

**OBSERVATÓRIO  
DE BOAS PRÁTICAS DE  
EQUIDADE**

**BRASIL PARTICIPATIVO -  
PASSO A PASSO**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

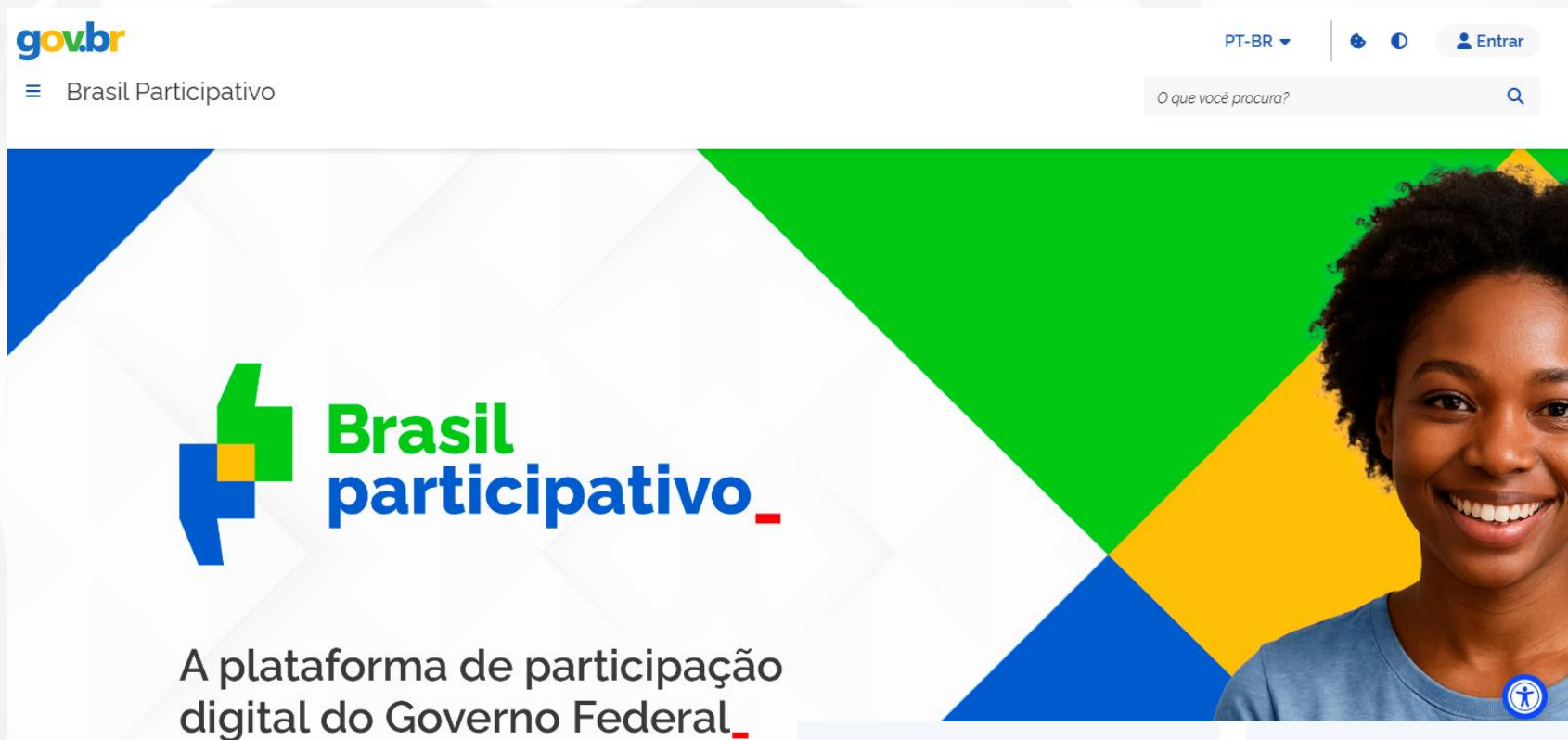




Ambiente dedicado a reunir e divulgar experiências de gestão do cuidado em saúde.

