



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**Resolução CIB Nº 046 de 25 de junho de 2009.**

**Dispõe sobre o fluxo para credenciamento e descredenciamento de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Estado de Mato Grosso.**

**A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais e considerando:**

**I- A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a estratégia Saúde da Família (SF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);**

**II- A Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da família – NASF;**

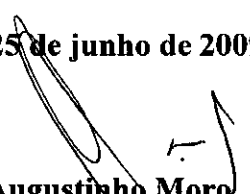
**III- A Portaria nº 058/GBSES de 30 de abril de 2009 que define critérios para suspensão dos incentivos financeiros estaduais à estratégia Saúde da Família (SF), às equipes de Saúde Bucal (SB) e ao Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais (PASCAR).**

**RESOLVE:**

**Art. 1º - Estabelecer o fluxo de credenciamento e descredenciamento das Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) conforme Anexo Único desta Resolução e Instrução Normativa CIB/MT Nº 002/2009 de 25/06/2009.**

**Art. 2º- Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura, tornando sem efeito todas as disposições em contrário, ficando revogada, em especial, a Resolução CIB nº 041 de 03/12/1999, a Resolução CIB nº 015 de 27/07/2001 e a Resolução CIB nº 060 de 06/12/2002.**

**Cuiabá, 25 de junho de 2009.**

  
**Augustinho Moro**  
**Presidente da CIB/MT**

  
**Deriane Gouvêa**  
**Presidente do COSEMS/MT**



Centro Político Administrativo, Bl. 05  
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

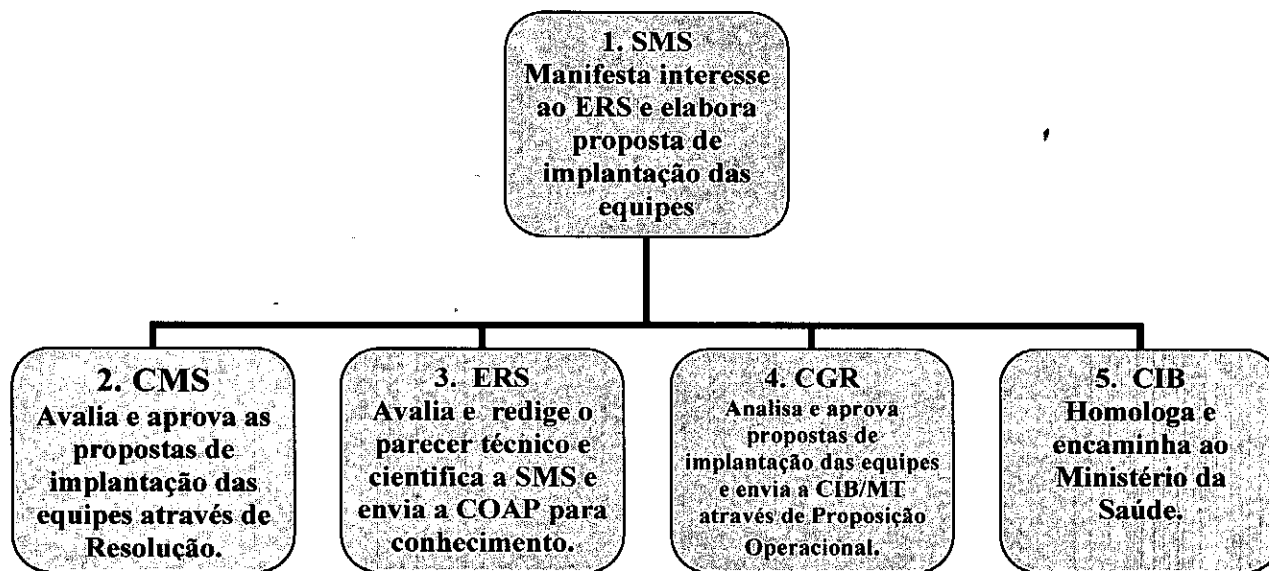
Telefone: (0\*\*65) 613-5409 – e-mail: cib@ses.mt.gov.br





**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**ANEXO ÚNICO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 046 DE 25 DE JUNHO DE 2009**



