

**Conselho de Secretarias Municipais
de Saúde de Mato Grosso
Cosems-MT**

FINANCIAMENTO DO SUS

3ª Edição

Conselho de Secretarias Municipais de
Saúde de Mato Grosso - Cosems/Mt

FINANCIAMENTO DO SUS

3ª Edição

Cuiabá – Mato Grosso
2022

© 2022 Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F491 FINANCIAMENTO DO SUS / Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – Cosems-MT. 3.ed. - - Cuiabá-MT: Cosems-MT; Doisa Organização Documental, 2022. ISBN 978-85-66308-21-1 1. SUS – Sistema Único de Saúde. 2. Financiamento do SUS. 3. Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. I. Cosems-MT. CDU 61
--

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de área técnica.

Identificação da obra: Cartilha “O FINANCIAMENTO DO SUS”

Mato Grosso. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso

O FINANCIAMENTO DO SUS/Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. – 3.ed. – Cuiabá-MT, 2022.

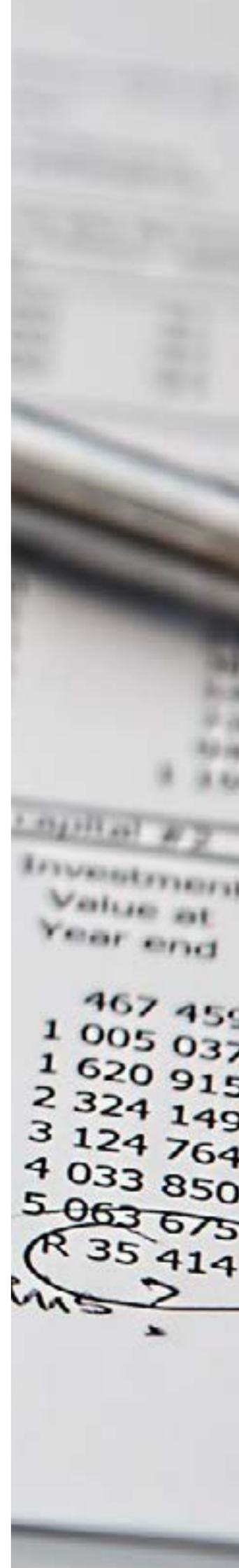
Tiragem: 3ª edição – 2022

Conselho de Secretarias Municipais de
Saúde de Mato Grosso - Cosems/Mt

FINANCIAMENTO DO SUS

3ª Edição

Cuiabá – Mato Grosso
2022



DIRETORIA EXECUTIVA DO COSEMS

Presidente - Marco Antônio Norberto Felipe
1º Vice-Presidente – Marineze de Araújo Meira
2º Vice-Presidente – Flávio A. dos Santos
1º Secretário -
2º Secretário - Lubiane Boer

CONSELHO DELIBERATIVO

Vice-presidentes Regionais (Titulares)
Região de Alto Tapajós: Fabiana Patrícia Leocádio Soares Pessoa
Região Baixada Cuiabana: Rosa Maria B. Manzano
Região Araguaia Xingu: Romeu Martinez
Região Araguaia Carajás: Rosane Farias
Região Centro Norte Mato-grossense: Flávio Vinicius Fonseca de Sá
Região Garças Araguaia: Magno Sousa Martins Vieira
Região Médio Araguaia: Eberson Mateus dos Santos
Região Médio Norte Mato-grossense: Aluirson Figueiredo Neto Júnior
Região Norte Mato-grossense: Gislaine Maria da Silva
Região Noroeste Mato-grossense: Marcela Adriana Américo Ortolan
Região Oeste Mato-grossense: Hudson Cunha Ramos
Região Sudoeste Mato-grossense: Odair Cezar Morch
Região Sul-mato-grossense: Michel Lucas Rocha
Região Teles Pires: Fátima Aparecida Malinski
Região Vale do Arinos: Nolar Soares de Almeida
Região Vale do Peixoto: Casciano Martins Reis

CONSELHO FISCAL (Titulares)

Waldir Alessandro
Jovelino Alves de Almeida
Mariluci C. Gonçalves

REPRESENTANTE CONARES

Suelen Danielen Allind

EQUIPE TÉCNICA

Adriano Bispo Zeferino de Paula
Adrielle Rodrigues
Ana Paula Louzada
Darilene Maria Tenório Santos
Elizabeth de Arruda Pinto
Rogério Noro

