitação e educação permanente das equipes, com ênfase nas arboviroses.
- Sempre que possível, assegurar a hidratação oral na sala de espera a todos os pacientes acolhidos com suspeita de dengue, mantendo atenção contínua e permanente.
- Sempre que possível, ofertar hidratação venosa precoce nas Unidades Básicas de Saúde; quando na impossibilidade, estabelecer fluxo de referência local por meio de encaminhamento rápido e seguro.
- Sempre que possível, assegurar o acesso venoso e início da reposição volêmica aos pacientes classificados como grupos C e D, conforme avaliação e prescrição médica, antes de encaminhá-los para as unidades de referência.
- Implementar e divulgar amplamente a todas as equipes os protocolos de manejo clínico e fluxos assistenciais do Ministério da Saúde referentes às arboviroses.
- Assegurar a estabilização hemodinâmica a todos os pacientes, antes de encaminhá-los às unidades de referência.
- Sempre que possível, garantir preferencialmente suporte para coleta de exames específicos e inespecíficos na própria unidade; quando na impossibilidade, encaminhar o paciente de forma segura e responsável ao laboratório de referência.
- Garantir o retorno dos exames específicos e inespecíficos em tempo hábil para condução do caso, respeitando os respectivos prazos.

Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente. Para tanto, recomenda-se:

- Programar o acompanhamento longitudinal do usuário após a primeira consulta, ofertando os retornos para reavaliação, conforme os prazos estabelecidos. Se houver impossibilidade

de reavaliação na UBS, encaminhar de forma responsável às unidades de referência, por exemplo, aos finais de semana e feriados.

- Reclassificar/estadiar o usuário a cada retorno programado na unidade.
- Acompanhar a evolução dos casos, classificados como grupos A e B (casos leves), por meio de visita domiciliar dos profissionais da ESF, consulta de enfermagem ou médica ou contato telefônico.
- Sempre que possível, disponibilizar cartão de acompanhamento do paciente.
- Estabelecer estratégia e instrumento de contrarreferência dos usuários vinculados ao seu território, com acompanhamento longitudinal dos pacientes até a alta, conforme protocolo de manejo clínico do MS.

Coordenação do cuidado: pressupõe elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários dentro da RAS, atuando como um centro de comunicação que tem responsabilidade pelo cuidado dos usuários em qualquer dos pontos de atenção por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada do cuidado. Para tanto, recomenda-se:

- Atuar de forma integrada com a Vigilância em Saúde para a adequada identificação dos problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes.
- Realizar estratégia de articulação entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate à Endemias (ACE), com base no mapeamento de risco, a fim de planejar intervenções de enfrentamento aos focos/criadouros em áreas com grande incidência.
- Coordenar e garantir os fluxos de referência e contrarreferência no território, com base no fluxo do Ministério da Saúde.
- Garantir a estabilização hemodinâmica a todos os pacientes, antes de encaminhá-los para as unidades de referência.

- Assegurar transporte adequado para o encaminhamento dos usuários aos demais níveis de atenção durante todo o funcionamento do serviço.
- Estabelecer fluxo de comunicação direta com a Rede de Urgência e Emergência (RUE), definida previamente, para a referência (hospital, unidade de pronto atendimento, unidade de reposição volêmica) ou utilizar dispositivos de regulação.
- Implantar na unidade o serviço de notificação de casos suspeitos das arboviroses (dengue, zika e chikungunya) e estabelecer fluxo de informação diária para a vigilância epidemiológica local.

Orientação familiar: fortalecer o vínculo entre os profissionais das equipes e as famílias da população adscrita para que haja o compartilhamento de informações e o acompanhamento cuidadoso dos casos, inclusive, nas situações em que as intervenções se fizerem necessárias.

- Em parceria com os Agentes de Combate às Endemias (ACE) e com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizar o mapa de estratificação de risco no território para identificar famílias ou grupos de pessoas que moram em locais com alto índice de focos/criadouros.
- Realizar visitas domiciliares constantemente, principalmente em áreas com grande incidência, atentando-se aos sinais e sintomas dos moradores e orientando sobre possíveis riscos de criadouros.

Orientação comunitária: Proporcionar a articulação das equipes com a comunidade de tal forma a proporcionar um ambiente coletivo a favor da prevenção das referidas doenças e seus agravos. É importante que as ações sejam previamente compartilhadas e articuladas com representações sociais e lideranças locais para que sejam coerentes com a realidade vivenciada pelos moradores do território.

- Desenvolver estratégias de educação em saúde para a população adscrita, a considerar as peculiaridades do território sob responsabilidade.

- Estimular a participação da população em ações de combate ao *Aedes aegypti*, a fim de ampliar a autonomia e protagonismo da comunidade na construção do cuidado em saúde.
- Desenvolver ações de comunicação, a valorizar os equipamentos locais existentes, a fim de compartilhar informações como forma de alerta dos sinais e sintomas das arboviroses mais emergentes no território
- Mobilizar lideranças locais e representações sociais do território para auxiliar na disseminação das informações para a população adscrita.
- Construir agendas intersetoriais para articular estratégias de ações de combate ao *Aedes aegypti* em locais de grande incidência.
- Disponibilizar, disseminar e atualizar frequentemente as informações sobre o horário de funcionamento das UBS, o fluxo e os locais de referência para a população adscrita.

Competência cultural: Considerar as potencialidades culturais e os hábitos da comunidade para que as ações e os serviços básicos de saúde tenham correspondência com as peculiaridades do território, e assim, sejam coerentes e resolutivas.

- Elaborar o diagnóstico situacional e o planejamento das ações e serviços supracitados, a considerar os hábitos e costumes das pessoas cadastradas no território.
- Compartilhar orientações e intervenções assertivas sobre os cuidados em saúde e os potenciais riscos de focos/criadouros no domicílio, a respeitar as competências culturais e hábitos locais.

3.2

Estrutura do Serviço de Atenção Primária

A infraestrutura de uma Unidade de Atenção Primária deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades e ao processo de trabalho das equipes que prestam serviços aos usuários.

Para um ambiente adequado existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço. É recomendado que na recepção não existam grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa) e que haja identificação visual dos serviços existentes, da escala dos profissionais, dos horários de funcionamento e de sinalização de fluxos, além de conforto térmico e acústico e espaços que garantam acessibilidade para as pessoas com deficiência, em conformidade com as normativas vigentes.

Para a realização da prática profissional na Atenção Primária, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, profissionais qualificados e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

Em relação às arboviroses, são necessários equipamentos, materiais e insumos específicos, principalmente os necessários para hidratação oral e venosa, que são fundamentais para o adequado manejo clínico dessas doenças.

3.3

Apoio Diagnóstico

a) Exames inespecíficos: auxiliam no monitoramento dos pacientes com suspeita ou diagnóstico das arboviroses, especialmente os que apresentam sinais de alarme ou gravidade.

- Sempre que possível, garantir a realização de hemograma com contagem de plaquetas, em tempo oportuno, respeitando os prazos de cada grupo, conforme classificação de risco inicial.
 - Garantir a liberação do resultado do hemograma no mesmo dia (em até 4 horas).
 - Importante avaliar a hemoconcentração.
- Viabilizar meio de comunicação para receber resultado do exame (e-mail ou sistema de informação em rede).
- Acompanhar os resultados encaminhados ao laboratório de saúde pública de referência.
- O paciente deve permanecer na unidade de saúde em acompanhamento e observação, com prescrição de hidratação, até o resultado do exame ficar pronto
- Se o resultado do hemograma for normal, o tratamento deve ser realizado em regime ambulatorial, com reavaliação clínica diária.

b) Exames específicos:

- Sempre que possível, garantir a coleta de material para exames específicos, tais como biologia molecular (PCR) e sorologias, entre outros, conforme avaliação médica e protocolos específicos para cada arbovirose.

c) Coleta:

- Caso a unidade não disponha de laboratório próprio, o gestor deverá estabelecer laboratório de referência. Implementar formulário de solicitação utilizado pelo laboratório de referência.
- Em caso de referência laboratorial definida para coleta, é necessário estabelecer fluxo de transporte dos materiais coletados de forma segura.
- As coletas devem ser realizadas e/ou solicitadas durante todo o horário de funcionamento da unidade.



4

UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO ATENDIMENTO, PRONTO-SOCORRO, UPA 24h,
PORTA DE ENTRADA HOSPITALAR

4.1

Organização do processo de trabalho

As portas de entrada da média e alta complexidade devem prever abordagem diferenciada para os pacientes de arboviroses, de forma a garantir acolhimento com a classificação de risco adequado para identificar sinais de alarme e garantir tempo mínimos de espera no pré e pós-atendimento médico. O paciente deve contar, sempre que possível, com profissional de enfermagem e profissional médico específicos durante o turno de trabalho, que possam avaliar sua evolução, de forma comparativa com o estágio anterior. A passagem do paciente entre profissionais em mudanças de turno deve ser feita com a descrição a mais completa possível do caso, de forma presencial entre os profissionais e em registros em prontuário.

A Portaria GM/MS nº 2488, de 21 de outubro de 2011, possibilita, aos membros da equipe de Saúde da Família, a jornada de 40 horas com dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município. Esse dispositivo torna-se muito estratégico em situações de necessidade de reforço da força de trabalho nas unidades de urgência.

A abordagem inicial nas portas de urgência deverá seguir o protocolo de acolhimento com classificação de risco, existente e adotado na unidade. Com base na queixa, o profissional seleciona o fluxograma mais adequado para que seja atribuída ao paciente uma prioridade

clínica de acordo com seu risco, sendo-lhe conferida uma cor e o tempo de espera necessário para atendimento médico.

Os profissionais das portas de urgência e emergência devem estar vigilantes para os sinais de alerta dos casos suspeitos de dengue, chikungunya, zika e febre amarela. Ao deparar-se com um paciente que apresente quadro de casos suspeito de alguma das arboviroses aqui tratadas, deve-se partir para o cuidado adequado, seguindo o manejo clínico e os fluxogramas disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Recomendam-se os seguintes dispositivos:

- Acolhimento com classificação de risco a todos os pacientes (utilizando o protocolo existente na unidade);
- A sala de classificação de risco deverá contar com enfermeiro capacitado que avalie o risco e identifique sinais de alerta de acordo com os protocolos clínicos do Ministério da Saúde. A correta avaliação e classificação do paciente proporcionará o direcionamento adequado do paciente na unidade, assim como a definição do tempo de espera para o atendimento médico;
- Reforçar a equipe com generalistas e/ou clínicos e/ou pediatras e profissionais de enfermagem;
- Nos casos de necessidade de hidratação venosa ou oral, é importante ampliar os espaços de espera com poltronas e insumos para hidratação oral e reposição volêmica venosa no pré e pós-atendimento;
- Seguir rigorosamente os guias e manejos clínicos do Ministério da Saúde referentes à assistência do paciente com dengue, chikungunya, zika e/ou febre amarela (classificação de risco e manejo do paciente);
- Criar processos diferenciados para o paciente que recebe o primeiro atendimento e para o paciente que retorna à unidade para reavaliação e continuidade do cuidado após medicação ou realização de exames;
- Criar fluxos assistenciais internos: do acolhimento ao atendimento médico, à reposição volêmica ou hidratação oral, liberação com retorno à mesma unidade ou a outra unidade, transferência à outra unidade;

- Ampliar os leitos de curta permanência (leitos de observação) com monitoramento e vigilância da equipe multidisciplinar sobre os usuários, para detecção precoce de sinais de alarme e complicações;
- Garantir ambiente com leitos de estabilização com materiais, equipamentos e insumos adequados à monitorização e a procedimentos de suporte hemodinâmico e ventilatório para assistência aos casos graves;
- Para os casos que necessitem de reposição volêmica, deve-se garantir o acesso venoso e reposição necessária, antes de encaminhá-los para as unidades de referência;
- Garantir o abastecimento de medicamentos e insumos para manejo dos casos;
- Garantir transporte adequado para pacientes durante todo o funcionamento do serviço;
- Disponibilizar fluxogramas para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de arboviroses e cartão ou guia de acompanhamento;
- Possibilitar a referência adequada, conforme pactuação pré-estabelecida, para unidades de maior complexidade nos casos em que se ultrapasse a capacidade operacional da unidade de urgência, de preferência mediada pela Central de Regulação para garantir acesso adequado e oportuno;
- Disponibilizar comunicação direta com a unidade de atenção primária (contrarreferência) para o encaminhamento responsável do paciente que não necessita de cuidados hospitalares, promovendo o retorno e o acompanhamento;
- Garantir na unidade o serviço de notificação de casos suspeitos e estabelecer fluxo de informação diária para a vigilância epidemiológica. Os casos graves são de notificação imediata (telefone, planilhas eletrônicas).

4.2

Estrutura do Serviço

Deve-se levar em consideração a estrutura já existente nas unidades de urgência, contudo o reforço em determinadas áreas é fundamental para o atendimento adequado das arboviroses. Para as doenças que exigem reposição volêmica, faz-se necessária a adequação de ambientes, reforçando o quantitativo de poltronas reclináveis, de suporte de soro, de insumos e de medicações necessárias ao tratamento, proporcionando o cuidado adequado e evitando o desconforto de macas.

As unidades devem contar com leito de estabilização com materiais, equipamentos e insumos adequados à monitorização e a procedimentos de suporte hemodinâmico e ventilatório para assistência aos casos graves.

4.3

Apoio Diagnóstico

a) Exames inespecíficos

- Realização de hemograma com contagem de plaquetas e demais exames dessa tipologia de unidade.
- Realização de bilirrubinas totais, transaminases e creatinina.
- Criar estratégias para garantir a realização dos exames e liberação rápida dos resultados. Poderão ser utilizados laboratórios próprios ou de terceiros, por meio de contratos já existentes ou emergenciais. Recomenda-se estabelecer processo para aquisição de serviços, especificações referentes à demanda para a coleta do material e prazos oportunos para a entrega dos exames, além do quantitativo de exames contratados por dia, conforme orientações.
- Assegurar condições para a realização de exames complementares, como radiográficos e ultrassonográficos quando indicados.

b) Exames específicos

- Garantir a coleta e o envio ao laboratório de saúde pública de referência de material para exames específicos, tais como PCR em tempo real e sorologias, entre outros, respeitando as orientações da vigilância para cada uma das arboviroses que estiver sendo atendida.
- Disponibilizar formulário próprio do laboratório de saúde pública de referência para solicitação desse exame



ATENÇÃO HOSPITALAR

A adequada identificação das doenças pelas arboviroses e a aplicação correta do manejo clínico implicam redução da necessidade de internações. Assim como a montagem de estrutura de hidratação de curta duração em outras unidades de saúde já existentes ou em URV (Unidade de Reposição Volêmica) criadas em novos espaços para o atendimento da dengue, em específico.

Não havendo oferta suficiente de leitos hospitalares para garantir o acesso de forma rápida, a ampliação de oferta poderá ocorrer pela contratação de ampliação na rede pública ou na rede contratada e conveniada do SUS. Nesse sentido, a montagem desses leitos poderá ocorrer por meio da locação ou da compra de equipamentos, devendo ser avaliada a economicidade de cada estratégia. As expansões da força de trabalho também são temporárias, para hospitais e outras unidades, podendo ser utilizadas extensões de carga horária no mesmo vínculo de profissionais dos serviços, remanejamentos temporários de outras unidades, cessões temporárias de um serviço e/ou nível de gestão para outro, ou ainda novas contratações, dentro de dispositivos legais.

As equipes hospitalares necessitam ser treinadas para o manejo do paciente, com ênfase no paciente crítico, aplicando-se também aqui as observações feitas para o processo assistencial nas unidades de urgência e na unidade de campanha.

Recomendam-se os seguintes dispositivos:

- Realizar acolhimento com reclassificação de risco, utilizando o protocolo existente na unidade. A correta avaliação e classificação do paciente proporcionará o direcionamento adequado dentro da unidade, assim como o estabelecimento do projeto terapêutico singular;

- Reforçar a equipe com generalistas e/ou clínicos e/ou pediatras e profissionais de enfermagem;
- Seguir rigorosamente os guias e manejos clínicos do Ministério da Saúde referentes à assistência do paciente com dengue, chikungunya, zika e/ou febre amarela (classificação de risco e manejo do paciente);
- Disponibilizar fluxograma para a classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue, chikungunya, zika e febre amarela para todos os funcionários;
- Afixar cartazes com fluxograma e sinais de alarme nos locais de atendimento para uma melhor visualização dos usuários;
- Garantir comunicação direta com a unidade de atenção primária (contrarreferência) para o encaminhamento responsável dos pacientes após alta hospitalar, promovendo o retorno e acompanhamento;
- Assegurar a vigilância constante do paciente com suspeita de dengue, chikungunya, zika e febre amarela;
- Fornecer ambiente adequado para o monitoramento permanente do paciente com suspeita de dengue, zika, chikungunya e febre amarela (pressão arterial, saturação, frequência cardíaca);
- Manter o abastecimento de medicamentos e insumos para manejo dos casos;
- Garantir na unidade o serviço de notificação de casos suspeitos e estabelecer fluxo de informação diária para a vigilância epidemiológica. Os casos graves são de notificação imediata (telefone, planilhas eletrônicas, entre outros).

5.1

Estrutura do serviço

A unidade hospitalar deve dispor de equipamentos, insumos, medicamentos, materiais e serviços de laboratório para a realização de procedimentos especializados em regime de cuidado em enfermarias e unidades de cuidado intensivo, adequados ao elenco de ações propostas para o funcionamento e manejo dos casos graves.

5.2

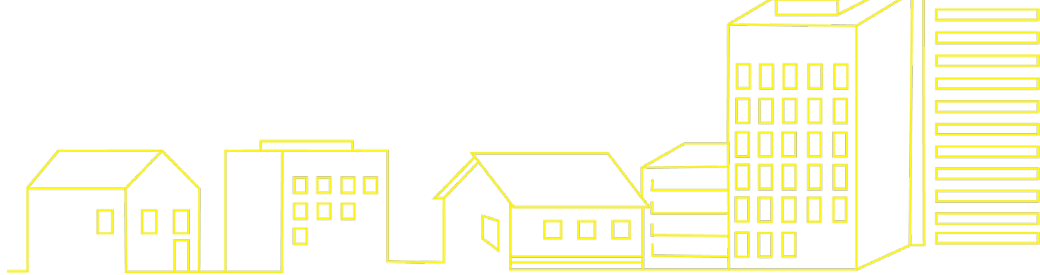
Apoio diagnóstico

a) Exames inespecíficos

- Hemograma com contagem de plaquetas, albumina e demais exames dessa tipologia de unidade;
- Avaliação de glicose, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, bilirrubina total, transaminase, TPAE;
- Exames de imagem como eco cardiograma, ultrassonografia e raio-x;
- Criar estratégias para garantir a realização e liberação rápida dos resultados dos exames. Poderão ser utilizados laboratórios próprios ou de terceiros por meio de contratos já existentes ou emergenciais. Recomenda-se estabelecer edital de aquisição de serviços, especificações referentes à logística para a coleta do material e prazos oportunos para a entrega de exames e quantitativo necessários por dia.

b) Exames específicos

- Garantir a coleta e o envio, ao laboratório de saúde pública de referência, de material para exames específicos, tais como PCR em tempo real e sorologias, entre outros, respeitando as orientações da vigilância para cada uma das arboviroses;
- Disponibilizar formulário próprio do laboratório de saúde pública de referência para solicitação desse exame;
- Todos os casos graves necessitam de coleta de material biológico para confirmação laboratorial.