1. A **Secretaria Municipal de Saúde - SMS** manifesta interesse ao Escritório Regional de Saúde (ERS) para elaboração da proposta de implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
2. A Proposta é submetida ao **Conselho Municipal de Saúde – CMS** para avaliação e aprovação, através de Ata e/ou Resolução.
3. O **Escritório Regional de Saúde – ERS** avalia a proposta, realiza visita a Unidade de Saúde do município proponente e redige o parecer técnico, dá ciência a SMS e envia a Coordenadoria de Atenção Primária – COAP para conhecimento e providências.
4. O **Colegiado de Gestão Regional – CGR** analisa e aprova as propostas de implantação das equipes e envia a CIB/MT através de Proposição Operacional.
5. A **Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso (CIB-MT)** homologa a Proposição Operacional e encaminha ao Ministério da Saúde - MS para providencias.

*Assinatura*



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 002 DE 25 DE JUNHO DE 2009**

**DO CREDENCIAMENTO:**

**I** – As Secretarias Municipais de Saúde – SMS devem manifestar interesse de proposta de implantação de Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ao Escritório Regional de Saúde (ERS) que disponibilizará orientações necessárias para estruturação e elaboração das referidas propostas.

**II** – As Secretarias Municipais de Saúde – SMS devem elaborar as propostas de implantação das equipes da seguinte forma:

- a) Equipes de Saúde da Família - ESF, preencher modelo de projeto de implantação conforme Anexo I.
- b) Equipe de Saúde Bucal - ESB preencher o Formulário para Qualificação da ESB, conforme Anexo II.
- c) Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF deverá utilizar o modelo proposto no Anexo III da Portaria Nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008.

**III** - A proposta preceituada deverá ser submetida ao Conselho Municipal de Saúde para avaliação e aprovação, devendo a proposta ser registrada em Ata e elaborada uma Resolução.

**IV** - A Ata e/ou Resolução do Conselho Municipal de Saúde deve ser encaminhada pela SMS ao respectivo Escritório Regional de Saúde.

**V** – O Escritório Regional de Saúde – ERS avalia a proposta e redige o parecer técnico, cientifica a SMS e envia a Coordenadoria de Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – COAP/SES/MT.

**VI** – O ERS terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias, após a data do protocolo de entrada da proposta de implantação, para emitir parecer técnico, submeter ao Colegiado de Gestão Regional para aprovação, e encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso (CIB-MT) para homologação.

**VII** - O Colegiado de Gestão Regional – CGR analisa e aprova a proposta de implantação das equipes e envia a CIB/MT através de Proposição Operacional.



Centro Político Administrativo, Bl. 05  
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0\*\*65) 613-5409 – e-mail: [cib@ses.mt.gov.br](mailto:cib@ses.mt.gov.br)

M:\CIB 2009\RESOLUÇÕES CIB\_MT\3ª\_REUNIÃO\_CIB\_25\_06\_2009\RESCIB\_046\_25\_06\_2009\_Credenciamento e descredenc. de (ESF), (ESB), (ACS) e dos (NASF)\_ III.doc



*Assinatura*



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**VIII** – Caso o parecer técnico seja desfavorável o ERS deverá negociar, junto a SMS proponente, as adequações necessárias.

**IX** – O ERS submeterá a proposta para pactuação no Colegiado de Gestão Regional – CGR, sob forma de Proposição Operacional que após aprovação deve ser encaminhada a CIB/MT para homologação.

**X** – Homologada em CIB/MT, a Proposição Operacional se transformará em Resolução CIB/MT e expedida ao Ministério da Saúde.

**XI** - As atividades, então iniciadas, serão obrigatoriamente registradas, em caráter imediato, nos Sistemas de Informação em Saúde: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Relatório de Monitoramento Mensal das Ações de Saúde Bucal, somente após a homologação pela CIB-MT.

**XII** - Estabelecer que para ampliação do número de ACS no município, o ERS deve encaminhar para a Coordenação da estratégia Saúde da Família no Estado, a Declaração de Incentivo ao PACS, contendo o número de ACS que faz jus ao recebimento de incentivos do PAB-variável, assinada pelo presidente da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/MT e encaminhada ao Ministério da Saúde.