EQUIPE DE APOIO REGIONAL

Aline Priscila Guedes Rocha
Cristian Eduardo Bonapaz
Deriane Gouveia de Oliveira
Elisângela Dias Viotto
Erislane Aparecida de Oliveira
Iza Karolyne de Assis
Jessica Souza Rocha Valim
Nayara Mascarenhas
Leonardo Sousa de Moraes
Lilian Rosa Tavares da Silva Bernardo
Maria Pinheiro Fernandes
Midiã A. Rissotte
Edécio Junker Moreira
Ruberlan da Silva Resende
Valdecir Correia Paz
Fernanda Mercelle de Almeida Deliberali

ELABORAÇÃO TÉCNICA (COSEMS/MT)

Elizabeth de Arruda Pinto

REVISÃO:

Adriele Rodrigues

EDITORIAÇÃO

Alessandra Reis

Endereço para correspondência:

Conselho de Secretarias Municipais
de Saúde de Mato Grosso – COSEMS/MT
Avenida Doutor Hélio Ribeiro, nº 525,
Bairro Alvorada, Edifício Helbor Dual Business,
Office e Corporate, Salas 411 e 412
CEP: 78048-250
Fone Fax: (65)3644-2406 Fone: (65)36443914
e-mail: cosems@cosemsmt.org

Impresso no Brasil

ME TAX

30TH EDITION



Bank Charges
Machado
Oshoek
AGM
Op
B
Rail
leather
Charges
at 2 years
Bank Charges
Bank Charges
Bank Charges
Bank Charges
Bank Charges
Bank Charges

(49.50)
(49.50)
800
800
1600.00
(77.50)
(49.50)
(49.50)
(49.50)
(49.50)
(49.50)
(49.50)
(49.50)

Apresentação

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso – COSEMS/MT, considerando as dificuldades dos gestores municipais na execução dos processos de planejamento e gestão da saúde para atender às necessidades de saúde da população e considerando a demanda dos gestores de saúde por capacitações na área de gestão dos processos de planejamento e financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vem publicar a 3ª Edição da Cartilha sobre “**Financiamento do SUS**”, elaborada conforme as normas e parâmetros atuais que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS, e tem como objetivo fornecer orientações e informações sobre o Sistema de Planejamento e Financiamento do SUS, bem como a aplicação de recursos financeiros transferidos aos municípios, através dos Fundos de Saúde.

A decisão pela 3ª Edição da Cartilha partiu da necessidade dos gestores de possuir um instrumento orientador atualizado sobre o planejamento e financiamento da saúde, prin-

cipalmente na aplicação dos recursos financeiros da saúde, transferidos pelos Governos Federais e Estaduais, bem como a utilização dos recursos próprios do município.

O trabalho enfatiza aspectos do Planejamento e Financiamento do SUS, visando construir um instrumento que atenda na prática, o cotidiano dos Gestores Municipais de Saúde.

A cartilha aborda de forma resumida as regras do planejamento e financiamento, enfatizando os Blocos de Financiamento do SUS: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada à Saúde, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos.

Desta forma, o COSEMS/MT espera contribuir para o fortalecimento da gestão municipal.

Marco Antônio Norberto Felipe
Presidente do COSEMS/MT



Sumário

1	INTRODUÇÃO	13
2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
2.1	Conselhos de Saúde	14
3	O SUS E A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS	15
4	PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI	16
4.1	Distribuição Espacial dos Municípios de Mato Grosso, por 16 (dezesesseis) Regiões de Saúde.	17
4.2	Composição das 16 (dezesesseis) Regiões de Saúde de MT	17
4.3	Distribuição Espacial das 6 Macrorregiões de Saúde de MT	18
4.4	Composição das 6 (seis) Macrorregiões de Saúde de MT	19
4.5	Distribuição Espacial das 5 Macrorregiões de Saúde	19
4.6	Composição das 5 (cinco) Macrorregiões de Saúde de MT	20
5	A GESTÃO DO SUS	20
6	INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS	22
6.1	Plano Plurianual - PPA	22
6.2	Lei de Diretrizes Orçamentária - LDO	23
6.3	Lei Orçamentária Anual – LOA	23
6.3.1	Orçamento Municipal de Saúde	24
6.3.2	Despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde	31
6.4	Plano Municipal de Saúde - PMS	32
6.5	Programação Anual de Saúde - PAS	33
6.6	Relatório Anual de Gestão - RAG	34
6.7	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA	35
6.8	Mapa da Saúde	36
6.9	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde - PGASS	37
7	ACOMPANHAMENTO E CONTROLE	38
7.1	Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde - SIOPS	38
7.2	Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP	41
8	FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS	41
8.1	Legislações Básicas	42
8.2	Financiamento do SUS – Recursos Federais	48