6

REGULAÇÃO DO ACESSO

A vigilância sobre o paciente com suspeita ou confirmação de doença por arboviroses e seu atendimento em tempo oportuno e em local adequado, obedecendo aos protocolos recomendados, são os principais fatores de redução da mortalidade, em se tratando de patologias que não exigem grande aparato tecnológico para o seu manejo.

A regulação do acesso, tendo como princípios básicos o tempo oportuno e local adequado, é estratégica para a rápida identificação da complexidade do caso e identificação da unidade de referência hospitalar, devendo ser precedida de mapeamento de oferta já existente ou ampliada especificamente para esse fim.





PLANOS DE CONTINGÊNCIA

Trata-se do documento em que estão definidas, de forma integrada entre as áreas que compõe o setor saúde, as ações, os cronogramas de execução, os responsáveis e as estratégias de avaliação para resposta a uma situação de alteração na condição de saúde da população e que exija esforço maior para garantir cuidado a todos que necessitarem.

Para garantir a melhor execução das atividades previstas no plano é necessária a construção coletiva e integrada do documento e sua ampla divulgação, contemplando diferentes cenários de transmissão e dinamismo, conforme situação de risco, aplicabilidade e monitoramento das atividades.

O plano de contingência deve ser desenvolvido para os diferentes níveis de gestão em saúde, planos estaduais, planos de regiões de saúde, planos municipais e planos das unidades de saúde.

Para o enfrentamento de epidemias por arboviroses recomenda-se o reforço em ações estratégicas na assistência para garantir o atendimento e acompanhamento dos pacientes suspeitos. Essas estratégias devem estar previstas nos planos de contingência e ser monitoradas pelas referências de cada espaço de gestão e atenção. Entre as ações estratégicas, destacam-se:

- Ampliar o acesso dos pacientes às unidades de saúde (ambulatório e internação);
- Adotar protocolo clínico em todas as unidades de saúde;
- Implantar a classificação de risco em todas as unidades de saúde;
- Garantir a hidratação precoce dos pacientes nas unidades de saúde, aos casos que requererem a intervenção;
- Estabelecer fluxo assistencial para manejo e acompanhamento

dos casos, identificando as atividades previstas em cada unidade;

- Garantir transporte seguro para os pacientes quando definido pelo fluxo de regulação;
- Assegurar o acompanhamento dos pacientes suspeitos das arboviroses e busca ativa dos pacientes e visitas domiciliares;
- Estabelecer fluxo para repasse das notificações para os serviços de vigilância epidemiológica;
- Qualificar a equipe para atendimento dos casos e organização dos serviços;
- Estabelecer as atribuições e responsabilidades de cada categoria profissional, de acordo com o fluxo assistencial e ponto de atenção;
- Garantir suporte laboratorial para exames específicos, inespecíficos e diagnóstico de imagem (raio-x, ultrassonografia e outros);
- Prever e garantir insumos, equipamentos, impressos e materiais de acordo com a demanda e reserva estratégica conforme situação de risco;
- Estruturar serviços de laboratório para realização de exames inespecíficos;
- Avaliar e propor ações integradas com outras áreas e agências envolvidas na resposta;
- Assegurar estratégias de comunicação para os diferentes públicos;
- Divulgar para a população a organização dos serviços para atendimento dos pacientes;
- Orientar a população sobre a importância da hidratação precoce, divulgação dos sinais de alarme e procura do atendimento médico;
- Mobilizar representantes de classes profissionais, conselhos de classe e unidades privadas;
- Participar do processo de investigação dos óbitos suspeitos por dengue e promover resposta do serviço para as não conformidades encontradas;
- Para o acompanhamento dos Planos de Contingência, sugere-se a utilização dos indicadores.

8

UNIDADES DE ATENDIMENTO DE CAMPANHA

Trata-se de instalações provisórias que podem ser criadas em qualquer área física que tenha as condições adequadas para o funcionamento de serviços de saúde, unidade já existente ou serviço montado para esse fim, dentro das condições de segurança para pacientes e trabalhadores da saúde. Pode ser também espaço dentro de uma unidade de saúde que permita adequação para a realização do atendimento necessário.

Tem a finalidade de desafogar as unidades de urgência e as unidades hospitalares. Será unidade de referência para outras unidades de saúde e se destinará ao atendimento e assistência por coorte a determinada arbovirose, visando desafogar as unidades básicas e as unidades de urgência e emergência entre outra unidade da rede.

As recomendações feitas para o cuidado do paciente em unidades de urgência valem para essas unidades provisórias, considerando que esses pacientes exigem maior vigilância sobre sua evolução clínica. As unidades provisórias exigem ainda trabalho coordenado e equipes dedicadas para seu adequado funcionamento.

8.1

Estrutura e serviços de apoio

- Material médico-hospitalar, medicamentos e apoio diagnóstico também para a atenção a pacientes com comorbidades;
- Insumos e equipamentos para atendimento de emergência (carrinho de emergência, monitor, ventilador, material para intubação, fonte para oxigênio, medicamentos específicos para reanimação cardiopulmonar, aspiradores portáteis etc.);

- Estrutura de comunicação, transporte assistencial e administrativo, hotelaria (roupas e refeições), material de escritório, higiene e limpeza, serviço de esterilização e serviço de lavanderia (lembrando que os serviços de esterilização e lavanderia poderão ser definidos em unidades físicas já existentes na rede de atenção);
- Referência de unidade de urgência e/ou hospitalar, preferencialmente específica, ou garantida via central de regulação, além de transporte imediato, pois há maior potencial de complicações em pacientes dessas unidades;
- Garantir comunicação direta com a unidade de atenção primária (contrarreferência) para o encaminhamento responsável do paciente que não necessita de cuidados hospitalares, promovendo o retorno e acompanhamento;
- Recomenda-se que seja montada no interior ou próximo de outra unidade de saúde que possa fornecer materiais e serviços de apoio ou logística, com tempo de resposta adequado;

8.2

Recursos humanos

Deverá contar com equipe nas 24 horas do dia ou referência garantida para os usuários, em caso de funcionamento apenas diurno.

O dimensionamento de equipes e materiais dependerá do porte da unidade e do número de casos diários que manterá em suas dependências. Serão necessários profissionais de saúde e de apoio adequados ao perfil assistencial e ao número de atendimentos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e técnicos de laboratório, caso os exames sejam feitos em duas dependências, administrativos, profissionais de higiene e limpeza, segurança, entre outros);

Em se tratando de unidade criada em caráter provisório, onde são lotados profissionais de outras unidades e profissionais contratados

especificamente para esse trabalho, observar a necessidade de capacitação da equipe. Poderá haver momento comum a todos os profissionais da unidade para abordagem dos aspectos sobre a missão da unidade, postura acolhedora e a importância da vigilância de todos os profissionais sobre os pacientes, de acordo com as especificidades de cada função, rede assistencial, aspectos epidemiológicos e do controle das arboviroses e fluxos assistenciais. Para a equipe médica e equipe de enfermagem, abordar os aspectos clínicos da doença seguindo o protocolo, com foco específico no manejo dos pacientes.

8.3

Apoio Diagnóstico

a) Exames inespecíficos

- Realização de exames laboratoriais compatíveis com a finalidade e o perfil da unidade de atendimento;
- Criar estratégias para garantir a realização e liberação rápida dos resultados dos exames. Poderão ser utilizados laboratórios próprios ou de terceiros por meio de contratos já existentes ou emergenciais.
- Recomenda-se estabelecer edital de aquisição de serviços, especificações referentes à logística para a coleta do material e prazos oportunos para a entrega e quantidade de exames estimada;
- Garantir a realização de exames de imagem, nos casos necessários, nesse ponto de atenção ou encaminhando o paciente para serviço de maior nível de complexidade.

b) Exames específicos

- Garantir a coleta e o envio ao laboratório de saúde pública de referência de material para exames específicos, tais como PCR em tempo real e sorologias, entre outros, respeitando as orientações da vigilância para cada uma das arboviroses que estiver sendo atendida na coorte.
- Disponibilizar formulário próprio do laboratório de saúde pública de referência para solicitação desse exame.
- Todos os casos graves necessitam de coleta de material biológico para confirmação laboratorial.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.

Clique aqui e responda a pesquisa





DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



Ministério da
SAÚDE

Governo
Federal

Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Manual de Vigilância Sentinela de Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus

Brasília DF 2017



2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – 395 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Coordenação-Geral dos Programas Nacionais de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo Aedes

SRTVN 701, Via W5 Norte, lote D, Ed. PO700, 6º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <www.saude.gov.br/svs>

E-mail: <arboviroses.neuroinvasivas@saude.gov.br>

Organização:

Divino Valero Martins – CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS

Juliane Maria A. S. Malta – CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS

Marcelo Adriano C. S. Vieira – SES-PI/FMS-Teresina

Virginia Kagure Wachira – CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS

Colaboração:

Anderson Coutinho da Silva

Andre Abreu

Camile de Moraes

Carlos Alexandre Brito

Cibelle Mendes Cabral

Dalcy de Oliveira Albuquerque Filho

Emerson Luiz Lima Araújo

Fernanda Montenegro de Carvalho Araújo

Geovani San Miguel Nascimento

Isabela Ornelas Pereira

Jadher Percio

João Paulo Toledo

Juliane Maria Alves Siqueira Malta

Livia Carla Vinhal Frutuoso

Marcelo Adriano C. S. Vieira

Marcelo Yoshito Wada

Mariana Pastorello Verotti

Melissa Barreto Falcão

Michelle Higa Froes

Osnei Okumoto

Pedro Fernando da Costa Vasconcelos

Priscila Leal e Leite

Sulamita Brandão Barbiratto

Virginia Kagure Wachira

Zirlei Maria Matos

Produção e diagramação:

Núcleo de Comunicação/SVS

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva e Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Manual de vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

44 p. : il.

ISBN 978-85-334-2521-7

1. Arbovirose. 2. Vigilância epidemiológica. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDU 578.82/.83

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0445

Título para indexação:

Sentinel Surveillance Manual for Neuroinvasive Arboviral Diseases

Sumário

	Apresentação	5
1	Introdução	7
2	Objetivos da Vigilância Sentinela	9
3	Crerios da Seleção da Unidade Sentinela	11
4	Definições de Caso	13
5	Fluxo de Laboratório e Diagnóstico Específico	17
6	Envio de Dados	21
7	Etapas e Atribuições da Vigilância Sentinela das Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus	23
	7.1 Unidade Sentinela	23
	7.2 Laboratório Central de Saúde Pública	24
	7.3 Laboratórios de Referência Nacional	24
	7.4 Vigilância Estadual, Vigilância Municipal e Ministério da Saúde	24
8	Indicadores de Qualidade da Vigilância Sentinela	25
	Referências	27
	Anexos	29
	Anexo A – Espectro Clínico das Arboviroses Neuroinvasivas	30
	Anexo B – Coleta, armazenamento e transporte de amostras de pacientes com manifestações neurológicas	34
	Anexo C – Ficha de Notificação/Investigação	36
	Anexo D – Critérios Diagnósticos e Níveis de Certeza Diagnóstica das Síndromes Neurológicas	39
	Anexo E – Rede Nacional de Laboratório de Saúde Pública	42
	Anexo F – Rede Nacional de Laboratórios de Referência para Diagnóstico de Dengue, Zika e Chikungunya	44

Apresentação

A circulação do vírus Zika no Brasil modificou o cenário epidemiológico de manifestações neurológicas. Após detecção do vírus no país, em abril de 2015, foi observado aumento do número de encefalite, mielite, encefalomielite e, principalmente, síndrome de Guillain-Barré. Estas manifestações também podem ser observadas em alguns casos de chikungunya e de dengue.

Em resposta ao aumento das manifestações neurológicas ocorridas no Brasil a partir de 2015, o Ministério da Saúde propôs o “Protocolo de vigilância dos casos de manifestações neurológicas de infecção viral prévia”, utilizando o modelo de vigilância sentinela.

O presente manual tem o objetivo de aperfeiçoar e ampliar a proposta contida no protocolo de 2015, visando orientar os profissionais de saúde sobre a suspeita, notificação, investigação e outras condutas de vigilância para os casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus, atendidos nos serviços de unidades sentinelas. Neste manual, a exigibilidade de febre, exantema ou artralgia nos quadros neurológicos passou a ser dispensada, visto que casos de complicações das infecções por arbovírus sobre o sistema nervoso podem ocorrer na ausência destes sintomas e sinais clássicos das arboviroses, ou mesmo podem surgir dias a semanas após resolução deles.

Atualmente, o foco principal deste protocolo são as arboviroses **dengue, chikungunya e Zika** por serem as mais prevalentes em nosso meio. Entretanto, na hipótese de ocorrerem mudanças importantes no cenário epidemiológico nacional, este protocolo poderá sofrer modificações orientadas pelo Ministério da Saúde.

1

Introdução

As infecções por **arbovírus**¹ podem resultar em um amplo espectro de síndromes clínicas, desde doença febril branda até febres hemorrágicas e formas **neuroinvasivas**. Entretanto, a maior parte das infecções humanas por arbovírus são assintomáticas ou oligossintomáticas.

O crescimento populacional, a urbanização desordenada e o aumento do tráfego humano e do comércio internacional contribuíram para a emergência e para a disseminação espacial das arboviroses nas últimas décadas (WILDER-SMITH et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). A cada dia, ganham importância outras formas de transmissão dos arbovírus, como transfusão sanguínea, transplante de órgãos, transmissão sexual ou perinatal e exposição laboratorial (PETERSEN et al., 2016).

A maioria dos arbovírus de importância em saúde pública pertence aos gêneros *Flavivirus*, *Alphavirus* ou *Orthobunyavirus*, destacando-se dengue, chikungunya e Zika como vírus neuroinvasivos de maior interesse epidemiológico no Brasil.

Dengue é a arbovirose mais prevalente nas Américas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017). A doença é endêmica em quase todos os países tropicais e subtropicais, com maiores incidências registradas na Ásia, na América Central e na América do Sul. Infecções pelo vírus dengue (DENV) podem ocorrer associadas à meningite asséptica, à encefalite, à mielite e à polirradiculoneurite (CAROD-ARTAL et al., 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a presença de manifestações neurológicas como forma grave da doença, desde a nova classificação de dengue de 2009. Diante de um surto de encefalomielite relacionada à dengue ocorrido no estado de Rondônia em 2005, o Ministério da Saúde emitiu uma nota técnica que alertou para a possibilidade de complicações neurológicas da infecção por Dengue (BRASIL, 2005). A partir de então, as manifestações neurológicas foram incluídas na definição de caso de “dengue com complicação” no Brasil mesmo antes da mudança proposta

¹ Vírus passíveis de transmissão inter-humana através da picada de artrópodes.

pela OMS. Um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, entre 2006 e 2008, mostrou que a infecção por DENV foi responsável por quase 50% das internações por meningoencefalite no período (SOARES et al., 2011).

Surtos de febre **chikungunya** ocorreram remotamente na África, na Ásia, na Europa, em ilhas dos oceanos Índico e Pacífico e, mais recentemente, nas Américas. Em adição à poliartralgia aguda febril e à artrite prolongada, a infecção pelo vírus chikungunya (CHIKV) pode evoluir com complicações neurológicas graves, como paralisia flácida aguda e paralisia de nervos cranianos (GERARDIN et al., 2016; TOURNEBIZE; CHARLIN; LAGRANGE, 2009). O CHIKV foi detectado pela primeira vez no Brasil em 2014, nos estados do Amapá e da Bahia, e a partir de então se espalhou para outras regiões do País. Alguns casos notificados de óbito por chikungunya tiveram doença neuroinvasiva (meningoencefalite) (BRASIL, 2015a).

A infecção pelo vírus **Zika** também tem sido relacionada à ocorrência de manifestações neurológicas. Durante um surto de Zika ocorrido na Micronésia, em 2007, foram diagnosticados 40 casos de SGB. Situação semelhante foi identificada na Polinésia Francesa, em 2013, e mais recentemente no Brasil, em 2015 (BRASIL, 2005; SOARES et al., 2011). No início de 2017, a OMS declarou definitivamente a existência de relação causal entre ZIKV e síndrome de Guillain-Barré, baseando-se em uma revisão sistemática (KRAUER et al., 2017).

O espectro clínico das doenças neuroinvasivas por arbovírus está descrito no Anexo A.

2

Objetivos da Vigilância Sentinela

- Monitorar as tendências dos casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus e sua relação com os casos notificados de dengue, chikungunya e Zika.
- Detectar precocemente alteração no padrão de ocorrência de casos de doenças neuroinvasivas – encefalite viral aguda (A86), mielite transversa viral aguda (G05.1), encefalomielite disseminada aguda (G05.8) e síndrome de Guillain-Barré (G61.0).
- Identificar os possíveis agentes envolvidos nos casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus, com foco principal nos vírus DENV, CHIKV, ZIKV.
- Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de doenças neuroinvasivas por arbovírus.
- Detectar a introdução, a disseminação ou a reemergência de outros arbovírus neurotrópicos.
- Fornecer indicadores epidemiológicos que apoiem a definição de grupos e áreas prioritárias de intervenção e a organização dos serviços de saúde.

3

Critérios de Seleção da Unidade Sentinela

As secretarias estaduais e municipais de saúde devem selecionar em conjunto as unidades sentinelas do estado. Em razão das particularidades dos casos, recomenda-se selecionar um ou mais serviços hospitalares com as seguintes características:

- Referência em atendimento neurológico, com serviço de pronto atendimento (urgência) e disponibilidade de interconsulta com infectologista.
- Preferencialmente, com Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) ativo, com capacidade técnica para realizar:
 - ▶ i) busca ativa de casos;
 - ▶ ii) notificação e investigação de casos suspeitos, acompanhamento e encerramento dos casos;
 - ▶ iii) análise e divulgação dos dados;
- Estrutura mínima para coletar e armazenar as amostras biológicas preconizadas de maneira adequada.
- Logística para realização dos exames essenciais, tais como: tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroneuromiografia, eletroencefalograma e análise do líquido.
- Disponibilidade de recursos terapêuticos essenciais para manejo de pacientes com encefalite, mielite, encefalomielite e SGB.

A vigilância será ativa do tipo sentinela para as doenças neuroinvasivas, conforme Classificação Internacional de Doenças – CID 10: encefalite viral aguda (A86), mielite transversa viral aguda (G05.1), encefalomielite disseminada aguda (G05.8) e síndrome de Guillain-Barré (G61.0). Esse monitoramento vai ocorrer de maneira contínua, nas unidades de saúde selecionadas e habilitadas.

4

Definições de Caso

A vigilância sentinela adotará as seguintes definições de caso:

Caso SUSPEITO de arbovirose neuroinvasiva: casos agudos de encefalite, mielite, encefalomielite, polirradiculoneurite (síndrome de Guillain-Barré) ou de outras síndromes neurológicas centrais ou periféricas² diagnosticadas³ por médico especialista⁴, na AUSÊNCIA de explicação clínica mais provável⁵.

Caso PROVÁVEL de arbovirose neuroinvasiva: caso suspeito que apresente anticorpos da classe IgM para arbovírus na primeira amostra de soro, através da metodologia ELISA.

Caso CONFIRMADO de arbovirose neuroinvasiva: caso suspeito que preencha um ou mais dos critérios a seguir:

- Detecção viral por isolamento ou reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) em tecidos, sangue, líquido ou outros líquidos corporais.
- Detecção de aumento de pelo menos quatro vezes nos títulos de anticorpos específicos da classe IgG entre amostras pareadas de soro, colhidas com intervalo de 10 a 21 dias, através de métodos quantitativos ou semiquantitativos (ELISA ou inibição da hemaglutinação).
- Detecção de anticorpos da classe IgM (ELISA) no líquido.
- Detecção de conversão sorológica para IgM (ELISA) entre amostras pareadas de soro (não reagente no soro de fase aguda e reagente no soro de fase de convalescença).
- Imuno-histoquímica positiva.