**XIII** - Estabelecer que para a mudança de modalidade das ESB será necessário: aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde e envio da cópia da ata para o respectivo ERS; preenchimento do anexo II desta Instrução Normativa e parecer técnico favorável do ERS. Após, a solicitação deve ser submetida à aprovação do Colegiado de Gestão Regional e seguirá o fluxo conforme estabelecido na Resolução CIB N° 46 de 25 de junho de 2009.

**ELEMENTOS INDISPENSÁVEIS PARA APROVAÇÃO DAS  
PROPOSTAS DE IMPLANTAÇÃO DAS EQUIPES**

- a) Conselho Municipal de Saúde (CMS) em funcionamento regular, avaliado através da cópia das três últimas Atas do CMS.
- b) Cópia da Ata e ou/Resolução do CMS aprovando a proposta de implantação.
- c) População da área de abrangência de acordo com o preconizado pela Portaria GM N° 648/2006, para ESF, ESB e ACS.
- d) Estruturação da referência e contra-referência, em conformidade com as responsabilidades definidas pela Portaria GM N° 648/2006.
- e) Estrutura física da Unidade de Saúde da Família compatível com o disposto na Portaria GM N° 648/2006 e Portaria N° 058/2009/GBSES.
- f) Estrutura Física do NASF compatível com o disposto na Portaria GM N° 154/2008;
- g) O profissional da ESF ou ESB não deve exercer a função simultânea de Secretário de Saúde ou de Coordenador de Atenção Básica e/ou Saúde Bucal.



Centro Político Administrativo, Bl. 05  
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0\*\*65) 613-5409 – e-mail: [cib@ses.mt.gov.br](mailto:cib@ses.mt.gov.br)

M:\CIB 2009\RESOLUÇÕES CIB\_MT\3\*REUNIÃO\_CIB\_25\_06\_2009\RESCIB\_046\_25\_06\_2009\_Credenciamento e descredenc. de (ESF), (ESB), (ACS) e dos (NASF)\_ III.doc



*Assinatura*



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**DO DESCREDENCIAMENTO:**

**I** – Os critérios e os prazos para credenciamento das ESF, ESB e ACS estão estabelecidos na Portaria N° 058/2009/GBSES de 30 de abril de 2009.

**II** – Após o término dos prazos definidos na Portaria acima mencionada, a solicitação de credenciamento será encaminhada à CIB-MT sob forma de Proposição Operacional do Colegiado de Gestão Regional, para homologação da referida solicitação junto ao Ministério da Saúde.

**III** – Após homologação na CIB-MT cabe à Secretaria Executiva da CIB/MT informar oficialmente ao Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, o município e a (s) respectiva (s) ESF (s), ESB (s) e/ou Agente (s) Comunitário (s) de Saúde a ser (em) credenciado (os), conforme decisão da CIB-MT.

**OBSERVAÇÃO:** Quanto ao NASF, fica estabelecido o disposto na Portaria N° 154/GM de 24 de janeiro de 2008.



Centro Político Administrativo, Bl. 05  
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0\*\*65) 613-5409 – e-mail: [cib@ses.mt.gov.br](mailto:cib@ses.mt.gov.br)





**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**ANEXO I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 002 DE 25 DE JUNHO DE 2009.**

**MODELO PARA PROJETOS DE IMPLANTAÇÃO – ESF E PACS**

**I – CARACERIZAÇÃO GERAL**

Nome do Município:

Nome e/ou Nº da Equipe de Saúde Família:

Área geográfica de atuação: Bairro/ Comunidade

Critério para escolha da área de atuação:

População estimada:

**II – MAPEAMENTO DA ÁREA DA ESF**

| Segmento<br>Territorial<br>Urbano (U)<br>Rural (R) | Micro<br>área | Delimitação<br>- | Nº de<br>famílias | ACS responsável |
|----------------------------------------------------|---------------|------------------|-------------------|-----------------|
|                                                    |               |                  |                   |                 |
|                                                    |               |                  |                   |                 |
|                                                    |               |                  |                   |                 |
|                                                    |               |                  |                   |                 |
|                                                    |               |                  |                   |                 |
|                                                    |               |                  |                   |                 |

Total de micro áreas:

Total de Famílias:

**III – INFRA-ESTRUTURA**

**1. ESTRUTURA FÍSICA**

A Unidade de Saúde é: ( ) alugada ( ) própria

Observação: A estrutura física deve estar em conformidade com o Anexo II da Portaria Nº058/2009/GBSES de 30 de abril de 2009.