8.2.1	Programações Orçamentárias que Oneram as Transferências de Recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e a Vinculação desses Programas de Trabalho com os Blocos de Financiamentos. (Portaria SPO Nº 1, de 25/01/2022)	49
8.2.2	Destinação dos Recursos conforme os Blocos (Portaria 828/2020)	50
8.2.3	Devolução de Recursos da União	51
8.2.4	Atenção Primária à Saúde - APS	54
	Equipe de Saúde da Família (eSF)	54
	Equipe de Atenção Primária (eAP) ou Equipe de Atenção Básica (eAB)	55
8.2.4.1	Financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) – Programa Previne Brasil	56
8.2.4.2	Ações e Programas Estratégicos da Atenção Primária à Saúde (APS)	61
	a) Equipe de Saúde Bucal (eSB)	62
	b) Unidade Odontológica Móvel (UOM)	63
	c) Equipe Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)	64
	d) Equipes de Consultório na Rua (eCR)	65
	e) Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)	67
	f) Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) ou Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF)	68
	g) Profissionais Microscopistas	70
	h) Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	71
	i) Programa de Academia da Saúde	74
	j) Programa Saúde na Hora	76
	k) Programa de Formação Profissional nos municípios com residência médica e multiprofissional, no âmbito da APS	80
	l) Programas de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS – Informatiza SUS	82
	m) Programa Saúde na Escola (PSE)	83
	n) Programa de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade	84
	o) Programa Mais Médico pelo Brasil	86
8.2.5	Média e Alta Complexidade - MAC	90
8.2.5.1	Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	90
8.2.5.2	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC	91
8.2.5.3	Serviços Especializados da MAC (por encaminhamento de Unidade Básica de Saúde):	91
	a) Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	91
	b) Centro de Especialidade Odontológica (CEO)	92
8.2.5.4	Ações e Serviços da Média e Alta Complexidade	95
8.2.5.5	Rede de Atenção Psicossocial - Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	96
8.2.6	Assistência Farmacêutica	105
8.2.7	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS	111
8.2.8	Vigilância em Saúde	114
8.2.8.1	Políticas, Diretrizes e Prioridades da Vigilância em Saúde	114
8.2.8.2	Financiamento da Vigilância em Saúde	116
	a) Piso Fixo de Vigilância em Saúde – PFVS	117
	b) Piso Variável da Vigilância em Saúde - PVVS	117
	. Incentivos Financeiros para Implantação e Manutenção das ações – serviços públicos estratégicos	117
	. Incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST/AIDS e Hepatites Virais	117
	. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQAVS	117
	c) Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias - ACE	122
8.2.8.3	Financiamento da Vigilância Sanitária	123
	a) Piso Fixo da Vigilância Sanitária - PFVisa	123

	b) Piso Variável da Vigilância Sanitária - PVVisa	124
8.2.8.4	Parâmetros para Monitoramento da Regularidade na Alimentação do SINAM, SINASC e SIM	125
8.2.8.5	Diretrizes, monitoramento das Ações, Resultados e Demonstrativos do Uso dos Recursos da Vigilância em Saúde	125
8.2.8.6	Utilização dos Recursos da Vigilância em Saúde	126
	a) Despesas de Custeio	126
	b) Despesas de Capital	127
8.2.8.7	Vedação da Aplicação de Recursos do Bloco da Vigilância em Saúde	127
8.2.8.8	Contrapartida dos Municípios para a Vigilância em Saúde	128
8.2.8.9	Competências da Vigilância Epidemiológica e Ambiental	128
8.2.8.10	Competência de Vigilância Sanitária	131
8.2.8.11	Vigilância em Saúde do Trabalhador	131
	Financiamento da Saúde do Trabalhador	131
8.2.9	Gestão do SUS	133
8.2.10	Investimentos	135
8.2.10.1	Aquisição de Equipamentos e Material Permanente	135
8.2.10.2	Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS	136
8.2.10.3	Construção de Unidades de Pronto Atendimento -UPA	138
8.2.10.4	Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB	141
8.3	Financiamento do SUS – Recursos Estaduais	142
8.3.1	Atenção Primária à Saúde - APS	142
8.3.1.1	Componente Saúde da Família	144
8.3.1.2	Componente Saúde Bucal	144
8.3.1.3	Componente Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais (ACSR)	145
8.3.1.4	Acompanhamento e Suspensão dos Recursos Financeiros do Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde - APS	146
8.3.1.5	Fluxo para implantação de Equipe Saúde da Família e Equipe Saúde Bucal	147
8.3.2	Assistência Farmacêutica	147
8.3.2.1	Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação	148
8.3.2.2	Suspensão dos Recursos da Assistência Farmacêutica	149
8.3.3	Assistência de Média e Alta Complexidade - MAC	149
8.3.3.1	Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - PAICI	149
8.3.3.2	Programa de Incentivo à Regionalização das Unidades de Reabilitação, Hemoterapia e Saúde Mental do Estado de Mato Grosso	152
	Unidades Descentralizadas de Reabilitação (UDR) e Centro Especializado em Reabilitação (CER)	152
	Hemoterapia	153
	Saúde Mental	153
8.3.3.3	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192	154
8.3.3.4	Atenção Hospitalar de Referência MAC	156
8.3.3.5	Unidade de Terapia Intensiva - UTI	158
8.3.3.6	Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas	163
8.3.3.7	Hanseníase	165
8.3.3.8	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – PNAISP	165
8.3.3.9	Fundo Estadual de Equilíbrio Fiscal de Mato Grosso - FEEF/MT	166
8.3.3.10	Cirurgias Cardíacas com Toracotomia	167
8.3.3.11	Cirurgias Cardíacas Pediatras	168