² Neurite óptica, miosite, meningoencefalite, síndromes de nervos cranianos etc.

³ Verificar níveis de certeza diagnóstica (Anexo D).

⁴ Neurologista, neuropediatra ou infectologista.

⁵ Infecções bacterianas, fúngicas ou parasitárias, doenças desmielinizantes, vasculites sistêmicas, intoxicações endógenas e exógenas etc.

Caso DESCARTADO de arbovirose neuroinvasiva: caso suspeito cuja evolução clínica ou exames diagnósticos mostraram outra explicação mais provável para o comprometimento neurológico OU cujos exames laboratoriais para arbovírus (dengue, chikungunya e Zika) tiveram resultados negativos⁶.

FIGURA 1 • FLUXOGRAMA COM INTERPRETAÇÃO DAS DEFINIÇÕES DE CASOS



Fonte: Reunião para proposta de aprimoramento da vigilância de doenças neuroinvasivas por arbovírus, Ministério da Saúde, março de 2016.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1. No momento da formulação deste protocolo, os enfoques principais são: dengue, Zika e chikungunya; entretanto, na dependência de condicionantes epidemiológicos locais/regionais e de elementos clínicos individuais, poderão ser acrescentadas pesquisas para outros arbovírus, mediante entendimento com o serviço de vigilância epidemiológica local e com o laboratório de referência.
2. Os exames laboratoriais recomendados neste protocolo têm como objetivo precípuo a investigação epidemiológica dos casos; outros exames com

⁶ Descarta-se a etiologia relacionada aos arbovírus e não a síndrome neurológica.

finalidade diagnóstica⁷ são fortemente recomendados, especialmente aqueles com importância terapêutica, que deverão ser realizados a partir das suspeitas etiológicas lançadas pela equipe assistente, de acordo com a disponibilidade local de recursos laboratoriais.

3. Anticorpos da classe IgM em soro podem permanecer circulantes por vários meses após a infecção; portanto, sua detecção pode ser apenas coincidente (e não causadora) da síndrome neurológica sob investigação, como resultado de infecção ocorrida meses antes, já resolvida.
4. Quando houver indicação médica para a coleta de líquido, deve-se encaminhar alíquota para diagnóstico de dengue, chikungunya e Zika ou outro arbovírus. Não se recomenda a realização de punção lombar com a finalidade exclusiva de investigação epidemiológica.

⁷ Pesquisa de herpes vírus e de vírus rábico, infecções bacterianas (incluindo as micobacterianas e treponêmicas), fúngicas, parasitárias ou priônicas, doenças autoimunes ou metabólicas, vasculites etc.

5

Fluxo de Laboratório e Diagnóstico Específico

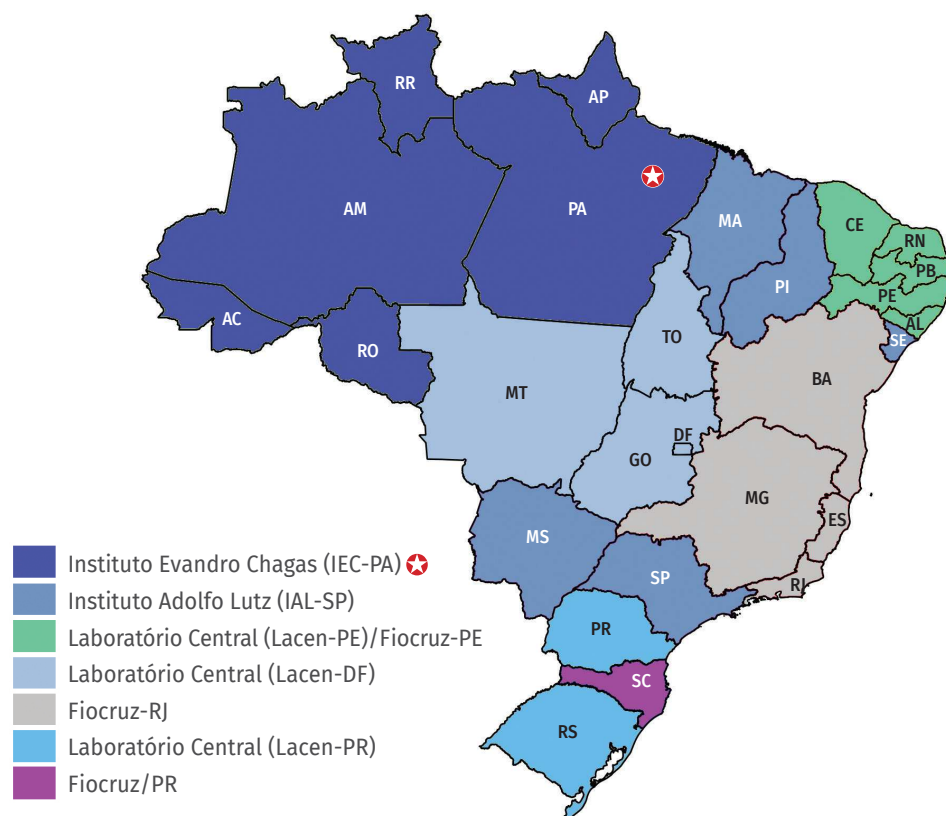
Um total de **10%** daqueles casos com histórico de exposição em áreas silvestres ou outras evidências clínicas-epidemiológicas E com resultados negativos para dengue, chikungunya e Zika deverão ter alíquotas de suas amostras clínicas encaminhadas para o Laboratório de Referência para realização de diagnóstico diferencial para outros arbovírus (febre amarela, vírus da encefalite de Saint Louis, febre do Nilo, Oropouche, vírus das encefalites equinas).

Para identificar os agentes etiológicos possivelmente relacionados a doenças neuroinvasivas devem ser coletadas amostras de todos os indivíduos que atenderem à definição de caso suspeito, preferencialmente antes da terapia com imunoglobulina ou plasmaférese, conforme orientações de coleta e armazenamento (Anexo B).

As amostras deverão ser processadas simultaneamente para **dengue, chikungunya e Zika** no Laboratório Central de Referência do estado (Lacen). Atualmente, estão disponíveis sorologia e biologia molecular (RT-PCR), conforme tabela do Anexo D. Apenas os estados em que o Lacen não possui rotina de exame implantada deverão encaminhar amostras para o laboratório de referência estabelecido para sua rede.

Conforme indicação de ampliar o painel de testagem, as amostras negativas para dengue, chikungunya e Zika deverão ser encaminhadas para os Laboratórios de Referência Regional (LRR), conforme Figura 2.

FIGURA 2 • DISTRIBUIÇÃO DOS ESTADOS POR LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA REGIONAL PARA DIAGNÓSTICO DE DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA, BRASIL, 2017



Fonte: Portaria SVS nº 70, de 23 de dezembro de 2004. CGPNCMD/DEVIT/MS.

Nos laboratórios de referência regional podem ser realizados, métodos diagnósticos complementares como isolamento viral, sequenciamento genético e inibição da hemaglutinação (IH). O Instituto Evandro Chagas, no Pará (IEC-PA) é o Laboratório de Referência Nacional (LRN) e possui atribuição de dar suporte técnico a todos os laboratórios da rede nacional.

As amostras de pacientes que forem a óbito deverão ser encaminhadas conforme distribuição a seguir:

- **Instituto Evandro Chagas (IEC-PA):** Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Tocantins.
- **Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ):** Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro.

- **Instituto Adolfo Lutz (IAL-SP):** Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí, São Paulo, Sergipe.
- **Instituto Carlos Chagas (Fiocruz-PR):** Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul.

Manejo laboratorial das amostras colhidas

Soro – 1ª amostra (fase aguda)

- ELISA-IgG/IgM para DENV, CHIKV e ZIKV
(independente do intervalo entre o início dos sintomas e a coleta)
- RT-PCR para DENV, CHIKV e ZIKV
(se amostra colhida até o quinto dia de início dos sintomas)

Soro – 2ª amostra (fase de convalescença)

- ELISA-IgG/IgM para DENV, CHIKV e ZIKV
(independente do intervalo entre o início dos sintomas e a coleta)

LCR (amostra única)

- ELISA-IgM para DENV, CHIKV e ZIKV
(independente do intervalo entre o início dos sintomas e a coleta)
- RT-PCR para DENV, CHIKV e ZIKV
(se amostra colhida até o 30º dia de início dos sintomas)

Urina

- RT-PCR para ZIKV
(se amostra colhida até o 15º dia de início dos sintomas)

P.S.: na situação em que não houver detecção de genoma viral nos líquidos analisados e que os exames para detecção de anticorpos permitirem preenchimento de critérios de caso provável ou confirmado para DENV e ZIKV **simultaneamente**, o caso será classificado como provável ou confirmado (respectivamente) para “flavivírus”.

6

Envio de Dados

O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) deverá, diariamente, realizar busca ativa de casos suspeitos na sua unidade de saúde a fim de identificar os casos. Os casos deverão ser notificados na ficha de notificação/investigação (Anexo C), utilizando como fonte de dados os prontuários, registros médicos, exames realizados e, se necessário, entrevistas com os casos, seus familiares e profissionais de saúde.

O envio da notificação dos casos será quinzenal, devendo a unidade de saúde proceder conforme o fluxo de informação estabelecido pelas vigilâncias epidemiológicas – municipal, regional/estadual, federal.

O NHE deverá digitalizar as fichas de notificação/investigação, no formato PDF, de cada caso separadamente, compactando os arquivos em uma pasta e enviar por *e-mail*, quinzenalmente, para a vigilância epidemiológica municipal, que enviará para a vigilância epidemiológica estadual, e esta será responsável para enviar o arquivo compactado para a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo *Aedes* (CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS). O endereço de contato da CGPNCMD é arboviroses.neuroinvasivas@saude.gov.br.

Na semana epidemiológica em que a unidade sentinela não identificar casos suspeitos, o NHE deverá realizar notificação negativa à vigilância epidemiológica municipal (modelo anexo). Seguindo o mesmo fluxo da notificação individual.

Os dados obtidos na investigação epidemiológica dos casos notificados devem ser analisados e monitorados sistematicamente para subsidiar a tomada de decisão para intervenção, planejamento e adequação da vigilância sentinela de doenças neuroinvasivas por arbovírus por todas as esferas do sistema – local, municipal, estadual e federal.

Neste caso, a CGPNCMD divulgará os resultados por meio de boletins epidemiológicos.

7

Etapas e Atribuições da Vigilância Sentinela das Doenças Neuroinvasivas por Arbovírus

As atividades previstas para cada serviço envolvido estão detalhadas a seguir.

7.1 Unidade Sentinela

Registro individual de casos de acordo com as definições preconizadas

1. Realizar diariamente busca ativa para identificar os casos internados que atendem à definição de casos suspeitos. A presença de deficiência motora aguda em <15 anos implica na notificação também de PFA.
2. Preencher a ficha de notificação individual (Anexo C).
3. Classificar o caso de acordo com os critérios de diagnósticos e níveis de certeza do diagnóstico das síndromes neurológicas (Anexo D).
4. Proceder a coleta de amostra de acordo com a definição de caso por equipe capacitada.
5. Acondicionar a amostra para o transporte e enviar ao laboratório de referência, com a ficha individual do paciente, cadastra a amostra no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL).
6. Digitalizar os dados da ficha individual de notificação/investigação e encaminhar via *e-mail*, conforme recomendado neste protocolo. O envio de dados deverá ser quinzenalmente, as segundas-feiras (semanas epidemiológicas pares), estabelecendo uma rotina padronizada para todos os estados.
7. Revisar os prontuários dos casos para identificar outros dados importantes (resultado laboratorial, tratamento, alta, óbito, transferência de leito ou hospital e outros) e acompanhar a evolução, para encerramento.
8. Aguardar os resultados laboratoriais e acrescentar na ficha de notificação/investigação. A ficha deve ser **enviada novamente** para as vigilâncias epidemiológicas das esferas municipal, estadual e federal, logo que concluído o caso.

7.2 Laboratório Central de Saúde Pública

Priorizar o processamento das amostras (IgM/IgG-Elisa e PCR para dengue, chikungunya e Zika em soro, urina⁸ e líquido) provenientes das unidades sentinelas. Enviar semanalmente uma cópia com os resultados para as unidades sentinelas e vigilância epidemiológica, e mensalmente para a CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS (Anexo E).

7.3 Laboratórios de Referência Nacional

Priorizar o processamento das amostras provenientes das unidades sentinelas, especialmente dos casos que evoluírem para óbito (Anexo F).

7.4 Vigilância Estadual, Vigilância Municipal e Ministério da Saúde

Consolidar os dados e realizar as análises mensalmente, e a divulgação dos resultados por meio de boletins epidemiológicos.

⁸ Zika.

8

Indicadores de Qualidade da Vigilância Sentinela

Propõe-se a realização do monitoramento sistemático e contínuo da qualidade dos dados do sistema de vigilância sentinela de casos das arboviroses neuroinvasivas, com vistas a acompanhar sua progressão, identificar problemas, formular soluções e planejar intervenções. Os indicadores mínimos utilizados serão:

QUADRO 1 • INDICADORES OPERACIONAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DA VIGILÂNCIA SENTINELA

Indicador operacional	Método de cálculo	Meta
Envio quinzenal de informações dos casos notificados (ou semana negativa) no sistema de informação específico	Método de cálculo: $\text{nº de semanas com informação} / (\text{nº de semanas} / 2) \times 100$	Regularidade de no mínimo 90% (noventa por cento) das semanas epidemiológicas “pares” do ano
Oportunidade de encerramento dos casos	Número de casos suspeitos encerrados dentro de até 60 dias após a data de notificação/nº de casos notificados $\times 100$	90% (noventa por cento) dos casos encerrados oportunamente
Proporção de casos com critério laboratorial de confirmação	Número de casos encerrados por critério laboratorial específico/número de casos encerrados $\times 100$	Espécimes coletados e enviados para análise laboratorial, com uma regularidade de no mínimo 80% (oitenta por cento) dos casos
Proporção de relatórios trimestrais (padronizado) de supervisão enviados	Número de relatórios trimestrais de supervisão por unidade sentinela/nº de unidades sentinelas $\times 100$	Relatório enviado por trimestre encaminhados à esfera federal, com regularidade de um relatório por trimestre, após supervisão do estado e do município nas unidades sentinelas de sua área de abrangência

continua

conclusão

Indicador epidemiológico	Método de cálculo	Meta
Taxa de incidência de doenças neuroinvasivas por arbovírus	Número de casos confirmados de doenças neuroinvasivas por arbovírus/população residente x 100.000	Não se aplica
Número de óbitos por doenças neuroinvasivas por arbovírus	Número absoluto de óbitos por doenças neuroinvasivas por arbovírus	Não se aplica

Fonte: CGPNCMD/DEVIT/MS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue. **Nota Técnica nº 191/2015**. Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica**: surto de encéfalo-mielite aguda associada à infecção pelo vírus da dengue em municípios do Estado de Rondônia. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância dos casos de manifestações neurológicas com histórico de infecção viral prévia**. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/05/Protocolo-de-vigilancia-de-manifestacoes-neurologicas.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

CAROD-ARTAL, F. J. et al. Neurological complications of dengue virus infection. **Lancet Neurology**, [S.l.], v. 12, n. 9, p. 906-919, Sept. 2013. DOI: 10.1016/S1474-4422(13)70150-9.

GERARDIN, P. et al. Chikungunya virus associated encephalitis: A cohort study on La Reunion Island, 2005-2009. **Neurology**, [S.l.], v. 86, n. 1, p. 94-102, 2016. PubMed PMID: 26609145.

KRAUER, F. et al. Zika Virus infection as a cause of congenital brain abnormalities and Guillain-Barre syndrome: systematic review. **PLoS Medicine**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. e1002203, Jan. 2017. PubMed PMID: 28045901.

MALTA, J. M. A. S. et al. Guillain-Barré syndrome and other neurological manifestations possibly related to Zika virus infection in municipalities from Bahia, Brazil, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], Brasília, v. 26, n. 1, p. 9-18, 2017. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100002>.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Tool for the diagnosis and care of patients with suspected arboviral diseases**. Washington, D.C.: PAHO, 2017.

PETERSEN, L. R. et al. Zika Virus. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 374, p. 1552-1563, 2016.

SOARES, C. N. et al. Review of etiologies of viral meningitis and encephalitis in a dengue endemic region. **Boletim Neuro Atual**, [S.l.], v. 3, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://familiabrasil.org/revista/ojs-2.2.3/index.php/ENeuroatual/article/view/130/305>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

TOURNEBIZE, P.; CHARLIN, C.; LAGRANGE, M. [Neurological manifestations in Chikungunya: about 23 cases collected in Reunion Island]. **Revue neurologique**, [S.l.], v. 165, n. 1, p. 48-51, Jan. 2009. PubMed PMID: 18835614.

WILDER-SMITH, A. et al. Epidemic arboviral diseases: priorities for research and public health. **Lancet Infectious diseases**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. e101-e106, March 2017. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30518-7. Epub 2016 Dec 21.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue**: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control: new edition. Geneva: WHO, 2009. 160 p.



Anexos

Anexo A

Espectro Clínico das Arboviroses Neuroinvasivas

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) define como principais manifestações neurológicas de infecção por arbovírus: **meningite** (asséptica), **encefalite** e paralisia flácida aguda (**mielite** ou **polirradiculoneurite**). Entretanto, são admitidas como possíveis manifestações outras síndromes caracterizadas por sinais de disfunção neurológica central ou periférica, como: neurite óptica, síndromes de nervos cranianos, mononeurite múltipla. Admite-se também a ocorrência de quadros mistos, como: **meningoencefalite**, **encefalomielite** e **meningomielite**, **mielorradiculite**. Febre, *rash* cutâneo, hiperemia conjuntival, artralgia/artite ou mialgia fortalecem a suspeita clínica, mas a ausência destas manifestações não exclui a possibilidade de arbovirose neuroinvasiva. Entretanto, é essencial que não haja explicação clínica mais provável para o comprometimento neurológico, no momento da suspeita clínica ou durante a evolução do caso (CDC, 2017)¹.

As **meningites** já contam com protocolo próprio de vigilância, com fluxos laboratoriais estabelecidos pelo *Guia de Vigilância em Saúde*.

Encefalite é um processo inflamatório do parênquima encefálico (cérebro, tronco cerebral e cerebelo) associado a evidências clínicas de disfunção neurológica focal ou difusa. Alguns estudos realizados em populações limitadas mostraram incidência anual variando de 1-13 casos/100.000 habitantes. A maioria dos patógenos implicados na gênese das encefalites é constituída por vírus, destacando-se: herpes vírus, enterovírus e arbovírus (BRASIL, 2016)². Atualmente, as arboviroses encefalitogênicas de maior importância clínica e epidemiológica são: dengue, febre do Nilo Ocidental, encefalite venezuelana, encefalite equina do leste, encefalite equina do oeste, encefalite japonesa e encefalite de Saint Louis (VASCONCELOS P. F. C. et al., 2009)³. Vale salientar que infecções sintomáticas pelos vírus Ilhéus e Oropouche foram registradas na região Norte, vírus da encefalite de

¹ CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. **Arboviral diseases, neuroinvasive and non-neuroinvasive 2015 case definition**. 2015. Disponível em: <<https://wwwn.cdc.gov/nndss/conditions/arboviral-diseases-neuroinvasive-and-non-neuroinvasive/case-definition/2015/>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

² BRASIL. Ministério da Saúde. Outras Meningites. In: _____. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2016. cap. 1, p. 8-51.

³ VASCONCELOS, P. F. C. et al. Arboviroses. In: FOCACCIA, R. (Ed.). **Veronesi: tratado de infectologia**. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. cap. 9, p. 339-352.