Centro Político Administrativo, Bl. 05  
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0\*\*65) 613-5409 – e-mail: [cib@ses.mt.gov.br](mailto:cib@ses.mt.gov.br)

M:\CIB 2009\RESOLUÇÕES CIB\_MT\3ª\_REUNIÃO\_CIB\_25\_06\_2009\RESCIB\_046\_25\_06\_2009\_Credenciamento e descredenc. de (ESF), (ESB), (ACS) e dos (NASF)\_ III.doc





GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

2. MATERIAL PERMANENTE

|              | Existentes | Quantidade | A adquirir* | Quantidade |
|--------------|------------|------------|-------------|------------|
| EQUIPAMENTOS |            |            |             |            |
|              |            |            |             |            |
|              |            |            |             |            |
|              |            |            |             |            |

\* **PRAZO LIMITE:** Até o recebimento do recurso para implantação da ESF transferido pelo Ministério da Saúde.

OBS: a relação mínima encontra-se no Anexo III da Portaria N°058/2009/GBSES de 30 de abril de 2009.

3. RECURSOS HUMANOS

| Categoria Profissional             | Forma de Seleção | Forma de Contratação | Jornada de Trabalho |
|------------------------------------|------------------|----------------------|---------------------|
| Médico                             |                  |                      |                     |
| Enfermeiro                         |                  |                      |                     |
| Auxiliar /técnico de Enfermagem    |                  |                      |                     |
| Agente Comunitário de Saúde (ACS)  |                  |                      |                     |
| Cirurgião Dentista                 |                  |                      |                     |
| Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)      |                  |                      |                     |
| Técnico em Saúde Bucal (TSB)       |                  |                      |                     |
| Outros Profissionais (especificar) |                  |                      |                     |

IV – METAS DAS AÇÕES PROGRAMADAS

| Área de Atuação         | Ações Propostas* | Quantitativos de Ações Programadas por ano para a Equipe |
|-------------------------|------------------|----------------------------------------------------------|
| Saúde da Criança        |                  |                                                          |
| Saúde da Mulher         |                  |                                                          |
| Controle do Diabetes    |                  |                                                          |
| Controle da Hipertensão |                  |                                                          |
| Controle da Hanseníase  |                  |                                                          |
| Controle de Tuberculose |                  |                                                          |
| Saúde do Idoso          |                  |                                                          |
| Saúde do Adolescente    |                  |                                                          |



Centro Político Administrativo, Bl. 05  
CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0\*\*65) 613-5409 – e-mail: cib@ses.mt.gov.br





**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

|                                                        |  |  |
|--------------------------------------------------------|--|--|
| Promoção da Saúde                                      |  |  |
| Saúde Mental                                           |  |  |
| Vigilância Epidemiológica                              |  |  |
| Ações que atendam as necessidades locais (especificar) |  |  |

\*As ações propostas devem incluir as de promoção, prevenção e clínicas, objetivando o enfrentamento dos determinantes, condicionantes e danos à saúde, com foco no indivíduo e sua inserção na família e no contexto social.

**V – AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES**

| <b>Instrumento de Avaliação</b>                                            | <b>Forma de Acompanhamento Proposta</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| SIAB                                                                       |                                         |
| Indicadores da Atenção Básica inseridos no Pacto pela Saúde                |                                         |
| Pacto de Gestão                                                            |                                         |
| Instrumento próprio para acompanhamento das ações programadas pela equipe. |                                         |

**VI – FINANCIAMENTO DAS ÁREAS DE IMPLANTAÇÃO**

| <b>Despesas</b>    | <b>Despesas com Pessoal</b> | <b>Despesas com Material/manutenção</b> | <b>Estruturação</b> | <b>Total</b> |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|---------------------|--------------|
| Atual              |                             |                                         |                     |              |
| Proposta com SF/SB |                             |                                         |                     |              |

| <b>Receitas</b> | <b>Recursos Municipais</b> | <b>Recursos Estaduais</b> | <b>Incentivo MS</b> | <b>Total</b> |
|-----------------|----------------------------|---------------------------|---------------------|--------------|
| Atual           |                            |                           |                     |              |
| Proposta SF/SB  |                            |                           |                     |              |