8.3.3.12	Outros Cofinanciamentos Estaduais	169
9	EMENDAS PARLAMENTARES	170
9.1	Emendas Parlamentares Federais	170
9.2	Emendas Parlamentares Estaduais	176
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
11	GLOSÁRIO	183
12	ANEXOS	186
	I - Portaria 448 de 13 de Setembro de 2002 - MF/STN - DOU de 17.9.2002	
	Anexo I – 339030 – Material de Consumo	
	Anexo II – 339036 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física	
	Anexo III – 339039 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	
	Anexo IV – 449052 – Equipamentos e Material Permanente	
	II - Portaria SPO Nº 1, de 25 de janeiro de 2022.	

Introdução

Nos processos da gestão do SUS, o Decreto 7.508, de 28/06/2011 que regulamentou a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispôs sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que 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; a Portaria 2.135, de 25/09/2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Portaria de Consolidação Nº 6/2017 que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos incentivos financeiros federais para custeio das ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde suas atualizações, são instrumentos que regulamentam as práticas, os princípios e as diretrizes do Financiamento do SUS, consubstanciados na Constituição Federal/1988 e nas Leis Federais n.º 8.080/90 e 8.142/90.

O planejamento da saúde como estratégia de gestão, efetiva-se no Plano Plurianual-PPA, na Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, na Lei Orçamentária Anual - LOA, no Plano Mu-

nicipal da Saúde -PMS, na Programação Anual da Saúde - PAS, no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA e no Relatório Anual de Gestão - RAG.

A gestão dos recursos financeiros do SUS, a aplicação dos recursos da saúde e sua correta utilização são focos que necessitam ser abordados visando fortalecer as práticas no dia a dia dos gestores e técnicos do SUS. O cumprimento das metas pactuadas, focadas no planejamento das ações conforme a realidade e necessidade da população e nos parâmetros de excelência de como gastar bem, com transparência e controle, para que se tenha economicidade, eficiência e eficácia, visa má qualidade de atendimento ao usuário do SUS.

1.1 - O Sistema Único De Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), em construção desde 1990, orienta os sistemas de saúde a se organizarem em bases territoriais. A organização em territórios reflete a riqueza e complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente - e suas características políticas, econômicas e culturais - e significa mais do que uma população que vive dentro de determinados limites geográficos. Pressupõe, também, uma distribuição dos serviços de saúde que atendam a áreas de abrangência delimitadas. Esse tipo de organização facilita o acesso das pessoas aos serviços mais próximos de sua residência e faz com que os gestores desenvolvam uma responsabilização sanitária pela população local.

Há duas décadas, com a publicação da Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde. Entre os seus princípios, vale ressaltar a descentralização das ações de saúde e o seu caráter participativo. Tal qualidade é uma conquista da rede pública de saúde porque formaliza o reconhecimento de que o município é o principal responsável pela saúde da população.

A **Lei 8080/90**, regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira, define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados ao SUS.

A **Lei nº8.142/90** dispõe sobre o papel e a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios na área da saúde, instituindo as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

2.1 - Conselhos de Saúde

A Resolução 453, de 10 de maio de 2012, aprovou as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde e revogou a Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003.

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90, instituído como espaço de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde.

A legislação estabelece a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

As vagas dos membros do Conselho são distribuídas da seguinte forma

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Não é permitida no Conselho de Saúde a participação de membros eleitos do Poder Legislativo, de representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como Conselheiros.

(RESOLUÇÃO DO CNS nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012, inciso VIII DA TERCEIRA DIRETRIZ).

Não serão remuneradas, as funções como membro do Conselho de Saúde, considerando o seu exercício de relevância pública e, portanto, garante a dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro. (Inciso X da Terceira Diretriz da Resolução CNS Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012.