Saint Louis e vírus Rocio no estado de São Paulo e de vírus do Nilo Ocidental no estado do Piauí (TADEU L. et al., 2017; LUIS M. et al., 2004; VIEIRA M. A. C., 2015)^{4,5,6}. Evidências recentes apontam também algum papel para os vírus Zika e chikungunya na gênese de meningoencefalites e outras síndromes neurológicas (GERARDIN P. et al., 2009; TOURNEBIZE P. et al., 2009; MUNOZ L.S. et al., 2016)^{7,8,9}.

Com menor frequência, agentes de natureza distinta dos vírus também podem causar encefalite, como: **bactérias** (*Mycobacterium tuberculosis*, *Listeria monocytogenes*, *Salmonella typhi*, *Borrelia burgdorferi*, *Treponema pallidum*, *Brucella melitensis*, *Leptospira interrogans*), **fungos** (*Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*) e **parasitas** (*Toxoplasma gondii*, *Cysticercus cellulosae*, *Naegleria fowleri*, *Plasmodium falciparum*, *Trypanosoma cruzi*) (SOLOMON T. et al., 2007)¹⁰. Encefalite também pode ocorrer como fenômeno autoimune consequente a imunizações ou infecções prévias e recentes, em decorrência de síndromes paraneoplásicas ou associada a anticorpos contra canais iônicos ou receptores de membrana celular neuronal (anti-NMDA, anti-VGKC) (THOMAS L. et al., 2013)¹¹. O diagnóstico complementar das encefalites baseia-se em exames de imagem (tomografia computadorizada ou, preferencialmente, ressonância magnética), nos eletrofisiológicos (eletroencefalograma) e na análise do líquido (VENKATESAN A. et al., 2013)¹².

⁴ TADEU, L.; FIGUEIREDO, M. Emergent arboviruses in Brazil arboviroses emergentes no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [S.l.], v. 40, n. 2, p. 224-229, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n2/a16v40n2.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

⁵ LUIS, M. et al. Review on Infections of the Central Nervous System by St. Louis Encephalitis, Rocio and West Nile Flaviviruses in Brazil, 2004-2014. **Advances in Microbiology**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 955-961, 2004. Disponível em: <<http://www.scirp.org/journal/aim>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

⁶ VIEIRA, M. A. C. S. et al. Case Report: West Nile Virus Encephalitis: The First Human Case Recorded in Brazil. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, [S.l.], v. 93, n. 2, p. 377-379, 2015. Disponível em: <<http://www.ajtmh.org/docserver/fulltext/14761645/93/2/377.pdf?expires=1502215007&id=id&accname=guest&checksum=44C7E64550217DA682E926B6C705B22E>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

⁷ GERARDIN, P. et al. Chikungunya virus-associated encephalitis: A cohort study on La Reunion Island, 2005-2009. **Neurology**, [S.l.], v. 86, n. 1, p. 94-102, Jan. 2016. PubMed PMID: 26609145.

⁸ TOURNEBIZE, P.; CHARLIN, C.; LAGRANGE, M. [Neurological manifestations in Chikungunya: about 23 cases collected in Reunion Island]. **Revue neurologique**, [S.l.], v. 165, n. 1, p. 48-51, Jan. 2009. PubMed PMID: 18835614.

⁹ MUNOZ, L. S.; BARRERAS, P.; PARDO, C. A. Zika Virus-Associated Neurological Disease in the Adult: Guillain- Barre Syndrome, Encephalitis, and Myelitis. **Seminars in reproductive medicine**, [S.l.], v. 34, n. 5, p. 273-279, Sep. 2016. PubMed PMID: 27612158.

¹⁰ SOLOMON, T.; HART, I. J.; BEECHING, N. J. Viral encephalitis: a clinician's guide Virions of herpes simplex virus within the neuron, from a patient who died of herpes simplex encephalitis. **Practical Neurology**, [S.l.], v. 7, p. 288-305, 2007. Disponível em: <<http://pn.bmj.com/content/7/5/288.full>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

¹¹ THOMAS, L. et al. Autoimmune N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis is a differential diagnosis of infectious encephalitis. **Journal of Infection**, [S.l.], v. 68, n. 5, p. 419-425, May 2014.

¹² VENKATESAN, A. et al. Case Definitions, Diagnostic Algorithms, and Priorities in Encephalitis: Consensus Statement of the International Encephalitis Consortium. **Clinical Infectious Diseases**, [S.l.], v. 57, n. 8, p. 1114-1128, 2013.

A síndrome de **paralisia flácida aguda** (PFA) é definida por fraqueza da musculatura de um ou mais membros, da musculatura respiratória ou da musculatura bulbar, decorrente de comprometimento do neurônio motor inferior. Clinicamente, manifesta-se por deficiência motora de rápida instalação, acompanhada por hipotonia (flacidez) e arreflexia miotática, de forma simétrica ou assimétrica (MARX A, et al., 2000)¹³. Trata-se de manifestação clínica caracterizada por fraqueza ou paralisia e por redução do tônus muscular sem outra causa óbvia. A causa de paralisia flácida com maior importância epidemiológica é a poliomielite (ALBERTA, 2011)¹⁴.

No Brasil, todos os casos de PFA em menores de 15 anos devem ser notificados e investigados por meio da pesquisa de enterovírus nas fezes, como estratégia da vigilância mundial da **poliomielite** (BRASIL, 2016)¹⁵. O presente protocolo não interferirá neste procedimento, mas apenas acrescentará a pesquisa de arbovírus em amostras biológicas de pacientes *de qualquer idade* atendidos nas unidades sentinelas.

Nos países onde o poliovírus selvagem foi erradicado, a **síndrome de Guillain-Barré** (SGB) é a causa mais comum de PFA (MARX A, et al., 2000)¹⁶. Em países industrializados, mais da metade dos casos de PFA correspondem à SGB, com incidência anual de 1-2 casos/100.000 habitantes. A doença tipicamente surge de alguns dias a algumas semanas após doença febril aguda e apresenta-se por dor lombar (radicular) e fraqueza flácida ascendente (geralmente simétrica), acompanhada ou não por déficit sensorial, com platô atingido em até quatro semanas de evolução. A fisiopatogênese da doença ocorre por ataque autoimune à bainha de mielina das raízes e nervos periféricos – especialmente de fibras motoras, mas também, em menor escala, de fibras sensoriais ou autonômicas, por mecanismo de “mimetismo molecular”. Cerca de dois terços dos pacientes com SGB relatam antecedente de infecção de vias aéreas superiores ou do trato gastrointestinal, vacinação ou cirurgia. Portanto, quando surgem as manifestações neurológicas da SGB, geralmente os sintomas e sinais da infecção aguda precedente já desapareceram e não há mais possibilidade de detecção direta do agente infeccioso deflagrador por isolamento, cultura ou PCR, restando as tentativas de diagnóstico etiológico por intermédio de métodos sorológicos. Os principais agentes infecciosos deflagradores de SGB identificados em estudos internacionais (através de métodos sorológicos) são: *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, citomegalovírus e vírus Epstein-Barr (VAN DOORN PA, et al., 2008)¹⁷. Entretanto, uma das razões da implantação do presente

¹³ MARX, A.; GLASS, J. D.; SUTTER, R. W. Differential Diagnosis of Acute Flaccid Paralysis and its Role in Poliomyelitis Surveillance. **Epidemiologic reviews**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 298-316, 2000.

¹⁴ ALBERTA (Canadá). Health and Wellness Public Health Notifiable Disease Management Guidelines. **Acute Flaccid Paralysis (AFP)**. 2011. Revision Dates Case Definition Clinical Case. Disponível em: <<https://open.alberta.ca/dataset/32b7b6eb-721c-4b59-9b43-2d56dac344e0/resource/5a07b631-069f-4401-9905-46e306ace3ae/download/Guidelines-Acute-Flaccid-Paralysis-AFP-2011.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2017.

¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Outras Meningites. In: _____. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2016. cap. 1, p. 8-51.

¹⁶ MARX, A.; GLASS, J. D.; SUTTER, R. W. Differential Diagnosis of Acute Flaccid Paralysis and its Role in Poliomyelitis Surveillance. **Epidemiologic reviews**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 298-316, 2000.

¹⁷ VAN DOORN, P. A.; RUTS, L.; JACOBS, B. C. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. **Lancet Neurology**, [S.l.], v. 7, n. 10, p. 939-950, Oct. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18848313>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

protocolo é a suspeição de que, em países tropicais, as arboviroses ocupam posição de destaque entre as infecções precedentes aos casos de SGB neles registrados.

O diagnóstico clínico de SGB pode ser ratificado por critérios laboratoriais, eletrofisiológicos e (raramente) radiológicos. Comumente, a partir da segunda semana de sintomas neurológicos o líquido mostra a clássica “**dissociação proteíno-citológica**” – em que se verifica hiperproteinorraquia na ausência de pleocitose líquórica. O exame eletroneuromiográfico pode mostrar sinais eletrofisiológicos de **desmielinização periférica** (nas formas clássicas) e pode auxiliar na exclusão de diagnósticos alternativos (miopatia, miastenia grave etc.). O exame de ressonância magnética pode mostrar **realce de raízes espinhais** pelo meio de contraste eletromagnético, mas é uma técnica raramente utilizada com esta finalidade diagnóstica em nosso meio (VAN DOORN PA, et al., 2008)¹⁸.

O comprometimento inflamatório/infeccioso da ponta anterior da medula espinhal presente nas **mielites** também é uma causa importante de PFA, por conta de sua gravidade clínica e do seu prognóstico de recuperação funcional reservado. A mielite transversa aguda (MTA) caracteriza-se pelo comprometimento de tratos longitudinais motores, sensoriais e autonômicos da medula espinhal, manifesto clinicamente por paraparesia ou tetraparesia (com flacidez e areflexia nas fases iniciais), disfunção esfinteriana e perda sensorial em nível (nível sensitivo). Existem formas parciais com diferentes combinações sintomáticas em distintas gravidades. As MTAs ocorrem em todo o mundo, com incidência anual estimada em 0,2 a 0,8 caso/100.000 habitantes. O diagnóstico clínico da afecção sedimenta-se através da verificação de alteração de sinal da medula espinhal acompanhada por realce pelo gadolínio ao exame de ressonância magnética e pela presença de pleocitose líquórica. Infecções por herpes vírus, enterovírus e flavivírus são consideradas as principais causas infecciosas das mielites, mas muitos casos são decorrentes de infecções bacterianas (*Borrelia burgdorferi*, tuberculose, sífilis), doenças desmielinizantes (esclerose múltipla), autoimunes ou vasculíticas daí a importância de se perfazer um diagnóstico diferencial amplo com vistas à intervenção terapêutica. A inflamação da medula espinhal pode ocorrer em função da ação patogênica direta de uma agente infeccioso sobre ela ou em decorrência de resposta autoimune do hospedeiro humano a uma infecção precedente/remota já resolvida ou que ocorrera de forma clinicamente silente (BEH SC, et al., 2013)¹⁹.

A sobreposição de manifestações clínicas ou radiológicas de encefalite e de mielite caracteriza a **encefalomielite disseminada aguda** (Adem), que geralmente ocorre secundariamente a imunizações ou a infecções prévias e recentes. Como nas mielites e encefalites, os exames de ressonância magnética, eletroencefalograma e líquido subsidiam o diagnóstico (SOLOMON T, et al., 2007)²⁰.

¹⁸ VAN DOORN, P. A.; RUTS, L.; JACOBS, B. C. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. **Lancet Neurology**, [S.l.], v. 7, n. 10, p. 939-950, Oct. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18848313>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

¹⁹ BEH, S. C. et al. Transverse Myelitis. **Neurologic Clinics**, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 79-138. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23186897>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

²⁰ SOLOMON, T.; HART, I. J.; BEECHING, N. J. Viral encephalitis: a clinician's guide. Virions of herpes simplex virus within the neuron, from a patient who died of herpes simplex encephalitis. **Practical Neurology**, [S.l.], v. 7, p. 288-305, 2007. Disponível em: <<http://pn.bmj.com/content/7/5/288.full>>. Acesso em: 8 ago. 2017.

Anexo B

Coleta, armazenamento e transporte de amostras de pacientes com manifestações neurológicas

Método Diagnóstico	Amostra Biológica	Procedimento de Coleta	Armazenamento/Conservação	Acondicionamento/ Transporte
Sorologia IgM (ELISA)	Soro	Coletar 10 ml de sangue total em tubo separador de soro (sem anticoagulante), a partir do 1º dia após início dos sintomas neurológicos (fase aguda); repousar por 30 min para coagulação; centrifugar para separar o soro. Após um intervalo de no mínimo 10 dias, deverá ser coletada uma segunda amostra (fase de convalescença) seguindo os mesmos procedimentos.	Armazenamento em tubo plástico estéril sem anticoagulante ou aditivos. Até 2 semanas devem ser refrigeradas 2-8°C. Acima de 2 semanas devem ser congeladas a -20°C ou -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (categoria B UN/3373) com gelo reciclável ou seco, dependendo do período de conservação.
	Líquor	Coletar até 3 ml de líquido em tubo criogênico com identificação da amostra (polipropileno, tampa de rosca, estéril).		
Biologia Molecular (RT-qPCR)	Soro	Coletar 10 ml de sangue total em tubo separador de soro (sem anticoagulante), até o 5º dia após início dos sintomas; repousar por 30min para coagulação; centrifugar para separar o soro.	Tubo plástico, com tampa de rosca e anel de vedação. Até 2 semanas devem ser refrigeradas 2-8°C. Acima de 2 semanas devem ser congeladas a -20°C ou -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (categoria B UN/3373) com gelo seco.
	Líquor	Coleta até 3 ml de líquido em tubo criogênico com identificação da amostra (polipropileno, tampa de rosca, estéril).		
	Urina	Coletar 10 ml de urina em tubo estéril, até 14º dia após o início dos sintomas, preferencialmente; centrifugar, desprezar o precipitado e separar o sobrenadante em tubo plástico, com tampa de rosca e anel de vedação.	Rotular os tubos com o nome do paciente, data de coleta e tipo de víscera. Conservar em <i>freezer</i> a -20°C ou -70°C até o envio para o laboratório.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (categoria B UN/3373) com gelo seco.
	Vísceras (cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço)	Priorizar coleta das bordas ou região lesionada de cada víscera, no tamanho mínimo de 1 cm³, por víscera, utilizando tubo plástico estéril, sem conservantes (a fresco) , com tampa de rosca e anel de vedação, para cada víscera.		
Histopatológico e Imuno-histo-química	Vísceras (cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço)	Priorizar coleta das bordas ou região lesionada de cada víscera, no tamanho mínimo de 1 cm³, por víscera, utilizando tubo plástico estéril, com Formalina Tamponada a 10% , com tampa de rosca e anel de vedação, para cada víscera.	Rotular com o nome do paciente, data da coleta e tipo de amostra. Conservar em temperatura ambiente.	Acondicionar em caixa de transporte de amostra biológica (categoria B UN/3373), SEM GELO .

Anexo C

Ficha de Notificação/Investigação

ENCEFALITE VIRAL AGUDA*: paciente hospitalizado com alteração do estado mental (sonolência, letargia, torpor, mudança no comportamento ou na personalidade) ou ataxia sem causa definida e com duração > 24h, acompanhada por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, crise epiléptica, sinais neurológicos focais, pleocitose líquórica, alterações radiológicas sugestivas de encefalite, alterações eletroencefalográficas consistentes com encefalite e não atribuíveis a outra causa

MIELITE TRANSVERSA VIRAL AGUDA*: paciente com déficit motor, sensorial ou autonômico agudo atribuível à medula espinal (incluindo-se fraqueza com padrão de neurônio motor superior e/ou inferior, nível sensitivo, comprometimento esfíncteriano ou disfunção erétil) acompanhado por pelo menos dois dos seguintes critérios: febre, pleocitose líquórica, exame de imagem evidenciando inflamação ou desmielinização da medula espinal, com ou sem envolvimento meníngeo associado.

ENCEFALOMIELITE DISSEMINADA AGUDA*: paciente com curso monofásico de alterações neurológicas focais ou multifocais agudas, incluindo-se um ou mais dos seguintes critérios: encefalopatia, alterações de funções corticais, comprometimento de nervos cranianos, defeito nos campos visuais, presença de reflexos primitivos, fraqueza muscular (focal ou difusa), anormalidades sensoriais, hiporreflexia ou hiperreflexia miotática, sinais cerebelares.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ*: paciente com fraqueza bilateral e relativamente simétrica dos membros de início agudo, com ou sem comprometimento respiratório ou fraqueza de músculos inervados por nervos cranianos, além de: reflexos miotáticos reduzidos ou ausentes pelo menos nos membros acometidos e curso monofásico, com nadir entre 12h e 28 dias, seguido por platô e melhora subsequente, ou óbito.

OUTRAS: neurite óptica, miosite, meningoencefalite ou síndrome de nervos cranianos.