*Assinatura*



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**VII – DEFINIÇÃO DAS REFERÊNCIAS PARA A MÉDIA COMPLEXIDADE, EM CONFORMIDADE COM A REDE MUNICIPAL E PPI**

| Ações de Referência             | Nome e Local da Unidade de Referência | Formas de Encaminhamento |
|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Atendimentos Especializados     |                                       |                          |
| Atendimentos de Urgências       |                                       |                          |
| Exames de Laboratório           |                                       |                          |
| Radiodiagnóstico                |                                       |                          |
| Reabilitação                    |                                       |                          |
| Internação nas Clínicas Básicas |                                       |                          |

OBS: As ações e serviços constituintes da rede municipal atendem as necessidades locais? Se não, especificar:

Responsável pelo projeto:

Assinatura do gestor:

Local e data:



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

**ANEXO II DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CIB/MT Nº 002 DE 25 DE JUNHO DE 2009**

**FORMULÁRIO PARA QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL**

**1. Identificação do Município**

Município \_\_\_\_\_ Tel/Contato: \_\_\_\_\_

Nº Inscrição no IBGE \_\_\_\_\_ /CNES \_\_\_\_\_ ERS responsável: \_\_\_\_\_

Agência bancária: \_\_\_\_\_ C/c: \_\_\_\_\_ (conta somente para recebimento de Incentivo Estadual – ESB)

**2. Endereço e telefone da UBS onde funciona a Equipe de Saúde Bucal**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Identificação da ESF estabelecendo a relação com a Equipe de Saúde Bucal.**

| ESF | Equipe de Saúde Bucal |                             |
|-----|-----------------------|-----------------------------|
|     | MOD. I<br>(CD, ACD)   | MOD II<br>(CD, TSB,<br>ASB) |
| 1-  |                       |                             |
| 2-  |                       |                             |
| 3-  |                       |                             |
| 4-  |                       |                             |
| 5-  |                       |                             |
| 6-  |                       |                             |
| 7-  |                       |                             |
| 8-  |                       |                             |

**4. Identificação da Equipe de Saúde Bucal:**

| Nome dos profissionais identificando as equipes |  | Categoria Profissional<br>(CD, TSB,<br>ASB) | Nº CRO |
|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--------|
| Equipe 1                                        |  |                                             |        |
|                                                 |  |                                             |        |
|                                                 |  |                                             |        |
| Equipe 2                                        |  |                                             |        |
|                                                 |  |                                             |        |
|                                                 |  |                                             |        |
| Equipe 3                                        |  |                                             |        |
|                                                 |  |                                             |        |
|                                                 |  |                                             |        |



Centro Político Administrativo, Bl. 05

CEP 78.050-970 – Cuiabá - MT

Telefone: (0\*\*65) 613-5409 – e-mail: cib@ses.mt.gov.br

M:\CIB 2009\RESOLUÇÕES CIB\_MT\3ª\_REUNIÃO\_CIB\_25\_06\_2009\RESCIB\_046\_25\_06\_2009\_Credenciamento e descredenc. de (ESF), (ESB), (ACS) e dos (NASF)\_ III.doc



*Assinatura*



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

|          |  |  |  |
|----------|--|--|--|
| Equipe 4 |  |  |  |
|          |  |  |  |
|          |  |  |  |
| Equipe 5 |  |  |  |
|          |  |  |  |
|          |  |  |  |
| Equipe 6 |  |  |  |
|          |  |  |  |
|          |  |  |  |
| Equipe 7 |  |  |  |
|          |  |  |  |
|          |  |  |  |
| Equipe 8 |  |  |  |
|          |  |  |  |
|          |  |  |  |

\_\_\_\_\_  
Prefeito Municipal

\_\_\_\_\_  
Secretário Municipal de Saúde

\_\_\_\_\_  
Escritório Regional de Saúde