Conforme a Resolução nº 554, de 15/09/2017 do Conselho Nacional de Saúde, a autoridade máxima da Direção do SUS em sua esfera de competência não deve e nem pode acumular o exercício de presidente do Conselho de Saúde. Portanto, o Gestor da Saúde é impedido de exercer as funções de Presidente do Conselho de Saúde.

A Terceira Diretriz da Resolução 554/2017 assegura as condições estruturais necessárias aos Conselhos de Saúde para o permanente acompanhamento dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas em suas reuniões plenárias e nas Conferências de Saúde direcionadas à gestão das Secretarias de Saúde na respectiva esfera governamental. É aconselhável que nos Instrumentos de Planejamento esteja prevista uma atividade para manutenção das ações do Conselho de Saúde.

Conforme a Quinta Diretriz da Resolução nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012 “aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete: XX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde.”

3. O SUS E A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS

A análise dos artigos 196, 197 e 198, da Constituição Federal de 1988, permite a conclusão de que a União, juntamente com Estados e Municípios, são responsáveis, de forma solidária, por assegurar o direito de todos à saúde. Senão vejamos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade.

Está explícita na Constituição Federal/88 a saúde como um direito fundamental, dispondo expressamente em seu art. 196 ser ela “direito de todos e dever do Estado”. E, como forma de garantir a efetividade do direito à saúde, a Constituição atribuiu aos entes federados – União, Estados e Municípios – responsabilidade solidária pela sua prestação.

A referida Carta Magna estabeleceu, em seus artigos 23 e 196, a responsabilidade solidária dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) para o fornecimento dos serviços de saúde, ficando sob o encargo desses a sua promoção, proteção e recuperação.

A responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do SUS é um dos princípios gerais do financiamento da Saúde.

4. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI

O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) será coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada em macrorregião de saúde, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável

O PRI é parte do processo de planejamento do SUS, a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, será o Plano Regional, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme § 2º, art. 30, da Lei Complementar 141/2012. Esse processo visa promover a equidade regional, bem como contribuir na concretização do planejamento ascendente do SUS.

Todas as Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS de interesse regional, bem como as responsabilidades dos entes para com essas ações e serviços, deverão estar contidas no próprio Plano Regional, elaborado no âmbito da macrorregião de saúde, que deverá evidenciar o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção, por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde- RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

Além disso, o fortalecimento da regionalização no SUS, que se materializa por meio da organização das RAS, busca promover a equidade, a integralidade na atenção à saúde, a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, com ganho de escala, o estabelecimento de mecanismos de governança e a atuação do Estado orientada pela lógica dos interesses coletivos e do SUS no espaço regional.

O Capítulo II da Resolução de Consolidação CIT Nº 1, de 30 de março de 2021, regulamenta sobre o processo de Planejamento Regional Integrado - PRI e a organização de macrorregiões de saúde. (Origem: Res. CIT 37/2018, art. 1º, caput).

A Resolução CIB/MT Nº 57, de 26 de julho de 2018, aprovou as diretrizes, cronograma do Planejamento Regional Integrado – PRI, e as conformações das 16 (dezesesseis) Regiões de Saúde e 6 (seis) Macrorregiões do Estado de Mato Grosso.

O Artigo 3º da Resolução CIB 57/2018 estabeleceu que a alocação de recursos financeiros para a implantação/implementação da 6ª. Macrorregião ficará condicionada a nova pactuação em CIB/MT após a conclusão do Planejamento Regional Integrado.

4.1 - Distribuição Espacial das 16 (dezesseis) Regiões de Saúde de Mato Grosso



4.2- Composição das 16 (dezesseis) Regiões de Saúde de Mato Grosso.