*A presença de deficiência motora aguda em < 15 anos implica na notificação também de PFA.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> 1 - Negativa <input type="checkbox"/> 2 - Individual		2 Agravado/doença 1-Encefalite viral aguda [A86] - 2-Mielite transversa viral aguda [G05.1] 3-Encefalite disseminada aguda [G05.8] - 4-Síndrome de Guillain-Barré [G61.0] 5-Outras		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Data dos Primeiros Sintomas		7 Serviço de vigilância sentinela (hospital)		CNES	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica					
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	22 Número
	23 CEP		24 Complemento (apto., casa, ...)		25 Geo campo 1	
	26 (DDD) Telefone		27 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	28 País (se residente fora do Brasil)		
Investigação	Dados da investigação epidemiológica / clínicos e laboratoriais					
	29 Data da Investigação		30 Ocupação			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Viagrou nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		32 Caso afirmativo, data de ida		33 Caso afirmativo, data de volta	
	34 País destino da viagem		35 UF (se Brasil)	36 Município (se Brasil)		Código (IBGE)
	37 Vacinado contra: <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Febre Amarela		1-Sim 2-Não 9-Ignorado Data: ____/____/____ Data: ____/____/____		38 Caso afirmativo, data	
	39 Teve diagnóstico laboratorial nos últimos 60 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Outras arboviroses: _____ <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Febre amarela <input type="checkbox"/> Outras doenças: _____					
	40 Manifestações sistêmicas: Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____					
	41 Sinais e sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Linfadenopatia <input type="checkbox"/> Dor abdominal <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival <input type="checkbox"/> Prostração <input type="checkbox"/> Outras: _____					

42 Manifestações neurológicas: Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____

43 Sinais e sintomas 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

<input type="checkbox"/> Sonolência	<input type="checkbox"/> Ataxia	<input type="checkbox"/> Disfonia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros inferiores	<input type="checkbox"/> Simetria dos sintomas
<input type="checkbox"/> Confusão mental	<input type="checkbox"/> Visão dupla	<input type="checkbox"/> Tremores	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Ascendente
<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Fraqueza facial	<input type="checkbox"/> Fraqueza cervical	<input type="checkbox"/> Arreflexia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente
<input type="checkbox"/> Crise epiléptica	<input type="checkbox"/> Disfagia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em membros superiores	<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Déficit sensorial

44 Realizou transfusão sanguínea nos últimos 15 dias? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐

45 Data da transfusão ____/____/____

46 UF **47** Município do Hospital onde realizou a transfusão **Código (IBGE)** **48** Nome do Hospital onde realizou transfusão

49 Histórico de exposição / antecedentes patológicos 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

<input type="checkbox"/> Exposição a mata fechada	<input type="checkbox"/> Exposição a equídeos	<input type="checkbox"/> Imunização nos últimos 60 dias*
<input type="checkbox"/> Exposição a mosquitos	<input type="checkbox"/> Passado de câncer	* Data: ____/____/____
<input type="checkbox"/> Exposição a carrapatos	<input type="checkbox"/> Casos semelhantes na família ou na vizinhança	* Tipo: _____
		* Descrever: _____

50 Fez uso de imunoglobulina? 1-Sim 2-Não 3-Não se aplica ☐

51 Data do início do uso da imunoglobulina ____/____/____

52 Registrar o 1º Hemograma

Hto ____%	Hb ____g/dl	Leucócitos ____mm ³
Neutrófilos ____%	Linfócitos ____%	Plaquetas ____mm ³

53 Data do Hemograma ____/____/____

54 Punção lombar ☐ **55** Data da punção ____/____/____ **56** Aspecto do líquido

1-Sim 2-Não 9-Ignorado	1-Limpido 2-Purulento 3-Hemorragico
	4-Turvo 5-Xantocrômico 6-Outro 9-Ignorado

57 Citobioquímica (Resultado LCR)

Hemácias ____mm ³	Leucócitos ____mm ³	Neutrófilos ____%	Glicose ____mg/dl	Proteínas ____mg/dl
------------------------------	--------------------------------	-------------------	-------------------	---------------------

58 Amostras / resultados de exames para diagnóstico etiológico

Exames laboratoriais:					
Agente*	Amostras*	Data da coleta	Sorologia*	PCR*	Outra técnica*
[] Zika	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		
	[] outra		[] IgM [] IgG		
[] Dengue	[] urina		[] IgM [] IgG		
	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		
[] Chikungunya	[] outra		[] IgM [] IgG		
	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		
[] Outros - especificar:	[] outra		[] IgM [] IgG		
	[] soro		[] IgM [] IgG		
	[] líquido		[] IgM [] IgG		

A - [1] Realizado
[2] Não realizado
[9] Ignorado

B - [1] Reagente
[2] Não reagente
[3] Inconclusivo
[9] Ignorado

C - [1] Detectável
[2] Não detectável
[3] Inconclusivo
[9] Ignorado

*Nome da técnica e resultado

59 Data da internação ____/____/____ **60** Classificação final 1-Provável 2-Confirmado 3-Descartado 4-Indeterminado 9-Ignorado ☐

61 Se confirmado 1-Nível I 2-Nível II 3-Nível III ☐ **62** Diagnóstico etiológico 1-Dengue 2-Zika 3-Chikungunya 4-Infecção por flavivírus 5-Outros: _____ ☐

63 Avaliação do grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes, no momento da alta

0-Recuperação completa, sem sequelas

1-Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr

2-Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr

3-Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador

4-Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio)

5-Necessita de ventilação assistida

6-Óbito

64 Data do óbito ____/____/____

65 Data do encerramento ____/____/____

Observações Adicionais

Investigador

Responsável pela investigação _____ Função _____ Telefone _____

Manifestações neurológicas / Arboviroses Sinan Online SVS 11/09/2017

Anexo D

Critérios Diagnósticos e Níveis de Certeza Diagnóstica das Síndromes Neurológicas

A – Síndrome de Guillain-Barré [critérios de Brighton] (SEJVAR JJ, et al., 2011)

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4*	Nível 5
Ausência de um diagnóstico alternativo da fraqueza				Não atende à definição de caso
Manifestação aguda de fraqueza/paralisia flácida bilateral e relativamente simétrica dos membros com ou sem envolvimento dos músculos respiratórios ou inervados pelos nervos cranianos.				
Diminuição ou ausência de reflexos miotáticos ao menos nos membros afetados.				
Padrão de doença monofásica com nadir da fraqueza atingido entre 12 horas e 28 dias, seguido de platô clínico e melhoria ou óbito subsequente.				
Presença de dissociação albuminocitológica (elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal e contagem total de glóbulos brancos do LCR <50 células/mm³).	LCR com contagem total de glóbulos brancos <50 células/mm³ (com ou sem elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal).		*Ausência de informações nos prontuários para preencher os critérios mínimos de SGB	
Resultados eletrofisiológicos compatíveis com a SGB.	Resultados eletrofisiológicos compatíveis com a SGB, caso não haja coleta de LCR ou resultados indisponíveis.			

B – Encefalite [critérios de Venkatesan et al. simplificados]

Níveis 3 (possível) e 2 (provável)

Paciente hospitalizado com alteração do estado mental (definido como alteração do nível de consciência, mudanças no comportamento ou na personalidade) ou ataxia SEM CAUSA DEFINIDA, acompanhada por DOIS (Nível 3 – possível) ou MAIS (Nível 2 – provável) dos seguintes critérios:

- febre
- alterações neurológicas focais
- pleocitose líquórica
- alterações eletronefalográficas consistentes com encefalite
- alterações radiológicas consistentes com encefalite

Nível 1 (definido)

Nível 2 (provável) E pelo menos um dos seguintes critérios:

- histopatologia encefálica consistente com encefalite
- evidência microbiológica, sorológica, imunocitoquímica ou imuno-histo-química de infecção aguda do sistema nervoso central por microrganismo fortemente associado à encefalite em espécime clínico apropriado¹.

C – Mielite Transversa Aguda [adaptados dos critérios de Brighton]

Níveis 3 (possível) e 2 (provável)

Paciente com déficit motor, sensorial ou autonômico agudo atribuível à medula espinhal (incluindo-se fraqueza com padrão de neurônio motor superior ou inferior, nível sensitivo, comprometimento esfinteriano e disfunção erétil), acompanhada por DOIS (Nível 3 – possível) ou MAIS (Nível 2 – provável) dos seguintes critérios:

- febre
- pleocitose líquórica
- exame de imagem evidenciando inflamação ou desmielinização da medula espinhal, com ou sem envolvimento meníngeo associado

Nível 1 (definido)

¹ Geralmente Líquido cefalorraquidiano

Nível 2 (provável) E pelo menos um dos seguintes critérios:

- histopatologia medular consistente com mielite
- evidência microbiológica, sorológica, imunocitoquímica ou imuno-histo-química de infecção aguda do sistema nervoso central por microrganismo fortemente associado à mielite em espécime clínico apropriado².

D – Encefalomielite Disseminada Aguda [adaptados dos critérios de Brighton]

Nível 3 (possível)

- Paciente com alterações neurológicas focais ou multifocais agudas, incluindo-se um ou mais dos seguintes critérios: encefalopatia, alterações de funções corticais, comprometimento de nervos cranianos, defeitos nos campos visuais, presença de reflexos primitivos, fraqueza muscular (focal ou difusa), anormalidades sensoriais, hiporreflexia ou hiperreflexiamiotática, sinais cerebelares.

Nível 2 (provável)

- Nível 3 (possível) + exame de ressonância magnética mostrando lesões de substância branca multifocais ou difusas, hiperintensas em T2, FLAIR ou DWI, com ou sem realce por gadolínio.

Nível 1 (definido)

- Nível 2 (provável) + curso monofásico/regressivo e não recidivante **OU** demonstração histológica de áreas de desmielinização difusas ou multifocais em tecido encefálico ou medular.

² Geralmente líquido cefalorraquidiano.

Anexo E

Rede Nacional de Laboratório de Saúde Pública

Lacen	Endereço	Telefone	Dengue		Zika		Chikungunya	
			PCR	Soro/Elisa	PCR	Soro/Elisa	PCR	Soro/Elisa
AC	Av. Getúlio Vargas, Travessa do Hemoacre, s/n CEP: 69.900-614 Rio Branco/AC	(68) 3228-2720/5355 3224-5130 (Direção)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
AL	Av. Marechal Castelo Branco, 1.773, Jatiúca CEP: 57.036-340 Maceió/AL	(82) 3315-271/2717	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
AM	Rua Emílio Moreira, 510, Centro. CEP: 69.020-040 Manaus/AM	(92) 3182-8750/8764/8760/8753	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
AP	Rua Tancredo Neves, 1.118, São Lázaro. CEP: 68.908-530 Macapá/AP	(96) 3251-1233/3212-6165/6175/6169	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
BA	Rua Waldemar Falcão, 123, Brotas CEP: 40.295-001 Salvador/BA	(71) 3356-1414/2299	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
CE	Av. Barão de Studart, 2.405, Aldeota. CEP: 60.120-002 Fortaleza/CE	(85) 3101-1472 (Diretora)/1491	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
DF	SGAN Q. 601, lotes O e P. CEP: 70.830-010 Brasília/DF	(61) 3325-5288	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
ES	Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2.025, Bento Ferreira. CEP: 29.052-121, Vitória/ES	(27) 3325-8275/3382-5043	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
GO	Av. Contorno, 3.556, Jardim Bela Vista. CEP: 74.853-120 Goiânia/GO	(62) 3201-3888/3890	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
MA	Rua Afonso Pena, 198, Centro. CEP: 65.010-030 São Luís/MA	(98) 3232-3410/5356	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
MG	Rua Conde Pereira Carneiro, 80, Gameleira, CEP: 30.510-010. Belo Horizonte/MG	(31) 3314-4655/4667/4642/4649	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
MS	Av. Senador Felinto Muller, 1666, Ipiranga CEP: 79.074-460. Campo Grande/MS	(67) 3345-1300/3346-4871 (Direção)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
MT	Rua Thogo da Silva Pereira, nº 63, Centro CEP: 78.020-500 Cuiabá/MT	(65) 3623-6404/3624-6095	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim

continua

conclusão

Lacen	Endereço	Telefone	Dengue		Zika		Chikungunya	
			PCR	Soro/Elisa	PCR	Soro/Elisa	PCR	Soro/Elisa
PA	Av. Augusto Montenegro, km 10, Icoaraci, CEP: 66.823.010 Belém/PA	(91) 3202-4903/4902	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
PB	Av. Cruz das Armas, s/n, Cruz das Armas CEP: 58.085-000 João Pessoa/PB	(83) 3218-5926/5922/5924	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
PE	Rua Fernandes Vieira, s/n, Boa Vista CEP: 50.050-220 Recife/PE	(81) 3181-6416/6417/6331	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
PI	Rua 19 de Novembro, 1.945, Primavera CEP: 64.002-570 Teresina/PI	(86) 3223-1911/3216-3642	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
PR	Rua Sebastiana Santana Fraga, nº 1.001, Guatupê CEP: 83.060-500 São José dos Pinhais/PR	(41) 3299-3200/3218/3219	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
RJ	Instituto Noel Nutel – Rua do Resende, 118, Bairro de Fátima. CEP: 20.231-092 Rio de Janeiro/RJ	(21) 2332-8597/8596	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
RN	Rua Cônego Monte, s/n, Quintas. CEP: 59.037-170 Natal/RN	(84) 3232-6195	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
RO	Rua Anita Garibaldi, nº 4.130, Costa e Silva CEP: 78.903-770 Porto Velho/RO	(69) 3216-5302/5300 (Direção)	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
RR	Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n Novo Planalto CEP: 69.305-650 Boa Vista/RR	(95) 3623-2455	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
RS	Av. Ipiranga 5.400, Jardim Botânico CEP: 90.610-000 Porto Alegre/RS	(51) 3288-4000 GAB. 3288-4027/4099/4016	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
SC	Av. Rio Branco, 152 (fundos), Centro CEP: 88.015-201 Florianópolis/SC	(48) 3251-7800/7801	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
SE	Rua Campo do Brito, 551, São José. CEP: 49.020-380 Aracaju/SE	(79) 3234-6020	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
SP	Instituto Adolfo Lutz – Av. Dr. Arnaldo, 355, Cerqueira Cesar CEP: 01246-902 São Paulo/SP	(11) 3068-2802/3088-3041	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
TO	601 SUL, Av. LO, 15, conj. 2, lote 1, Planalto Diretor Sul CEP: 77.054-970 Palmas/TO	(63) 3218-3238/3239/3227/6362	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim

Anexo F

Rede Nacional de Laboratórios de Referência para Diagnóstico de Dengue, Zika e Chikungunya

Laboratórios de Referência/ Sentinela	Endereço	Telefone	Dengue		Zika		Chikungunya	
			PCR	Soro/ Elisa	PCR	Soro/ Elisa	PCR	Soro/ Elisa
Instituto Evandro Chagas (IEC)	Rodovia BR 316 Km 7 CEP: 67030-000, Ananindeua/PA	(91) 3214-2259 (91) 3226-5262	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Fiocruz/RJ	Av. Brasil, 4.365, Manguinhos CEP: 21040-360 Rio de Janeiro/RJ	(21) 2598-4274 (21) 2562-1920	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ficoruz/PE	Cidade Universitária, s/n CEP: 52171-011 Recife/PE	(81) 2101-2500	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Fiocruz/PR	Rua Professor Algacyr Munhoz Mader, 3.775, CIC, Curitiba/PR, CEP: 81.350-010	(41) 3316-3230	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Chikungunya

manejo clínico



Brasília / DF • 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis

Chikungunya

manejo clínico



Brasília / DF • 2017

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral dos Programas Nacionais de Controle e Prevenção da Malária e das Doenças Transmitidas pelo *Aedes*
SCS, quadra 4, bloco A, lotes 67/69, Edifício Principal, 1º andar
CEP: 70304-000 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: dengue@saude.gov.br

Produção e diagramação:

Núcleo de Comunicação/SVS

Organização:

Ana Carolina Faria e Silva Santelli
Laura Nogueira da Cruz – SVS/MS
Livia Carla Vinhal Frutuoso – SVS/MS

Colaboração:

Ana Carolina Faria e Silva Santelli
Ana Karla Arraes Von Sohsten,
Carlos Alexandre Antunes de Brito

Caroline Araújo Magnata da Fonte
Cecília Moraes de Brito
Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques
Clezio Cordeiro de Sá Leitão
Giovannini Evelim Coelho
Jaqueline Martins
Jose Cerbino Neto
Karen Soares Trinta
Kleber Giovanni Luz
Laura Nogueira da Cruz
Lilian David de Azevedo Valadares
Livia Carla Vinhal Frutuoso
Maria Helena Carneiro Leão
Mariana Bertol Leal
Melissa Barreto Falcão
Rita de Cássia Coelho Moraes de Brito
Rivaldo Venâncio da Cunha
Roberta Gomes Carvalho
Rodrigo Fabiano do Carmo Said
Vanessa Melo
Vitor Laerte Pinto Junior
Zelina Barbosa de Mesquita

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

Chikungunya : manejo clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
65 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico_1ed.pdf>.

ISBN 978-85-334-2494-4

1. Manejo Clínico. 2. Chikungunya. 3. Tratamento. 4. Classificação de risco. I. Título.

CDU 616-002.5

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0083

Títulos para indexação:

Chikungunya: clinical management

SUMÁRIO

Introdução	5
Espectro Clínico	6
Fase aguda ou febril	7
Fase subaguda	11
Fase crônica	13
Manifestações Atípicas e Graves	14
Gestantes	16
Exames Laboratoriais	17
Diagnóstico laboratorial específico	17
Diagnóstico Diferencial	19
Manejo Clínico	21
Abordagem escalonada da dor	22
Aferição da dor	23
Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda	24
Anamnese	24
Exame físico	25
Exames laboratoriais	25
Conduta	26
Avaliação e tratamento do paciente nas fases subaguda e crônica	30
Tratamento não Farmacológico	38
Orientações para Pacientes Pediátricos	39
Ferramentas de medição da dor em crianças	41
Manejo da dor da criança	45

Ações de Vigilância	47
Caso suspeito	48
Caso confirmado	47
Considerações Finais	49
Referências	50
Bibliografia Consultada	53
Apêndices	57
Apêndice A – Fluxograma 1A – Dor na fase aguda (0-14 dias)	57
Apêndice B – Fluxograma 1B – Dor fase aguda (0-14 dias) – Se questionário DN4 for sugestivo de dor neuropática (resultado ≥ 4)	58
Apêndice C – Fluxograma 1C – Dor na fase aguda (0-14 dias) – dor moderada a intensa (EVA ≥ 4) e persistente, poliarticular ou incapacitante	59
Apêndice D – Fluxograma 2 – Dor na fase subaguda (após 10-14 dias)	60
Anexos	61
Anexo A – Fluxograma 3 – Dor na fase crônica (após 3 meses)	61
Anexo B – Fluxograma 4 – Pediatria – Dor na fase aguda (0-14 dias)	62
Anexo C – Fluxograma 5 – Pediatria – Dor na fase subaguda e crônica	63
Anexo D – Questionário para diagnóstico de dor neuropática DN4	64

Introdução

A chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo CHIKV. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que exclusivamente no intraparto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara se os protocolos forem observados.

Os sinais e sintomas são clinicamente parecidos aos da dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que a difere são as fortes dores nas articulações, que muitas vezes podem estar acompanhadas de edema. Após a fase inicial a doença pode evoluir em duas etapas subsequentes: fase subaguda e crônica. A chikungunya tem caráter epidêmico com elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida.

O nome chikungunya deriva de uma palavra em Makonde, língua falada por um grupo que vive no sudeste da Tanzânia e norte de Moçambique. Significa “aqueles que se dobram”, descrevendo a aparência encurvada de pessoas que sofrem com a artralgia característica.

O CHIKV foi isolado inicialmente na Tanzânia por volta de 1952. Desde então, há relatos de surtos em vários países do mundo. Nas Américas, em outubro de 2013, teve início uma grande epidemia de chikungunya em diversas ilhas do Caribe. Em comunidades afetadas recentemente, a característica marcante é epidemias com elevadas taxas de ataque, que variam de 38% a 63%.

No Brasil a transmissão autóctone foi confirmada no segundo semestre de 2014, primeiramente nos estados do Amapá e da Bahia, atualmente todos os estados do País registraram ocorrência de casos autóctones. Até o momento, alguns estados da região nordeste vivenciaram epidemias por chikungunya, no entanto, a alta densidade do vetor, a presença de indivíduos susceptíveis e a intensa circulação de pessoas em áreas endêmicas contribuem para a possibilidade de epidemias em todas as regiões do Brasil. Diante desse cenário, foi elaborado este documento com o objetivo de orientar os profissionais de saúde sobre o diagnóstico precoce e o manejo adequado desta enfermidade.

Espectro Clínico

O período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, é em média de três a sete dias (podendo variar de 1 a 12 dias). O extrínseco, que ocorre no vetor, dura em média dez dias. O período de viremia no ser humano pode perdurar por até dez dias e, geralmente, inicia-se dois dias antes da apresentação dos sintomas, podendo perdurar por mais oito dias.

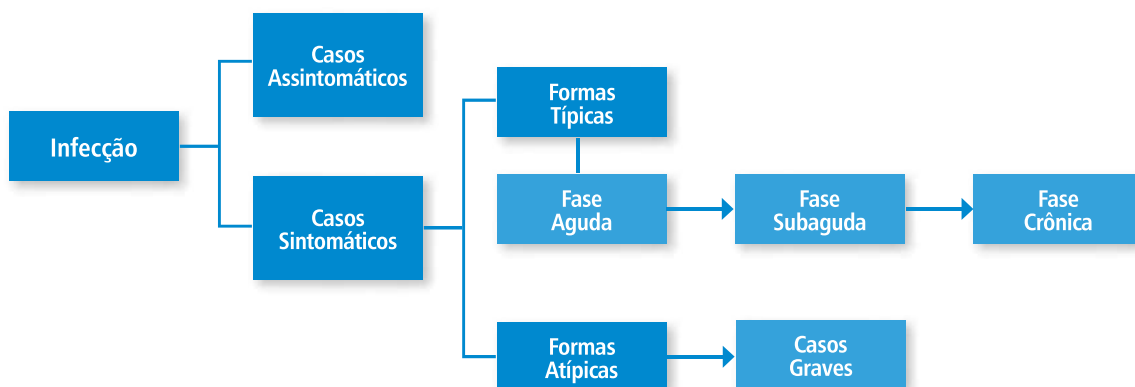
A maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, alguns estudos mostram que até 70% apresentam infecção sintomática. Esses valores são altos e significativos quando comparados às demais arboviroses. Dessa forma, o número de pacientes que necessitarão de atendimento será elevado, gerando sobrecarga nos serviços de saúde.