Mais do que um repositório, é um espaço de **produção de conhecimento**, **compartilhamento de saberes** e ampliação da **visibilidade de práticas** que promovem uma Atenção Primária à Saúde mais equitativa e alinhada às necessidades da população.

A **Plataforma Brasil Participativo** é o espaço digital onde você pode apresentar ideias, votar propostas do governo , participar de debates e apresentar experiências que contribuem diretamente para melhorar o país.



The screenshot shows the top navigation bar of the gov.br website. On the left is the 'gov.br' logo and a hamburger menu icon followed by the text 'Brasil Participativo'. On the right, there is a language selector set to 'PT-BR', social media icons for Facebook and Twitter, and a login button labeled 'Entrar'. Below the navigation is a search bar with the placeholder text 'O que você procura?' and a magnifying glass icon. The main content area features a large graphic with a woman's face on the right and a stylized logo on the left. The logo consists of a blue 'B' shape, a green 'P' shape, and a yellow 'A' shape, followed by the text 'Brasil participativo' in blue and green. Below the logo, the text reads 'A plataforma de participação digital do Governo Federal'.

**Sua participação é essencial.**

1.746.555

Participantes

9.959.098

Acessos

256

Processos Participativos

# Passo a passo para acessar o formulário de inscrição do Observatório

## **Passo 1. Acesse o link:**

<https://brasilparticipativo.presidencia.gov.br/processes/observatorioequidadeaps>

**Você será direcionado à página "Brasil Participativo".**

## Passo 2. Clique em “Entrar com gov.br”



Brasil Participativo

PT-BR



Entrar

O que você procura?



### Conecte-se

Acesse o Brasil Participativo com a sua conta no **gov.br**

Entrar com **gov.br**

Are you foreign? [Click here to participate](#)



## Passo 3. Acesse sua conta gov.br



### Identifique-se no gov.br com:

 Número do CPF

Digite seu CPF para **criar** ou **acessar** sua conta gov.br

CPF

[Continuar](#)

### Outras opções de identificação:

 [Login com seu banco](#) SEU CONTA SERÁ PRAZA

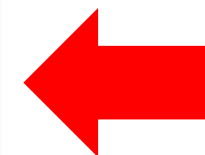
 [Login com QR code](#)

 [Seu certificado digital](#)

 [Seu certificado digital em nuvem](#)

[? Está com dúvidas e precisa de ajuda?](#)

[Termo de Uso e Aviso de Privacidade](#)



## Passo 4. Leia a solicitação de autorização que é apresentada pela plataforma e clique em "Autorizar", para prosseguir.

### Autorização para compartilhamento de Dados Pessoais

Serviço: [brasilparticipativo.presidencia.gov.br](http://brasilparticipativo.presidencia.gov.br)

O serviço que você está acessando precisa utilizar os seguintes dados associados à sua conta gov.br:

- Identidade gov.br
- Nome e foto
- Endereço de e-mail
- Confiabilidades de sua conta

O compartilhamento destes dados obedece às regras do [Aviso de Privacidade da conta gov.br](#).

Após o compartilhamento, o serviço que você está acessando passa a ser responsável pelo uso e tratamento dos seus dados. Leia o Aviso de Privacidade do serviço para entender como seus dados serão utilizados.

Ao clicar em **Autorizar**, você concorda com o compartilhamento dos dados listados e com o tratamento destas informações pelo serviço.

Você pode consultar e gerenciar suas autorizações a qualquer momento, acessando "Autorizações" na área de Privacidade.

Negar

Autorizar



**Passo 5. Leia os “Termos e condições de uso” da plataforma Brasil Participativo e clique em "Eu concordo com estes termos", para prosseguir.**

Você foi autenticado com sucesso via Govbr. ×

Atualizamos os nossos Termos de Serviço, por favor reveja-os. ×

## Termos e Condições

Obrigatório: revise as atualizações dos nossos Termos de Serviço

Por favor, dedique um momento para rever as atualizações dos nossos Termos de Serviço. Caso contrário, você não poderá usar a plataforma.