REGIÃO DE SAÚDE	Município Sede	Nº Municípios	Municípios que compõe a Região
ALTO TAPAJÓS	Alta Floresta	6	Alta Floresta, Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde, Paranaíta.
BAIXADA CUIABANA	Cuiabá	11	Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Jangada, N. Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé, Santo Antônio de Leverger, Várzea Grande.
ARAGUAIA XINGÚ	Porto Alegre do Norte	7	Canabrava do Norte, Confresa, Porto Alegre do Norte, Santa Cruz do Xingú, São José do Xingu, Santa Tereziinha, Vila Rica.
CENTRO NORTE MATO-GROSSENSE	Diamantino	7	Alto Paraguai, Diamantino, Nobres, Nortelândia, Nova Maringá, Rosário Oeste, São José do Rio Claro.
GARÇAS ARAGUAIA	Barra do Garças	10	Araguaiana, Barra do Garças, Campinápolis, General Carneiro, Nova Xavantina, Novo São Joaquim, Pontal do Araguaia, Ponte Branca, Ribeirãozinho, Torixoréu.
MÉDIO ARAGUAIA	Água Boa	8	Água Boa, Bom Jesus do Araguaia, Cocalinho, Canarana, Gaúcha do Norte, Nova Nazaré, Querência, Ribeirão Cascalheira.
MÉDIO NORTE MATO-GROSSENSE	Tangará da Serra	10	Arenápolis, Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Marilândia, Nova Olímpia, Porto Estrela, Santo Afonso, Sapezal, Tangará da Serra.
NOROESTE MATOGROSSENSE	Juína	7	Aripuanã, Brasnorte, Castanheira, Colniza, Cotriguaçu, Juína, Juruena
NORTE ARAGUAIA KARAJÁS	São Félix do Araguaia	5	Alto Boa Vista, Luciara, Novo Santo Antônio, São Félix do Araguaia, Serra Nova Dourada.
NORTE MATOGROSSENSE	Colíder	6	Colíder, Itaúba, Marcelândia, Nova Guarita, Nova Santa Helena, Nova Canaã do Norte.

OESTE MATOGROSSENSE	Cáceres	12	Araputanga, Cáceres, Curvelândia, Glória D'Oeste, Indiavaí, Lambari D'Oeste, Mirassol D'Oeste, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, Salto do Céu, São José dos IV Marcos.
SUDOESTE MATOGROSSENSE	Pontes e Lacerda	10	Campos de Júlio, Comodoro, Conquista D'Oeste, Figueirópolis D'Oeste, Jauru, Nova Lacerda, Vale de São Domingos, Vila Bela da Santíssima Trindade, Pontes e Lacerda, Rondolândia.
SUL MATOGROSSENSE	Rondonópolis	19	Alto Araguaia, Alto Garças, Alto Taquari, Araguainha, Campo Verde, Dom Aquino, Guiratinga, Itiquira, Jaciara, Juscimeira, Paranatinga, Pedra Preta, Poxoréo, Primavera do Leste, Santo Antônio do Leste, São José do Povo, São Pedro da Cipa, Tesouro, Rondonópolis.
TELES PIRES	Sinop	14	Claudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Novo Uiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sinop, Sorriso, Tapurah, União do Sul, Vera.
VALE DO PEIXOTO	Peixoto de Azevedo	5	Guarantã do Norte, Matupá, Novo Mundo, Peixoto de Azevedo, Terra Nova do Norte.
VALE DO ARINOS	Juára	4	Juara, Novo Horizonte do Norte, Porto dos Gaúchos, Tabaporã.
TOTAL		141	

4.3 - Distribuição Espacial das 6 (seis) Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso



4.4 - Composição das 6 (seis) Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso.

Macrorregião	Nº de Regiões que Compõe a Macrorregião	Regiões que Compõe a Macrorregião	Nº de Municípios da Região
1. MACRORREGIÃO NORTE	5	Teles Pires, Alto Tapajós, Vale do Arinos, Norte Mato-grossense e Vale do Peixoto.	35
2. MACRORREGIÃO OESTE	2	Oeste Mato-grossense e Sudoeste	22
3. MACRORREGIÃO LESTE	4	Garças Araguaia, Médio Araguaia, Norte Araguaia Karajá e Norte Araguaia Xingu	30
4. MACRORREGIÃO CENTRO NORTE	1	Baixada Cuiabana	11
5. MACRORREGIÃO SUL	1	Sul Mato-grossense	19
6. MACRORREGIÃO	3	Noroeste Mato-grossense, Centro Norte Mato-grossense e Médio Norte Mato-grossense	24
TOTAL	16		141

Como a implantação da 6ª Macrorregião ficou condicionada a nova pactuação na CIB, conforme Ata da 7ª Reunião CIB de 2018, optou-se por apresentar também a Distribuição Espacial das 5 (cinco) Macrorregiões e a Composição das 5 (cinco) Macrorregiões de Saúde.

4.5 - Distribuição Espacial das 5 (cinco) Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso.



4.6 - Composição das 5 (cinco) Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso.

Macrorregião	Nº de Regiões que Compõe a Macrorregião	Regiões que Compõe a Macrorregião.	Nº de Municípios da Região
1.MACRORREGIÃO NORTE	5	Teles Pires, Alto Tapajós, Vale do Arinos, Norte Mato-grossense e Vale do Peixoto.	35
2.MACRORREGIÃO OESTE	2	Oeste Mato-grossense e Sudoeste.	22
3.MACRORREGIÃO LESTE	4	Garças Araguaia, Médio Araguaia, Norte Araguaia Karajá e Norte Araguaia Xingu	30
4.MACRORREGIÃO CENTRO NORTE	4	Baixada Cuiabana, Centro Norte Mato-grossense, Médio Norte Mato-grossense e Noroeste Mato-grossense.	35
5.MACRORREGIÃO SUL	1	Sul Mato-grossense	19
TOTAL	16		141

Obs.: Não foi concluída a discussão sobre a implantação da 6ª Macrorregião.