A doença pode evoluir em três fases: aguda, subaguda e crônica. Após o período de incubação inicia-se a fase aguda ou febril, que dura até o 14º dia. Alguns pacientes evoluem com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando o início da fase subaguda, com duração de até três meses (Figura 1).

Quando a duração dos sintomas persiste além dos três meses atinge a fase crônica. Nestas fases, algumas manifestações clínicas podem variar de acordo com o sexo e a idade. Exantema, vômitos, sangramento e úlceras orais parecem estar mais associados ao sexo feminino. Dor articular, edema e maior duração da febre são mais prevalentes quanto maior a idade do paciente.

Na região das Américas, até o momento, a letalidade por chikungunya é menor do que a observada por dengue; entretanto, no Brasil, o número de óbitos por chikungunya é alto, e a letalidade tem se mostrado maior que a observada nas Américas, acredita-se que isso ocorra em razão do número de casos da doença, que pode estar subestimado. Os casos graves e óbitos ocorrem com maior frequência em pacientes com comorbidades e em extremos de idade.

Figura 1 – Espectro clínico chikungunya



Fonte: SVS/MS.

Fase aguda ou febril

A fase aguda ou febril da doença é caracterizada principalmente por febre de início súbito e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dores nas costas, *rash* cutâneo (presente em mais de 50% dos casos) cefaleia e fadiga, com duração média de sete dias.

A febre pode ser contínua, intermitente ou bifásica, possui curta duração, porém a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas como na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa.

A poliartralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes com chikungunya na fase aguda. Essa dor normalmente é poliarticular, bilateral e simétrica, mas pode haver assimetria. Acomete grandes e pequenas articulações e abrange com maior frequência as regiões mais distais. Pode haver edema, e este, quando presente, normalmente está associado à tenossinovite. Na fase aguda também tem sido observado dor ligamentar. A mialgia quando presente é, em geral, de intensidade leve a moderada. A Figura 2 ilustra pacientes com acometimento articular em diversas regiões do corpo.

Figura 2 – Lesões articulares de pacientes com chikungunya. Fotos a – b: evolução da mesma paciente no 1º e 5º dias; fotos e – f: mesma paciente fase inicial do edema e 5º dia de evolução



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Iracilda C.S. Pinto.



Fotos: Iracilda C.S. Pinto.

O exantema normalmente é macular ou maculopapular, acomete cerca de metade dos doentes e surge, normalmente, do segundo ao quinto dia após o início da febre. Atinge principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas e plantas), podendo atingir a face. O prurido está presente em 25% dos pacientes e pode ser generalizado ou apenas localizado na região palmo-plantar (Figura 3).

Outras manifestações cutâneas também têm sido relatadas nesta fase: dermatite esfoliativa, lesões vesículobolhosas, hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso e úlceras orais.

Figura 3 – Lesões de pele de pacientes com chikungunya



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.



Foto: Kleber Giovani Luz.

Figura 4 – Outras manifestações



Fotos: Kleber Giovani Luz.

Outros sinais e sintomas descritos na fase aguda de chikungunya são dor retro-ocular, calafrios, conjuntivite sem secreção (Figura 4 – hiperemia da conjuntiva observado na fase aguda), faringite, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal e neurite. As manifestações do trato gastrointestinal são mais presentes nas crianças. Pode haver linfadenomegalias cervical, retroauricular, inguinal associadas.

Para os neonatos de mães infectadas há um risco de transmissão vertical de aproximadamente 50% no período intraparto. O recém-nascido é assintomático nos primeiros dias, com surgimento de sintomas a partir do quarto dia (três a sete dias), que incluem a presença de febre, síndrome algica, recusa da mamada, exantemas, descamação, hiperpigmentação cutânea e edema de extremidades.

As formas graves são frequentes nesta faixa etária, como o surgimento de complicações neurológicas, hemorrágicas e acometimento miocárdico (miocardiopatia hipertrófica, disfunção ventricular, pericardite). Os quadros neurológicos, também reconhecidos como sinal de gravidade nesta faixa etária, incluem meningoencefalites, edema cerebral, hemorragia intracraniana, convulsões e encefalopatias.

Fase subaguda

Durante esta fase a febre normalmente desaparece, podendo haver persistência ou agravamento da artralgia, incluindo poliartrite distal, exacerbação da dor articular nas regiões previamente acometidas na primeira fase e tenossinovite hipertrófica subaguda em mãos, mais frequentemente nas falanges, punhos e tornozelos (Figura 5). Síndrome do túnel do carpo pode ocorrer como consequência da tenossinovite hipertrófica (sendo muito frequente nas fases subaguda e crônica). O comprometimento articular costuma ser acompanhado por edema de intensidade variável. Há relatos de recorrência da febre.

Podem estar presentes também, nesta fase, astenia, recorrência do prurido generalizado e exantema maculopapular, além do surgimento de lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas. Alguns pacientes podem desenvolver doença vascular periférica, fadiga e sintomas depressivos. Caso os sintomas persistam por mais de três meses, após o início da doença, estará instalada a fase crônica.

Figura 5 – Pacientes na fase subaguda de chikungunya



Fotos: Carlos Brito.

Fase crônica

Após a fase subaguda, alguns pacientes poderão ter persistência dos sintomas, principalmente dor articular e musculoesquelética e neuropática, sendo esta última muito frequente nesta fase (BORGHERINI et al., 2008; SCHILTE et al., 2013; WAYMOUTH; ZOUTMAN; TOWHEED, 2013). As manifestações têm comportamento flutuante.

A prevalência da fase crônica é muito variável entre os estudos, podendo atingir mais da metade dos pacientes. Os principais fatores de risco para a cronificação são: idade acima de 45 anos, significativamente maior no sexo feminino, desordem articular preexistente e maior intensidade das lesões articulares na fase aguda.

O sintoma mais comum nesta fase crônica é o acometimento articular persistente ou recidivante nas mesmas articulações atingidas durante a fase aguda, caracterizado por dor com ou sem edema, limitação de movimento, deformidade e ausência de eritema. Normalmente, o acometimento é poliarticular e simétrico, mas pode ser assimétrico e monoarticular. Também há relatos de dores nas regiões sacroilíaca, lombossacra e cervical. Ocasionalmente, articulações incomuns como temporomandibulares (dor a movimentação mandibular) e esternoclaviculares estão acometidas. Em frequência razoável são vistas manifestações decorrentes da síndrome do túnel do carpo, tais como dormência e formigamento das áreas inervadas pelo nervo mediano. Alguns pacientes poderão evoluir com artropatia destrutiva semelhante à artrite psoriática ou reumatoide.

Outras manifestações descritas durante a fase crônica são: fadiga, cefaleia, prurido, alopecia, exantema, bursite, tenossinovite, disestesias, parestesias, dor neuropática, fenômeno de *Raynaud*, alterações cerebelares, distúrbios do sono, alterações da memória, déficit de atenção, alterações do humor, turvação visual e depressão. Alguns trabalhos descrevem que esta fase pode durar até três anos, outros fazem menção a seis anos de duração.

Manifestações Atípicas e Graves

Caso o paciente com suspeita de chikungunya apresente alguma manifestação listada no Quadro 1, será classificado como forma atípica da doença (RAJAPAKSE S.; RODRIGO, RAJAPAKSE A., 2010). Em áreas com circulação de chikungunya, podem ocorrer casos com manifestações atípicas que não apresentam febre e dor articular. Essas manifestações podem ser ocasionadas por efeitos diretos do vírus, pela resposta imunológica ou pela toxicidade a medicamentos.

Quadro 1 – Formas atípicas de chikungunya

Sistema / órgão	Manifestações
Nervoso	Meningoencefalite, encefalopatia, convulsão, síndrome de Guillain-Barré, Síndrome cerebelar, paresias, paralisias e neuropatias.
Olho	Neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite e uveíte.
Cardiovascular	Miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmia, instabilidade hemodinâmica.
Pele	Hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas, ulcerações aftosa-like.
Rins	Nefrite e insuficiência renal aguda.
Outros	Discrasia sanguínea, pneumonia, insuficiência respiratória, hepatite, pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético, insuficiência adrenal.

Fonte: Adaptado de Rajapakse S., Rodrigo e Rajapakse A., 2010.

Todo paciente que apresentar sinais clínicos e/ou laboratoriais em que há necessidade de internação em terapia intensiva ou risco de morte deve ser considerado como forma grave da doença. As formas graves da infecção pelo CHIKV acometem, com maior frequência, pacientes com comorbidades (história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, alcoolismo, doenças reumatológicas, anemia falciforme, talassemia e hipertensão arterial sistêmica), crianças, pacientes com idade acima de 65 anos e aqueles que estão em uso de alguns fármacos (aspirina, anti-inflamatórios e paracetamol em altas doses). As manifestações atípicas e os cofatores listados anteriormente estão associados ao maior risco de evolução para óbito.

No Brasil, em 2016, foi observado elevado número de óbitos associados à chikungunya. Esse dado é semelhante ao observado em outros países e territórios que passaram por epidemia da doença.

Na epidemia de 2005-2006 na Ilha Reunion, com população de cerca de 800 mil habitantes, 244 mil casos de chikungunya foram estimados e 203 mortes foram relatadas, com proporção de 1 óbito para cada 1.000 casos notificados e mortalidade global de 25/100 mil habitantes (RENAULT, 2007). A faixa etária mais acometida entre os óbitos foram os idosos, com média de 79 anos. A maioria dos óbitos, 121 casos (60%), foi considerada mortes causadas por efeito direto da infecção e, as demais, como indiretas, decorrentes de descompensação de comorbidades preexistentes. Outros 123 casos classificados como graves foram relatados, tendo como principais motivos da internação: insuficiência respiratória (19 casos); descompensação cardiovascular (18), meningoencefalite (16), hepatite grave (11), lesões cutâneas graves (10), insuficiência renal (7), entre outros.

Em outro estudo, de Economopoulou et al. (2009), foram descritos casos atípicos que necessitaram de internação sob risco de desfecho desfavorável. Dos 610 adultos com complicação, 37% apresentaram alterações cardiovasculares (insuficiência cardíaca, arritmia, miocardite, doença coronariana aguda), 24% apresentaram desordens neurológicas (encefalites, meningoencefalites, convulsões, síndrome de Guillain Barré), 20% insuficiência renal pré-renal, 17% desenvolveram pneumonite, 8% insuficiência respiratória, entre as causas mais frequentes (ECONOMOPOULOU et al., 2009).

Apesar de 89% terem condições médicas associadas, para algumas complicações não havia comorbidades prévias, reforçando a gravidade da doença independente de doenças associadas. De 120 pacientes hospitalizados por insuficiência renal pré-renal, 66% não relatavam doença renal prévia. De 44 casos de arritmia, 63% não tinham antecedentes de doença cardiovascular e de 131 casos com alterações de níveis de glicemia, 20% foi diagnosticado com diabetes *mellitus* pela primeira vez (ECONOMOPOULO et al., 2009). Miocardite pode ser causa de óbito em pacientes jovens e sem história prévia de doença cardiovascular. Pode apresentar-se inicialmente com manifestação de arritmias, incluindo bradiarritmia e taquiarritmias (CARTA et al., 2016).

Sessenta e cinco pacientes foram a óbitos decorrentes das seguintes complicações: insuficiência cardíaca (15 casos), falência de múltiplos órgãos (11), hepatite aguda (7), encefalites ou meningoencefalites (6), epidermólise bolhosa (6), miocardite ou pericardite (5), falência respiratória (3), falência renal (3), pneumonia (2), infarto agudo do miocárdico (2), doença cerebrovascular (1), hipotireoidismo (1), septicemia (1) (ECONOMOPOULOU et al., 2009).

Muitas das causas de óbitos relacionadas à infecção são por descompensação de comorbidades, que incluem pacientes com prévia disfunção cardíaca, doenças renais ou pulmonares que podem ser registradas nas declarações oficiais de óbito, sem referência a CHIKV, principalmente em primeiros surtos de epidemias em região sem experiência prévia com a doença. Além disso, o diagnóstico de infecção por CHIKV pode não ser pensado nos óbitos causados por quadros neurológicos e pneumonite, em pacientes jovens ou aqueles sem antecedentes de comorbidades.

Gestantes

A infecção pelo CHIKV, no período gestacional, não está relacionada a efeitos teratogênicos, e há raros relatos de abortamento espontâneo.

Mães que adquirem chikungunya no período intraparto podem transmitir o vírus a recém-nascidos por via transplacentária. A taxa de transmissão, neste período, pode chegar a aproximadamente 50%, destes, cerca de 90% podem evoluir para formas graves. Não há evidências de que a cesariana altere o risco de transmissão. O vírus não é transmitido pelo aleitamento materno.

É importante o acompanhamento diário das gestantes com suspeita de chikungunya, e caso sejam verificadas situações que indiquem risco de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período do parto, é necessário o acompanhamento em leito de internação.

Exames Laboratoriais

As alterações laboratoriais de chikungunya, durante a fase aguda, são inespecíficas. Leucopenia com linfopenia menor que 1.000 cels/mm³ é a observação mais frequente. A trombocitopenia inferior a 100.000 cels/mm³ é rara. A velocidade de hemossedimentação e a Proteína C-Reativa encontram-se geralmente elevadas, podendo permanecer assim por algumas semanas. Outras alterações podem ser detectadas como elevação discreta das enzimas hepáticas, da creatinina e da creatinofosfoquinase (CPK).

Considerando a necessidade de prescrição de corticoides e anti-inflamatórios não esteroides (Aine) na fase subaguda, os seguintes exames devem ser solicitados: ureia, creatinina, aspartato aminotransferase (AST)¹, alanina aminotransferase (ALT)², glicemia de jejum e hemograma.

Na fase crônica é importante avaliar o paciente antes da introdução do metotrexato e da hidroxicoloroquina, nesta fase os seguintes exames são necessários: AgHBs , HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, anti-CMV, toxoplasmose e Rx de tórax, entre outros.

Diagnóstico laboratorial específico

Em regiões onde ocorrem epidemias por outros arbovírus, com sinais e sintomas semelhantes aos apresentados durante a infecção pelo vírus chikungunya, o diagnóstico específico é importante, especialmente em casos nos quais a conduta terapêutica deve ser diferenciada.

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo CHIKV pode ser realizado de forma direta, por meio do isolamento viral e da pesquisa do RNA viral em diferentes amostras clínicas, ou de forma indireta por intermédio da pesquisa de anticorpos específicos.

Para a pesquisa do RNA viral as principais técnicas moleculares utilizadas são o RT-PCR (*Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction*) e o qRT-PCR (*Real Time RT-PCR*). As técnicas anteriores proporcionam um diagnóstico rápido e sensível, permitem detectar o ácido nucleico viral até, aproximadamente, o oitavo dia após o aparecimento dos sintomas, sendo que o período de maior viremia vai do primeiro ao quinto dia. Esta é uma ferramenta importante no diagnóstico precoce da infecção sem utilidade a partir do oitavo dia de sintomas.

Para a pesquisa de anticorpos específicos, as principais técnicas disponíveis são: o *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) e o teste imunocromatográfico do tipo *Point-of-Care* (POC). Os testes sorológicos permitem a detecção de anticorpos específicos do tipo IgM, que podem ser detectados a partir do segundo dia após o aparecimento dos sintomas (sendo que o período mais indicado para essa investigação sorológica é a partir do quinto dia) e do tipo IgG, a partir do sexto dia.

¹ Também conhecida como transaminase glutâmico oxalacética (TGO).

² Também conhecida como transaminase glutâmico pirúvica (TGP).

O teste imunocromatográfico é considerado triagem, nesse sentido, quando o resultado é positivo uma nova amostra necessita ser coletada para confirmação por sorologia ELISA .

Outra estratégia para confirmação sorológica é a sorologia pareada. Neste caso, duas amostras devem ser coletadas, a primeira na fase aguda da doença e a segunda, aproximadamente, 15 dias após a primeira. O aumento de quatro vezes no título dos anticorpos demonstra a reatividade específica.

Observa-se nos testes sorológicos reação cruzada com outros membros do complexo antigênico *Semliki Forest*, entre eles o vírus mayaro (HASSING et al., 2010). Desse modo, em regiões onde esses vírus circulam, poderão ser necessários testes adicionais para confirmar a infecção.

As amostras clínicas utilizadas para o diagnóstico são geralmente sangue (viroológico) ou soro (sorológico), mas nos casos neurológicos com características meningoencefalíticas, líquido cefalorraquidiano também pode ser coletado para os testes laboratoriais (viroológico e sorológico). Nos casos fatais, a detecção do vírus por isolamento e por RT-PCR pode ser feita a partir de fragmentos de órgãos .

As amostras destinadas ao isolamento viral e a pesquisa de RNA, devem ser mantidas em *freezer* -70°C até o uso. Amostras para sorologia podem ser mantidas a -20°C. O descongelamento repetido dessas amostras deve ser evitado.

Em caso de óbito, devem-se obter fragmentos de vísceras, acondicionados separadamente em frascos estéreis, sem adição de conservantes ou aditivos, devidamente identificados (local do fragmento de víscera, data da coleta e nome do paciente) e congelados imediatamente no *freezer* (-70°C) ou no nitrogênio líquido. Os tubos deverão ser de plástico, previamente esterilizados, com tampa de rosca, devidamente rotulados, lacrados com fita adesiva, envolvidos por gaze ou saco plástico, antes de serem colocados no gelo seco .

O transporte para os laboratórios deve ser feito sob refrigeração, gelo seco no caso das amostras para isolamento viral e pesquisa de RNA e gelo reciclável para amostras destinadas à sorologia. Evitar o congelamento de sangue total, o soro e/ou plasma devem ser separados antes do congelamento.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial de chikungunya é feito com outras doenças febris agudas associadas à artralgia. O clínico deve estar atento para causas potencialmente fatais e que exijam conduta medicamentosa específica imediata, como artrite séptica. Na epidemiologia atual, o principal diagnóstico diferencial, durante a fase aguda, é a dengue (Quadro 2) (BRITO; CORDEIRO, 2016). Outras doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial são:

- **Malária:** história de exposição em áreas de transmissão, periodicidade da febre, paroxismos, insuficiência renal, icterícia, alteração do nível de consciência, hepato ou esplenomegalia.
- **Leptospirose:** mialgia intensa em panturrilhas, sufusão ocular, icterícia rubínica, oligúria, hemorragia subconjuntival, considerar história de exposição a águas contaminadas.
- **Febre reumática:** poliartrite migratória de grandes articulações, história de infecção de garganta. Considerar os critérios de Jones para a febre reumática e evidência de infecção prévia pelo *Streptococos* (cultura positiva de orofaringe, positividade em testes rápidos para detecção de antígenos estreptocócicos ou títulos elevados de anticorpos antiestreptocócicos).
- **Artrite séptica:** leucocitose, derrame articular, acometimento de grandes articulações e história de trauma.
- **Zika:** febre baixa, *rash* cutâneo frequentemente pruriginoso, cefaleia, artralgia em extremidades distais, mialgia e conjuntivite não purulenta. Entretanto, na chikungunya são observadas temperaturas mais elevadas e artralgia mais intensa com acometimento também da coluna axial.
- **Mayaro:** o vírus Mayaro também pertence ao gênero *Alphavirus* da família *Togaviridae*, assim como o chikungunya. As manifestações clínicas das duas enfermidades são muito parecidas, mas aquelas produzidas pelo CHIKV costumam ser bem mais intensas. Quadros clínicos arrastados, com meses de duração, também podem ser causados pelo Mayaro.