Li e estou de acordo com os [Termos de Uso](#) e a [Política de Privacidade](#)

Concorde com os termos e condições de uso

Recuse os  
termos

**Eu concordo com estes termos**



**Passo 6. Na página inicial do Observatório, leia atentamente as orientações, veja o cronograma e quando estiver pronto, clique em "Iniciar".**



[Inscrição](#) [Documentos](#)

## Observatório de Boas Práticas de Equidade na APS

O Ministério da Saúde quer conhecer sua experiência de gestão do cuidado, que aborda de maneira inovadora os desafios de saúde da população do seu território.



### Participe!

Este Observatório é um ambiente dedicado a reunir e divulgar experiências em saúde que promovem o cuidado com respeito às diferenças das populações. Se você ou sua equipe desenvolve ações de equidade nos territórios, venha fazer parte dessa iniciativa!

Mais do que um registro, esta é uma oportunidade de trazer a equidade para o cuidado integral como pilar da Atenção Primária à Saúde.

**Ajude a fortalecer a APS em todo território brasileiro e inspire outras equipes!**

[Orientações](#)

[Iniciar](#)

## Passo 7. Ao clicar em "Iniciar", será direcionado para página de inscrição:

The screenshot shows the registration page for 'Boas Práticas de Equidade na APS'. The header includes the 'Brasil Participativo' logo and a search bar. The main banner features the title 'OBSERVATÓRIO DE BOAS PRÁTICAS EQUIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE' along with the logos for SUS, Ministério da Saúde, and Governo Federal. A navigation bar below the banner has 'Inscrição' selected. The main content area includes a 'Voltar' link, the title 'Boas Práticas de Equidade na APS', and a description of the initiative's goals. A list of goals is provided, followed by instructions on how to submit reports. A 'Compartilhe aqui sua experiência!' prompt is at the bottom left. On the right, a light blue box displays '0 Respostas' and a call to action to be the first to contribute, with a 'Compartilhar' button below it.

Brasil Participativo

O que você procura?

OBSERVATÓRIO DE  
**BOAS PRÁTICAS  
EQUIDADE**  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE Governo Federal

Inscrição Documentos

< Voltar

### Boas Práticas de Equidade na APS

Aqui você e sua equipe podem apresentar suas práticas e arranjos organizativos ou inovações no cuidado que contribuem para:

- Ampliação do acesso
- Fortalecimento do vínculo
- Integralidade do cuidado

Os relatos devem reconhecer as diferentes realidades territoriais, sociais e institucionais, além de apresentar estratégias adotadas para enfrentar as desigualdades, vulnerabilidade e heterogeneidade locorregional.

Compartilhe aqui sua experiência!

0 Respostas

Seja o primeiro a contribuir para o formulário

Compartilhar

## Passo 8. Selecione o tipo de equipe que desenvolveu a experiência. Em seguida, preencha o número do CNES do estabelecimento de saúde onde a experiência foi realizada:

\* Campos obrigatórios são marcados com um asterisco

### 1. Tipologia da equipe: \*

- Equipe de Saúde da Família - eSF
- Equipe Multiprofissional - eMulti
- Equipe de Consultório na Rua - eCR
- Equipe de Atenção Primária Prisional - eAPP
- Equipe de Saúde da Família que atua com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas - Pnaisari
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR ou eSF vinculada à Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF
- Equipe de Saúde da Família que atua em território quilombola
- Equipe de Saúde Bucal - eSB
- Unidade Odontológica Móvel - UOM
- Centro de Especialidades Odontológicas - CEO
- Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRPD
- Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb

### 2. Número do CNES:

Digite os 7(sete) números do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Observação:** Caso não saiba o número do CNES do estabelecimento de saúde em que atua, é só pesquisa no site: <https://cnes.datasus.gov.br/>

## Passo 9. Na sequência, preencha as informações de quem está realizando a inscrição (autor da experiência):

### 3. Unidade da Federação (UF): \*

Selecione a sigla do estado em que a experiência foi desenvolvida.

	AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	P
UF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 4. Município: \*

Informe o nome da cidade/município onde a experiência foi desenvolvida.

35 caracteres restantes

### 5. Nome completo do responsável pela inscrição (autor): \*

### 6. Telefone de contato do responsável pela inscrição (autor): \*

Utilize o formato: XX-XXXXX-XXXX para contatos de celular ou XX-XXXX-XXXX para telefones fixos.