5. A GESTÃO DO SUS

Os gestores municipais, ao assumirem suas responsabilidades, devem estimular a responsabilização junto às coordenações e equipes técnicas, no âmbito municipal, e participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

Para assegurar o direito à saúde de seus municípios, assumem a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, devem se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A Atenção Primária à Saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- I - Execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- II - Destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- III - Planejamento, organização, coordenação, regulação, controle, avaliação e auditoria das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal;
- IV - Participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

É importante que o gestor municipal promova a integração dos serviços de saúde existentes no município. Para tanto, é importante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade e os compromissos assumidos com a gestão do SUS. As unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada indivíduo. Sempre que necessário, deve-se assegurar a referência da rede básica de saúde para as unidades da rede especializada, buscando garantir a integralidade da atenção.

A participação da comunidade no SUS ocorre nos municípios, por meio de canais institucionalizados – ou seja, previstos por leis ou normas do SUS – como as Conferências Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde, os Conselhos Gestores de Serviços ou, ainda, por meio de espaços comunitários como a escola, associação de moradores e no interior dos movimentos sociais e populares que compõem a comunidade.

Outras formas de exercício do controle social internos ao SUS são as mesas de negociação trabalhista, a direção colegiada, a institucionalização de ouvidorias, auditorias e do monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, considerou as Comissões Intergestores como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde – SUS.

Conforme o referido Decreto, as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

- I - a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- II - a Comissão Intergestores Estadual - CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
- III - a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito Regional, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde – SES/MT.

A CIT constitui-se como foro permanente de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde e tem como atribuições:

- I - pactuar as diretrizes nacionais para a organização das regiões de saúde no SUS;
- II - decidir sobre casos específicos, omissos e controversos relativos à instituição de regiões de saúde; e
- III - pactuar as regras de continuidade do acesso, para o atendimento da integralidade da assistência, às ações e aos serviços de saúde integrantes da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em regiões de saúde interestaduais.

A CIB constitui-se como foro de negociação e pactuação consensual entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como principais atribuições:

- I - realização de processos de avaliação do funcionamento das regiões de saúde, de acordo com as diretrizes previstas na Portaria de Consolidação CIT nº 1/2021, devendo-se informar à CIT qualquer mudança na conformação regional;
- II - diretrizes estaduais sobre regiões de saúde e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos, de acordo com as diretrizes nacionais;
- III - a conformação das regiões e macrorregiões de saúde no estado, com posterior ciência à CIT;
- IV - as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em regiões de saúde intraestaduais, para o atendimento da integralidade da assistência.

A CIR é constituída como foro Interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, vinculada à SES/MT para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da Comissão Intergestores Bipartite – CIB. A CIR está implantada nas 16

(dezesseis) regiões de saúde do Estado de Mato Grosso e é composta por todos os gestores municipais da região de Saúde e gestores estaduais ou seus representantes nos Escritórios Regionais de Saúde. Espaço importante para articulação regional e construção de consensos.

Outro espaço regional implantado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso – COSEMS/MT (Art. 38 do Estatuto) é o Colegiado de Gestores Municipais de Saúde – CGMS, espaço permanente de discussão e definição de prioridades, para formulação, execução e monitoramento da política de saúde em âmbito regional, que visa, solidariamente o interesse municipal e regional nos processos de pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Os CGMS são compostos por todos os Secretários Municipais de Saúde que compõem a região de saúde e representado no Conselho Deliberativo pelo seu Vice-Presidente Regional e respectivo Suplente e se reúnem sistematicamente, em fórum específico, estabelecendo uma agenda regular de trabalho, como por exemplo, as discussões antecipadas de pauta de CIR. Geralmente as reuniões ocorrem em mesma data da reunião da Comissão Intergestores Regionais – CIR.

A Lei Nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 da Presidência da República reconheceu o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), como entidade que representa os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, vinculado institucionalmente ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS),

A Portaria 220, de 30 de janeiro de 2007, regulamentou a operacionalização da cessão de crédito, relativo aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade, para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Estaduais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

A referida Portaria definiu que a transmissão do crédito para pagamento da contribuição institucional será celebrada mediante instrumento público, ou instrumento particular revestido das solenidades do § 1º do art. 654 do Código Civil, subscrito pelo Secretário de Saúde, ressalvado o dever de não comprometer quaisquer ações e serviços de saúde do Estado ou Município respectivo.