Quadro 2 – Diagnóstico diferencial dengue x zika x chikungunya

Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	>38°C	Sem febre ou subfebril (≤38°C)	Febre alta >38°C
Duração	4 a 7 dias	1-2 dias subfebril	2-3 dias
<i>Rash</i>	Surge a partir do quarto dia	Surge no primeiro ou segundo dia	Surge 2-5 dias
Frequência	30% a 50% dos casos	90% a 100% dos casos	50% dos casos
Mialgia (Frequência)	+++	++	+
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Hipertrofia ganglionar	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Risco de morte	+++	+	++
Acometimento Neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	+++	+++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	Ausente (raro)	++

Fonte: Brito e Cordeiro (2016).

* Pode haver risco de morte nos casos neurológicos como a SGB decorrente de zika ou para crianças com malformações congênitas graves.

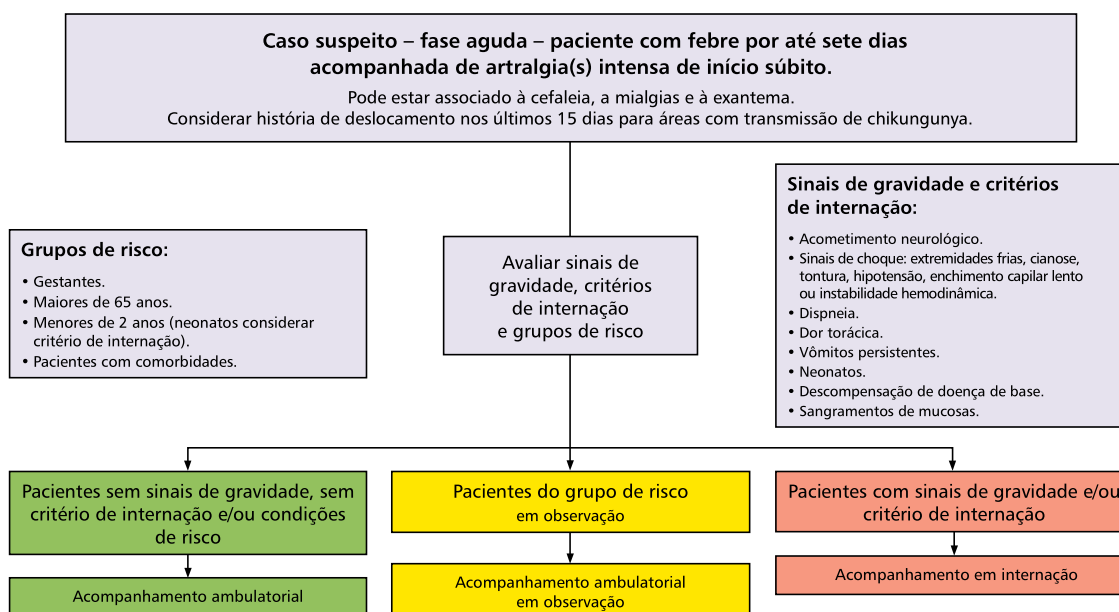
Manejo Clínico

O manejo do paciente com suspeita de chikungunya é diferenciado de acordo com a fase da doença: aguda, subaguda ou crônica.

Sistemas de acolhimento com classificação de risco devem ser implantados nos diferentes níveis de atenção para facilitar o fluxo adequado dos pacientes durante um surto. A triagem deve estar atenta para a identificação da presença dos sinais de gravidade, dos critérios de internação e dos grupos de risco. Também deve estar atenta ao diagnóstico diferencial de dengue, malária e de outras doenças, além da presença de sinais de gravidade dessas doenças que podem exigir uso de protocolos específicos e encaminhamento às unidades de referência.

Diante de um caso suspeito, é importante utilizar a proposta de estadiamento clínico do fluxograma do paciente com suspeita de chikungunya, conforme Figura 6.

Figura 6 – Classificação de risco do paciente com suspeita de chikungunya



Fonte: SVS/MS

Na fase aguda de chikungunya, a maioria dos casos pode ser acompanhada ambulatorialmente. As unidades de Atenção Básica possuem papel primordial para avaliação e monitoramento desses doentes. Não há necessidade de acompanhamento diário da maioria dos pacientes, devendo estes serem orientados a retornar à unidade de saúde em caso de persistência da febre por mais de cinco dias, aparecimento de sinais de gravidade ou persistência dos danos articulares.

Os pacientes de grupo de risco (gestantes, pacientes com comorbidades, idosos e menores de 2 anos de idade) também devem ser acompanhados ambulatorialmente; no entanto, esses pacientes necessitam de observação diferenciada nas unidades pelo risco de desenvolvimento das formas graves da doença, razão pela qual devem ser acompanhados diariamente até o desaparecimento da febre e ausência de sinais de gravidade.

Sinais de gravidade devem ser pesquisados em todo paciente com chikungunya e podem surgir nas fases aguda e subaguda.

- Acometimento neurológico: sinais ou sintomas que possam indicar acometimento neurológico, incluindo irritabilidade, sonolência, dor de cabeça intensa e persistente, crises convulsivas e déficit de força (déficit de força pode estar relacionado também a miosite).
- Dor torácica, palpitações e arritmias (taquicardia, bradicardia ou outras arritmias).
- Dispneia, que pode significar acometimento cardíaco ou pulmonar por pneumonite ou decorrente de embolia secundária a trombose venosa profunda em pacientes com artralgia, edema e imobilidade significativa.
- Redução de diurese ou elevação abrupta de ureia e creatinina.
- Sinais de choque, instabilidade hemodinâmica.
- Vômitos persistentes.
- Sangramento de mucosas.
- Descompensação de doença de base.

Os pacientes que apresentam sinais de gravidade ou que apresentem critérios de internação (neonatos) devem ser acompanhados em unidades com leitos de internação. Para pacientes com instabilidade hemodinâmica é necessário avaliar as funções renal, hepática e cardíaca, os sinais e sintomas neurológicos, a hemoconcentração e a trombocitopenia e, se necessário, iniciar, de imediato, a terapia de reposição de volume e tratar as complicações conforme o quadro clínico. Para alta desses pacientes, é necessário a melhora do estado geral, aceitação de hidratação oral, ausência de sinais de gravidade e melhora dos parâmetros laboratoriais.

Abordagem escalonada da dor

O acometimento articular na chikungunya, nas suas diferentes fases, causa importante incapacidade física, impactando de forma significativa na qualidade de vida dos pacientes acometidos (SOUZAHORA et al., 2009). A incapacidade laboral causada pela doença, em uma faixa etária economicamente ativa, amplia ainda mais a magnitude do problema para a população atingida.

O tratamento da dor envolve todas as fases da doença e não apenas as fases subagudas e crônicas, devendo ser efetivo desde os primeiros dias de sintomas.

A dor aguda tratada de forma inadequada é uma das principais causas de sua cronificação, e desencadeia outros sintomas como a depressão, a fadiga e os distúrbios do sono. Na infecção pelo CHIKV existe a necessidade de uma abordagem eficaz no controle da dor visando, inclusive, diminuir o tempo de doença clínica.

Aferição da dor

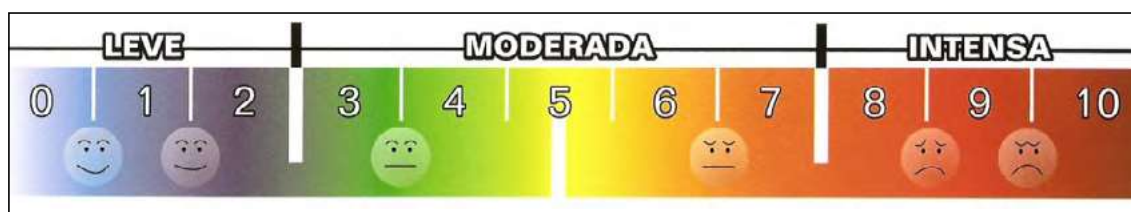
A dor é considerada o quinto sinal vital e assim como é necessário avaliar outros parâmetros, tais como valores de pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, é necessário o registro da intensidade da dor, quer seja ao nível ambulatorial ou em ambiente hospitalar.

É importante que se tenha uma ferramenta que permita a aferição da dor, transformando um dado subjetivo em um dado objetivo que permita avaliar e conduzir adequadamente o caso.

Existem várias ferramentas validadas para uso, no entanto a escala analógica visual (EVA) é uma das mais simples e que pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde (PRICE; MCGRATH; RAFII, 1983). Outra escala bastante utilizada no Brasil é a escala de faces que pode ser utilizada em crianças pequenas e em idosos com déficits cognitivos (Figura 7).

O Ministério da Saúde em sua portaria para criação de centros de referência para dor de 2002 e na sua atualização de 2012, instituiu a utilização de escalas numéricas ou analógicas de dor como norteadora da tomada de decisão nos protocolos e diretrizes terapêuticas da dor (BRASIL, 2002b, BRASIL, 2013c), figura 7.

Figura 7– Escala analógica visual (EVA)



Fonte: <<http://www.colunasp.com.br/questionarios/eva-escala-visual-analogica/>>.

Faz-se necessário que, durante a aferição da dor de um paciente, este seja esclarecido que a informação seja verdadeira e que existe uma abordagem para cada tipo de dor e numeração, a fim de evitar falhas metodológicas como os pacientes sempre relatando notas muito altas (9-10 na EVA) por medo de não receberem analgésicos para notas menores.

Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda

Anamnese

A anamnese deve ser a mais detalhada possível, conforme orientações a seguir:

- Ficar atento ao tempo de doença e à data do início dos sintomas.
- Estabelecer uma relação entre o início da febre e as manifestações articulares.
- Caracterizar a febre.
- Avaliar manifestações associadas à febre.
- Pesquisar fatores de risco para doença grave (comorbidades): história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, doenças reumatológicas, consumo abusivo de álcool, anemia falciforme, talassemia e hipertensão arterial sistêmica.
- Questionar uso de medicamentos: aspirina e anti-inflamatórios.
- Pesquisar alterações na pele: exantema (localização e relação temporal com a febre), prurido, dermatite esfoliativa, hiperpigmentação, lesões por fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso, úlceras orais, bolhas e vesículas.
- Pesquisar queixas articulares: caracterizar o envolvimento articular determinando a duração, intensidade, localização das articulações primariamente envolvidas, progressão para outras articulações, natureza aguda ou insidiosa, assim como a periodicidade das dores.
- Investigar dor lombar: procurar indícios para diferenciá-la de outras causas (por exemplo, comprometimento discal ou lombalgia mecânica comum).
- Investigar queixas do sistema nervoso central/periférico: convulsões, paresia, parestesia, tontura, rebaixamento do nível de consciência e cefaleia.
- Investigar queixas oculares: dor ocular, diminuição da acuidade visual, turvação visual, moscas volantes e olho vermelho.
- Investigar queixas digestivas: dor abdominal, diarreia e vômitos.
- Investigar presença de depressão, enfermidade que pode alterar o comportamento em relação à dor.
- Investigar casos semelhantes no domicílio, peridomicílio e local de trabalho.
- Pesquisar procedência e história de viagens para área endêmica/epidêmica para chikungunya.

Aplicar a escala analógica visual (EVA) associada à escala de faces (Figura 7).

Exame físico

No exame físico deve-se atentar para coleta de dados que possam apoiar no diagnóstico diferencial de dengue. Dessa forma, é importante avaliar a ocorrência de sinais de alarme e sinais de choque referenciados no manual Dengue: manejo clínico – adulto e criança (BRASIL, 2016). O exame físico do paciente com chikungunya deve conter, no mínimo:

- Sinais vitais: pressão arterial em duas posições, frequência cardíaca e respiratória e temperatura axilar.
- Examinar a pele em busca de lesões maculares, papulares, vesiculares ou bolhosas.
- Exame neurológico e oftalmológico, quando queixas na anamnese estiverem presentes.
- Exame articular: levando em consideração que frequentemente não se percebem sinais de calor e rubor nas articulações afetadas, devem-se examinar, criteriosamente, as articulações, em busca de sinais de comprometimento articular:
 - » Alteração da pele.
 - » Aumento do volume.
 - » Crepitação ou estalido.
 - » Deformidade.
 - » Limitação da mobilidade.
 - » Dor ou atrofia muscular.
 - » Nodulação.
- Exame físico dos membros superiores e inferiores: deve-se iniciar com a inspeção e a palpação das mãos, observando formas e dimensões, edema, paralisia, atrofia e contraturas musculares. As outras articulações devem ser examinadas quanto ao aspecto da pele, à mobilidade ativa e passiva (abdução, adução, flexão, extensão, rotação, movimentos do ombro em suas três articulações), ao aumento do volume, à crepitação, à limitação dos movimentos, às atrofia musculares e aos nódulos.

Exames laboratoriais

Conforme a classificação de risco, diante de um caso suspeito de chikungunya, o hemograma deve ser solicitado obrigatoriamente para os pacientes do grupo de risco, e com bioquímica como transaminases, creatinina e eletrólitos para os pacientes com sinais de gravidade e pacientes com critérios de internação. Na ausência dessas condições, a solicitação fica a critério médico.

Conduta

Até o momento, não há tratamento antiviral específico para chikungunya. A terapia utilizada é de suporte sintomático, hidratação e repouso.

Existe forte componente inflamatório na dor pela infecção do CHIKV. No entanto, na fase aguda os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) não devem ser prescritos como drogas de primeira linha devido ao risco de sangramento aumentado desses pacientes.

Na dor de leve intensidade (EVA de 1 a 3) tanto a dipirona como o paracetamol são bons analgésicos quando utilizados nas doses e intervalos corretos (Fluxograma 1A, Apêndice I). A dipirona vem sendo prescrita nas doses de 30 a 50 mg/kg/dose em intervalos fixos de 6 horas. Em um adulto habitualmente é recomendada a dose de 1 g a intervalos fixos de 6 horas. O paracetamol pode ser prescrito em doses de 500 mg a 750 mg via oral com intervalos de 4 a 6 horas, não devendo a dose diária total ultrapassar as 4 g pelo risco de hepatotoxicidade (JÓŹWIAK-BEBENISTA; NOWAK, 2014; BRITO et al., 2016). Nos casos em que a dor do paciente é percebida como leve (EVA de 1 a 3) uma dessas duas drogas deve ser prescrita sempre em doses fixas e nunca “se necessário”.

Nos casos de dor moderada (EVA de 4 a 6) as duas drogas devem ser prescritas conjuntamente, sempre em horários fixos intercalados a cada 3 horas, em horários alternados (o paciente tomará uma dose analgésica a cada 3 horas).

Alguns pacientes com dor moderada a intensa (EVA ≥ 4), persistente, poliarticular ou incapacitante, podem necessitar de medicações por via intravenosa (IV) em unidade de pronto atendimento ou serviço de urgência (Fluxograma 1C, Apêndice C) (BRITO et al., 2016).

Deve-se ter um acesso venoso com administração de solução fisiológica enquanto se aplica e reavalia a dor e a resposta ao analgésico. A dipirona pode ser prescrita na dose 30 mg/kg diluída em água destilada, infundida lentamente em 5 minutos. O paciente deve ser reavaliado em até 90 minutos.

Persistindo a dor, pode-se administrar tramadol 100 mg IV diluído em 100 ml de soro fisiológico, infundido em 20 minutos. Em virtude da presença de náusea associada ao tramadol, que também pode estar presente decorrente do quadro infeccioso, deve-se administrar 10 mg de bromoprida diluído em 8 ml de água destilada, lento, em bolus. Em caso de alergia a dipirona, o tramadol será a droga de escolha (Fluxograma 1A, Apêndice A). (BRITO et al., 2016)

Não utilizar anti-inflamatório não hormonal (AINH) na fase aguda, pelo risco de complicações associados às formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).

Não utilizar corticoide na fase de aguda da viremia, devido ao risco de complicações.

Nos casos de dor intensa (EVA de 7 a 10), além dos dois analgésicos já descritos deve ser associado um opioide.

As drogas opioides são potentes analgésicos e seguras, principalmente nos casos de dor aguda, os efeitos adversos devem ser monitorizados e os pacientes devem ser alertados sobre eles. Nas doses usuais prescritas pelo não especialista em dor, o risco de depressão respiratória é muito baixo, e vários sinais a precedem, como a sonolência e a letargia (SEHGAL; MANCHIKANTI; SMITH, 2012; NOBLE, 2010). Os principais efeitos colaterais dos opioides são as náuseas e a constipação intestinal, que podem ser controlados com a orientação de tomá-los fora do horário das refeições e prescrevendo-se antieméticos e laxantes de rotina.

O tramadol é uma boa escolha quando se suspeita de componente neuropático nas dores intensas, pois além da ação em receptores opioides agem como antagonista de receptores NMDA (N-metyl-D-aspartato) envolvidos na cronificação da dor. Deve ser usado na dose de 50 a 100 mg a cada 6/6 horas.

A codeína é opioide e deve ser prescrita na dose de 30 mg a cada 6 horas e pode ser associada a analgésicos.

A oxicodona é um opioide sintético cuja principal vantagem é ter uma apresentação que permite sua prescrição em intervalos de 12 horas. A dose preconizada é de 10 mg a 20 mg a cada 12 horas. Não usar dois opioides simultaneamente.

A cápsula da oxicodona não deve ser partida sob o risco de liberação de uma quantidade muito alta da medicação em um curto intervalo de tempo, aumentando as chances de efeitos colaterais importantes.

Cerca de 30% dos pacientes podem apresentar componente de dor neuropática associada à dor articular, que não responderá aos analgésicos habituais. É recomendado que sejam pesquisados sinais e sintomas de sensibilização central nos pacientes com dores moderadas (EVA de 4 a 6) e intensas (EVA de 7 a 10).

Uma forma simples de fazer essa pesquisa é por meio do questionário de dor neuropática DN4 (Anexo I): composto por duas questões realizadas por entrevista e duas questões de exame físico, totalizando dez respostas. Caso quatro ou mais respostas sejam positivas, provavelmente o paciente apresenta um quadro de dor com componente neuropático (HAANPÄÄ et al., 2011; BRITO et al., 2016). Nesses casos o uso de drogas moduladoras da atividade excitatória do sistema nervoso estaria indicado.

A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico que inibe a receptação de serotonina e noradrenalina. Tem como principais efeitos colaterais a sensação de boca seca, a sonolência e o ganho de peso. A maioria desses efeitos é bem tolerada na dose de 50 mg/dia e tende a diminuir com o passar do tempo de tratamento. Não deve ser prescrita em associação com inibidores da monoaminooxidases (Imao), utilizados em depressão maior (fenelzina, tranilcipromina e isocarboxazida).

Nos idosos a amitriptilina pode levar à sedação, sendo preferível o uso da gabapentina, iniciando em doses baixas.