14 caracteres restantes

## Passo 10. Nos próximos campos, apresente as informações quanto a experiência:

7. E-mail de contato do responsável pela inscrição (autor): \*

8. Título da Experiência: \*

150 caracteres restantes

9. Nome completo do(s) profissional(is) envolvido(s) na experiência (coautores):

Informe o nome de todos(as) os(as) profissionais que participaram da experiência, separando os nomes com ponto e vírgula (;).

10. Eixo temático: \*

Selecione uma das opções abaixo.

- Eixo 1 - Equidade e Acesso: ações e estratégias para reduzir desigualdades em saúde e superar barreiras geográficas, institucionais e sociais no acesso à saúde, considerando as diferentes necessidades dos territórios e populações.
- Eixo 2 - Cuidado Integral: ações intersetoriais de cuidado e acolhimento de atenção em saúde mental com ênfase para populações em situação de vulnerabilidade.
- Eixo 3 - Participação e Comunidade: fortalecimento do vínculo entre serviço de saúde, território e comunidade.

# Passo 11. Apresente as informações quanto a experiência e fique atento(a) aos documentos que devem ser anexados:

## 11. Objetivo da Experiência: \*

Informe o que se pretendia alcançar com a ação ou intervenção.

250 caracteres restantes

## 12. Descrição com aprendizados:

Descreva como a atividade foi desenvolvida e os aprendizados proporcionados pela experiência.

1500 caracteres restantes

## 13. Imagem representativa: \* (Máximo de arquivos: 1)

**Atenção:** É obrigatória a inclusão de imagem que enriqueça a compreensão da experiência. Extensões permitidas: bmp, gif, jpeg, jpg, pdf, png, rtf, txt, devendo ser de até 100MG.

**i Limite:** Você pode selecionar até **1** arquivo(s).  
Se exceder o limite, os arquivos excedentes serão removidos automaticamente para manter apenas os primeiros 1 arquivo(s).  
**Extensões permitidas:** bmp, gif, jpeg, jpg, pdf, png, rtf, txt

 *Selecione o(s) arquivo(s)*

**Passo 12. Fique atento(a) aos documentos que devem ser anexados. Para finalizar a inscrição você deve aceitar os Termos e Condições e clicar em “Enviar”. Na tela, aparecerá a pré-visualização do formulário com as suas respostas.**


14. Imagem complementar: (Máximo de arquivos: 1)

**Atenção:** Insira uma imagem que enriqueça a compreensão da experiência. Extensões permitidas: bmp, gif, jpeg, jpg, pdf, png, rtf, txt, devendo ser de até 100MG.

**Limite:** Você pode selecionar até **1** arquivo(s).

Se exceder o limite, os arquivos excedentes serão removidos automaticamente para manter apenas os primeiros 1 arquivo(s).


**Extensões permitidas:** bmp, gif, jpeg, jpg, pdf, png, rtf, txt

 *Selecione o(s) arquivo(s)*

## Termos e Condições

Ao participar você aceita seus Termos de Serviço

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e que todos(as) os(as) envolvidos(as) na experiência autorizam o envio do relato de experiência. Também autorizo o Ministério da Saúde a utilizar, reproduzir e divulgar as informações e imagens para fins institucionais, conforme a Portaria GM/MS nº 612, de 26 de março de 2009.

 **Enviar**

**Comprovante de inscrição:** você receberá por e-mail (no e-mail cadastrado na plataforma Gov.Br) o questionário preenchido, como comprovação de sua inscrição.

**Dúvidas? Entre em contato conosco: [cgreqsaps@saude.gov.br](mailto:cgreqsaps@saude.gov.br)**

**Coordenação-Geral de Reconhecimento do Cuidado de Qualidade na Atenção Primária à Saúde (CGREQ)  
Departamento de Estratégias, Acreditação e Componentes da Atenção Primária à Saúde (DEAPS)  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)  
Ministério da Saúde (MS)**

Saúde  
Brasil 

SUS   
35 ANOS

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO DO  
  
DO LADO DO POVO BRASILEIRO