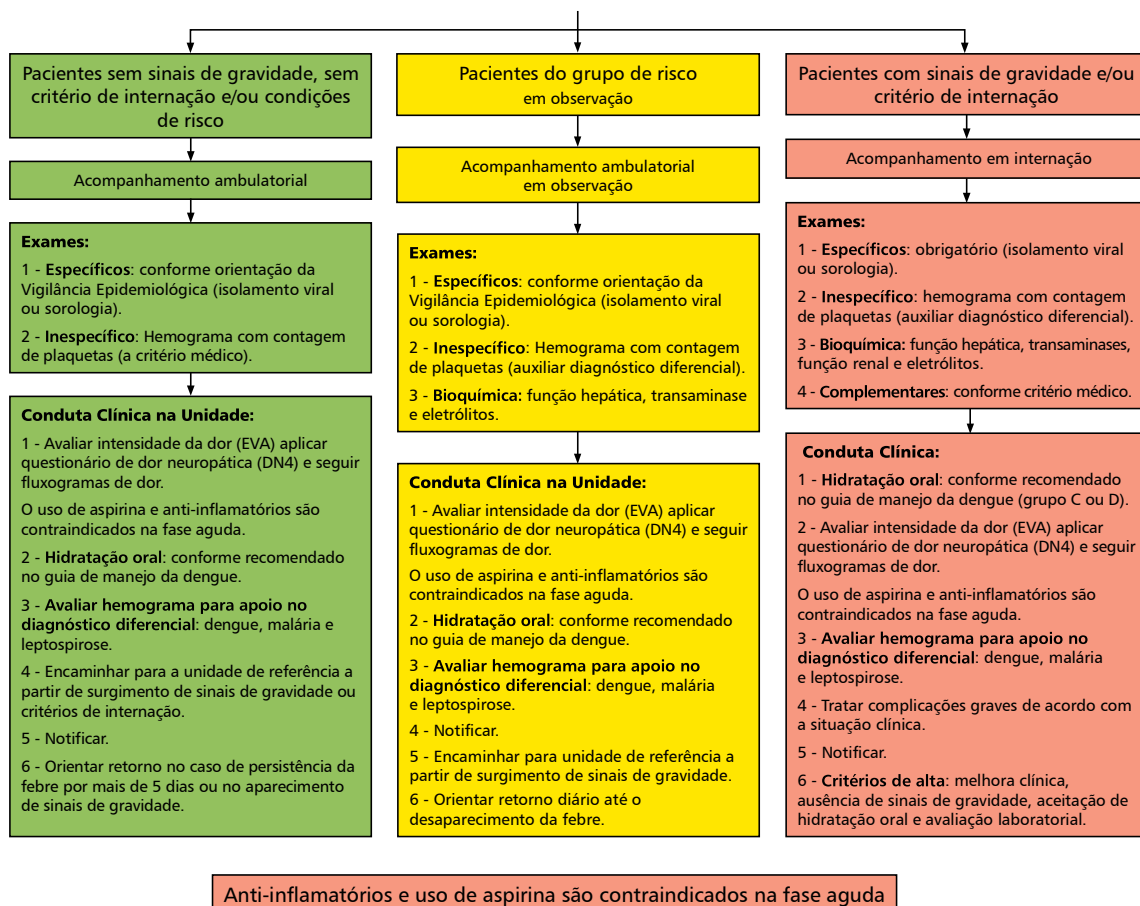
A amitriptilina não deve ser utilizada em pacientes com história de arritmia cardíaca, optar por gabapentina.

A gabapentina é um anticonvulsivante e estudos sugerem que ela atua na modulação do sistema nervoso com lesão ou disfunção, reduzindo a atividade nervosa responsável pela manutenção da dor neuropática. Apresenta os mesmos efeitos colaterais dos tricíclicos, no entanto, esses efeitos parecem ser menos intensos. Devem ser prescritos preferencialmente em pacientes cardiopatas. A dose inicial é de 300 mg, duas vezes ao dia, mas pode ser necessário doses de 1.200 mg/dia para obter-se respostas satisfatórias no controle da dor (Fluxograma 1B, Apêndice B) (BRITO et al., 2016).

O uso da gabapentina deve ser cuidadoso e suas doses devem ser otimizadas de acordo com os níveis de sedação e sonolência que por ventura o indivíduo venha a apresentar.

A Figura 8 ilustra as principais recomendações na conduta dos pacientes com suspeita de chikungunya, conforme estadiamento clínico.

Figura 8 – Conduta clínica dos pacientes com suspeita de chikungunya



Fonte: SVS/MS.

Os anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, nimesulida, ácido acetilsalicílico, associações, entre outros) não devem ser utilizados na fase aguda da doença, devido ao risco de complicações renais e de sangramento aumentado desses pacientes, além da possibilidade de dengue. A aspirina também é contraindicada na fase aguda pelo risco de síndrome de Reye e de sangramentos. Os corticosteroides são contraindicados na fase aguda.

Recomenda-se a utilização de compressas frias como medida analgésica nas articulações acometidas de 4 em 4 horas por 20 minutos.

É necessário estimular a hidratação oral dos pacientes (2 litros no período de 24 horas). A hidratação oral inicia-se na unidade de saúde.

Existem evidências de que o repouso é fator protetor para evitar evolução para fase subaguda, sendo de extrema importância. Devem-se evitar atividades que sobrecarreguem as articulações e orientar sobre o posicionamento adequado dos membros favorecendo a proteção articular e o

retorno venoso. Em muitas situações, o fornecimento de atestado médico é fundamental para que o paciente possa, de fato, afastar-se do trabalho e repousar adequadamente.

Além das intervenções anteriores é importante orientar o paciente sobre a doença, suas fases, a possibilidade da persistência dos danos articulares, dos riscos da automedicação, dos sinais associados à gravidade e dos cuidados no domicílio. Da mesma forma, os doentes devem ser aconselhados para a retirada de objetos como anéis e alianças dos dedos, os quais costumam agravar a dor em casos de edemas mais intensos.

A Figura 9 resume as principais recomendações aos pacientes em acompanhamento ambulatorial para continuidade do tratamento no domicílio.

Figura 9 – Orientações para o domicílio

Conduta no domicílio: 1 - Seguir as orientações médicas. 2 - Evitar automedicação. 3 - Repouso – evitar esforço. 4 - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares. Não utilizar calor nas articulações. 5 - Seguir orientação de exercícios leves recomendados pela equipe de saúde. 6 - Retornar à unidade de saúde no caso de persistência da febre por 5 dias ou no aparecimento de fatores de gravidade.	Conduta no domicílio: 1 - Seguir as orientações médicas. 2 - Evitar automedicação. 3 - Repouso – evitar esforço. 4 - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares. Não utilizar calor nas articulações. 5 - Seguir orientação de exercícios leves recomendados pela equipe de saúde. 6 - Retornar diariamente à unidade até o desaparecimento da febre.
---	--

Fonte: SVS/MS.

Avaliação e tratamento do paciente nas fases subaguda e crônica

Na fase subaguda, assim como na fase crônica, é importante avaliar na história clínica o tempo decorrido desde o episódio agudo e as características das lesões articulares. O exame físico deve ser direcionado para o envolvimento articular e periarticular; o comprometimento de tendões deve ser minuciosamente pesquisado. O paciente ainda pode apresentar outras manifestações associadas às lesões articulares como: inapetência, sono não reparador, comprometimento laboral e de atividades diárias, urgência e incontinência urinária, alterações do humor e depressão.

Na fase crônica, observamos três grupos de pacientes: 1) aqueles que têm manifestações dolorosas mínimas, demonstrando estar o quadro clínico em franca regressão; 2) aqueles cujo quadro clínico se mantém inalterado, em que os sinais e sintomas persistem praticamente na mesma intensidade da fase subaguda; e 3) um grupo menor de doentes, nos quais se observa o aumento da intensidade das manifestações inflamatórias e dolorosas. Para os dois últimos grupos, o diagnóstico laboratorial para comprovação da infecção pelo CHIKV deve ser solicitado, situação em que será realizado por meio da sorologia. Não é necessário repetir o exame caso já exista o diagnóstico laboratorial confirmatório na primeira fase da doença. É importante o diagnóstico diferencial com outras doenças que causam acometimento articular.

O uso de corticoide é indicado para a doença na sua fase subaguda ou crônica, com dor moderada a intensa, baseado na escala EVA (Fluxograma 2, Apêndices D) (BRITO et al., 2016).

A medicação padrão para uso oral é a prednisona. Essa medicação, a depender da dose, terá efeito predominante anti-inflamatório (dose menor ou igual a 0,5 mg/kg de peso/dia), dose intermediária entre ação anti-inflamatória e início de ação imunossupressora (maior que 0,5 mg até dose menor que 1 mg/kg de peso por dia) e dose predominantemente imunossupressora independente de sua ação anti-inflamatória (dose maior ou igual a 1 mg/kg de peso/dia).

No tratamento da dor, a dose indicada é 0,5 mg/kg de peso/dia, em dose única pela manhã. Interpretar como resposta adequada ao tratamento a melhora da capacidade para deambular sem ajuda e controle satisfatório das dores. Nesse caso, manter a dose até resolução do quadro de dor articular por completo.

Em caso de remissão completa da dor, manter a dose por mais três a cinco dias. Caso não haja recidiva do quadro, iniciar desmame, com retirada de 5 mg a cada 7 dias.

A dose inicial poderá ser mantida por até 21 dias, tempo médio em que, habitualmente, não há riscos de insuficiência adrenal induzida.

Durante as fases de desmame, em caso de recidiva da dor, retornar à dose anterior e tentar novo desmame somente após cinco dias da resolução dos sintomas e assim por diante, até retirada completa da medicação. O desmame deve ser realizado mais lentamente com retirada de 2,5 mg/dia a cada sete dias.

Não usar corticosteroides em pacientes portadores de diabetes, hipertensão de difícil controle, passado de fratura por osteoporose documentada, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, *Cushing*, obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.

Nas fases subaguda e crônica, em virtude do uso de medicações que estão associadas a efeitos adversos, é importante realizar exames inespecíficos como hemograma, glicemia, ureia, creatinina, AST, ALT inicial e reavaliados 1 e 3 meses após início do tratamento. Outros exames devem ser solicitados de acordo com a droga a ser utilizada.

Na fase crônica o atendimento deve ser feito em unidade de referência com profissionais capacitados para atender pacientes com este perfil. Os medicamentos desta fase de tratamento apresentam efeitos adversos próprios de cada classe terapêutica e necessitam de monitorização clínica e laboratorial específica antes e durante o uso, devendo ser prescrito por profissionais capacitados. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da dor crônica traz informações importantes para dor crônica, apesar de não ser específico para o tratamento da dor crônica no chikungunya.

Há um número limitado de publicações relativas a uso de drogas na fase crônica da chikungunya, com trabalhos com pequeno número de pacientes, utilizando diferentes metodologias, que não permite no momento tirar conclusões de eficácia de drogas, ou avaliar superioridade entre as diferentes terapias (LAMBALLERIE et al., 2008; PANDYA, 2008; PADMAKUMAR et al., 2009; CHOPRA; SALUJA; VENUGOPALAN, 2014; BRITO et al., 2016). Muitas das drogas têm sido utilizadas extrapolando-se a experiência com estes fármacos em doenças reumáticas crônicas (ARROYO-ÁVILA; VILÁ, 2015; SIMON et al., 2015; BEN-ZVI et al., 2012).

Apesar de inexistência de estudos de comparação de eficácia entre metotrexato e hidroxiclороquina em chikungunya, optamos por recomendar no tratamento desta fase a hidroxiclороquina como primeira escolha, por seus conhecidos efeitos anti-inflamatórios no controle da artrite e da dor musculoesquelética (BEN-ZVI et al., 2012). Também há potencial ação antiviral (THIBERVILLE et al., 2013), mas principalmente por ser uma droga mais segura quando comparada ao uso de metotrexato a ser prescrita por não especialistas.

Para o tratamento da fase crônica da doença, pode ser iniciado a hidroxiclороquina na dose de 6 mg/kg/dia (dose máxima 600 mg/dia) via oral (VO), por um período de seis semanas (Fluxograma 3, Anexo A) BRITO et al., 2016).

Após seis semanas, deve-se reavaliar por meio da Escala Visual Analógica (EVA), se o paciente estiver sem dor, o tratamento deve ser interrompido. Caso a EVA seja menor que 4, o tratamento deve ser mantido por mais seis semanas, podendo ser associado a analgésicos, como sugeridos no protocolo da fase aguda (Fluxograma 1A, Apêndice A) (BRITO et al., 2016). Caso a dor persista com a EVA maior que 4, deve-se associar a sulfassalazina (500 mg), dois comprimidos em intervalos de 12/12h, (2 g/dia), à hidroxiclороquina por mais seis semanas. Essa combinação mostra-se efetiva no controle dos sintomas articulares nos pacientes refratários ao tratamento utilizado anteriormente (ARROYO-ÁVILA; VILÁ, 2015).

O paciente deverá retornar para avaliação após seis semanas, quando será aplicada a EVA, se ele estiver sem dor a medicação deverá ser suspensa. Caso a dor persista, com uma EVA menor que 4, a associação de hidroxiclороquina e sulfassalazina deverá ser mantida por mais seis semanas. Se a EVA for maior que 4, a associação deverá ser substituída por metotrexato comprimido de 2,5 mg, na dose inicial de 10 mg/semana por via oral, podendo progredir até a dose de 25 mg/semana. O ácido fólico deve estar sempre associado na dose de 5 mg semanal, no dia seguinte ao da tomada ao metotrexato (SIMON et al., 2015).

O paciente deverá retornar após seis semanas. Caso não persista o quadro de dor, a medicação deverá ser suspensa. Caso haja persistência do quadro algico, deverá ser encaminhado ao reumatologista para ampliar a investigação diagnóstica.

Ficar atento aos principais efeitos colaterais do metotrexato que incluem: hepatotoxicidade, mielotoxicidade, efeitos gastrointestinais, entre outros. É necessário o ajuste da dose em pacientes com alterações de função renal, sendo contraindicado naqueles com *clearence* de creatinina menor que 30 ml/min.

Na fase crônica, para os pacientes que não respondem ao tratamento, os autoanticorpos (fator reumatoide, anticorpos antipeptídeo citrulinado – antiCCP e anticorpos antinucleares) e marcadores moleculares (HLA-B27) devem ser solicitados para o diagnóstico diferencial da artrite inflamatória crônica de acordo com a doença suspeita e recomendações dos consensos.

Os efeitos colaterais da hidroxicloroquina são principalmente distúrbios visuais, hematológicos, alopecia, entre outros. Os pacientes com deficiência de G6PD, insuficiência hepática, porfiria, psoríase, miopatias e cardiomiopatia apresentam maior risco de efeitos adversos.

As lesões devido à toxicidade oftalmológica são raras e relacionadas com o tempo de utilização das drogas e tendem a acontecer após cinco anos de uso da medicação, sendo inferior a 1% em cinco anos e menor que 2% após dez anos. Os Consensos Brasileiro de Artrite Reumatoide e a portaria do Ministério da Saúde de 2014 recomendam, para portadores de artrites crônicas que farão uso prolongado da hidroxicloroquina, que realizem exame oftalmológico inicial e, após cinco anos de uso da medicação, anualmente. Caso esses pacientes possuam fator de risco para maculopatia (tais como insuficiências renal ou hepática) devem realizar exame oftalmológico inicial e anualmente, não aguardando cinco anos para iniciar as avaliações anuais.

Nos casos de chikungunya o tempo de utilização da hidroxicloroquina estará limitada a poucos meses, esperando-se que haja regressão dos sintomas e suspensão da medicação. Porém, para os casos em que o especialista considerar a necessidade de uso prolongado, a avaliação oftalmológica deverá ser oferecida dentro do primeiro ano do início da droga e deverá seguir o controle oftalmológico padrão recomendado após cinco anos.

Os medicamentos para tratamento da dor de chikungunya estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Medicamentos para o tratamento da dor de pacientes com chikungunya

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Paracetamol comprimidos	Comp. de 500 e 750 mg	500 mg a intervalos de 4 a 6 horas (dose máxima 8 comprimidos/dia) ou 750 mg a intervalos de 6 a 8 horas (dose máxima 5 comprimidos/dia)	Não se utiliza comprimido em menores de 12 anos. Dose máxima de paracetamol: 4 gramas/dia.
Paracetamol gotas	200 mg/ml (1 ml=15 gotas=200 mg; 1 gota=13 mg)	Crianças com idade entre 0-29 dias: 10-15 mg/kg de 6-8 horas Crianças com idade entre 30 dias a 3 meses: 10 mg/kg a cada 6-8 horas Crianças com idade entre 3 e 12 meses e de 1 a 12 anos: 10-15 mg/kg a cada 6-8 horas	Dose máxima de paracetamol: 4 gramas/dia = 275 gotas/dia.
Dipirona comprimidos	Comp. 500 mg ou 1g	Adultos e > 15 anos: 1 a 2 comp. de 500 mg até 4 x/dia ou ½ a 1 comp de 1 g até 4x/dia	
Dipirona gotas	500 mg/ml (1 ml=20 gotas=500 mg; 1gota=25 mg)	Adultos e >15 anos: 20 a 40 gotas 4 vezes ao dia <15 anos: As crianças devem receber dipirona monitorada conforme seu peso e recomendações do fabricante	Crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5 kg não devem ser tratadas com dipirona.
Codeína	Comp. 30 mg Solução oral 3 mg/ml	Adulto: 30 mg (de 15 a 60 mg), a cada 4 ou 6 horas (dose máxima 360 mg) Criança > 1 ano: 0,5 mg/kg/ peso corporal ou 15 mg/m ² de superfície corporal a cada 4 a 6 horas. (dose máxima 60mg/dia)	Indicado para casos de dor refratária a paracetamol e dipirona. Não recomendado para criança prematura ou recém-nascido. Efeito adverso mais frequente é a sonolência.
Tramadol*	Comp. 50 mg e 100 mg Solução oral: 1 ml = 40 gotas = 100 mg	Adultos e > 14 anos: 01 comp. de 50mg ou 20 gotas que pode ser repetidas, a cada 4-6 horas (dose máxima 400 mg/dia = 8 comprimidos de 50 mg/dia = 160 gotas/dia)	Contraindicado até os 14 anos de idade. Em virtude da presença de náusea associada ao tramadol, deve-se administrar 10 mg de bromoprida associado ao tramadol.

Continua

Continuação

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Amitriptilina	Comp. 25 mg e 75 mg	Adulto: 50 mg/dia	Prescrito para dor neuropática. Principais efeitos colaterais: sensação de boca seca, sonolência e ganho de peso. Não deve ser prescrita em pacientes com história de arritmia e em associação com inibidores da monoaminooxidases (Imao), (fenelzina, tranilcipromina e isocarboxazida). Evitar uso em idosos.
Gabapentina	Cápsula 300 mg e 400 mg	Adulto: 300 mg, a cada 12 horas, pode ser necessário aumentar a dose até 1.200 mg/dia	Prescrito na dor neuropática. Em idosos iniciar com dose baixa e aumento progressivo pelo risco de sedação e sonolência.
Ibuprofeno	Comp. 200 mg, 300 mg e 600 mg Suspensão oral 50 mg/ml	Adulto: 600 mg 8/8h (dose máxima 2.400 mg/dia) Criança: 30 a 40 mg/kg/dia, dividido em 3 a 4 vezes ao dia (dose máxima 2.400 mg/dia)	Não deve ser usada na fase aguda da doença (primeiros 14 dias) pelo risco de complicações hemorrágicas e disfunção renal. Alertar para riscos em pacientes idosos ou com doenças crônicas degenerativas como, diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas, hepatopatas, cardiopatas, entre outras. Exames de função renal e hepática devem ser solicitados antes de iniciar o tratamento em pacientes de risco.
Naproxeno	Comp. 250 mg e 500 mg	10 a 20 mg/kg/dia de 12/12h (dose máxima 1.000 mg/dia)	Não deve ser usada na fase aguda da doença (primeiros 14 dias) pelo risco de complicações hemorrágicas e disfunção renal. Alertar para riscos em pacientes idosos ou com doenças crônicas degenerativas, como diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas, hepatopatas, cardiopatas, entre outras. Exames de função renal e hepática devem ser solicitados antes de iniciar o tratamento em pacientes de risco.