O desconto da contribuição institucional terá como fonte os recursos da assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, do valor integrante do limite transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados e Municípios.

6. INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

A Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são: Plano de Saúde-PS, Programação Anual de Saúde - PAS e Relatório Anual de Gestão - RAG.

A Lei do Plano Plurianual – PPA, a Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO e o Plano Municipal de Saúde – PMS são instrumentos definidores dos parâmetros e diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Programação Anual de Saúde - PAS.

Os prazos para elaboração e encaminhamento do PPA, da LDO e da LOA ao Poder Legislativo, observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados.

6.1 – Plano Plurianual - PPA

O PPA é aprovado para um quadriênio e define as Diretrizes Estratégicas, as prioridades e metas para a área da saúde, a nível municipal.

O processo de elaboração do PPA deve ser de forma participativa, ouvindo e discutido com todos os segmentos da sociedade, órgãos parceiros da saúde e profissionais de saúde em geral.

Deve-se também ser elaborado com base nas necessidades e prioridades de saúde da população,

no Programa de Governo da Administração Municipal, no Relatório da última Conferência de Saúde, nos Indicadores da Saúde e nas recomendações do Relatório de Gestão, se houver.

Geralmente, as Leis Orgânicas dos Municípios adotam o mesmo prazo estabelecido na Constituição (ADT) para encaminhamento do Projeto do PPA ao Poder Legislativo, ou seja, até 04 (quatro) meses antes do encerramento do primeiro ano do mandato e devolvido ao Poder Executivo até o final do exercício financeiro. Entretanto, é necessário que se verifique o prazo estabelecido na Lei Orgânica do Município.

A vigência do Plano Plurianual inicia no segundo ano de mandato da gestão municipal e vai até o final do primeiro exercício financeiro do outro mandato.

PRAZO

O prazo para encaminhamento do Projeto do PPA ao Poder Legislativo é até 31 de agosto do primeiro ano de mandato. Porém, é necessário que se verifique o prazo estabelecido na Lei Orgânica do Município.

6.2 – Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO

Antecede a Lei Orçamentária Anual e prevê as diretrizes a serem executadas no exercício seguinte não só nos programas de saúde como também em todos os programas de governo. Merece esclarecer que a LDO é a base para elaboração pelas Secretarias de Saúde da Programação Anual de Saúde (PAS), para o exercício seguinte.

A LDO deve compreender as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da Lei Orçamentária Anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e outras.

Geralmente, as Leis Orgânicas dos Municípios adotam o mesmo prazo estabelecido na Constituição (ADT) para encaminhamento do Projeto da LDO ao Poder Legislativo e devolvido ao Poder Executivo até o encerramento do primeiro período da Sessão Legislativa.

A vigência da LDO é de um ano, conforme o exercício financeiro.

PRAZO

O prazo para encaminhamento do Projeto da LDO ao Poder Legislativo é de até 08 (oito) meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro, ou seja até 15 de abril do ano correspondente. Porém, é necessário que se verifique o prazo estabelecido na Lei Orgânica do Município.

6.3 - Lei Orçamentária Anual - LOA

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estima as receitas e fixa as despesas do Governo que serão realizadas no próximo ano. Contém o planejamento de gastos que define as obras e os serviços que são prioritários para o Município, conforme as necessidades da população, levando em conta os recursos disponíveis. É elaborada pelo Poder Executivo.

A Lei Orçamentária Anual - LOA visa concretizar os objetivos e metas propostas no Plano Plurianual (PPA), segundo as diretrizes estabelecidas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Nenhuma despesa pública pode ser executada se não estiver constando na LOA. Todos os projetos e atividades a serem executados no ano devem estar registrados na Lei Orçamentária Anual.

A LOA gera o Quadro de Detalhamento da Despesa – QDD (execução orçamentária) e outros relatórios orçamentários de grande utilidade para o monitoramento da receita e despesa da saúde.

A vigência da LOA é de um ano.

A Unidade Orçamentária da Secretaria de Saúde é o **Fundo Municipal de Saúde** - FMS, com seu CNPJ próprio.

PRAZO

O prazo para entrega da LOA do próximo ano na Câmara Municipal é 31 de agosto do exercício corrente, ou o prazo que dispuser na Lei Orgânica do Município.

É necessário que o Gestor da Saúde, juntamente com sua equipe técnica, participe da elaboração do Orçamento da Secretaria, na definição e discriminação das Receitas, Despesas, Projetos e Atividades da Saúde, bem como do acompanhamento das receitas e despesas durante a execução orçamentária.

6.3.1 – Orçamento Municipal de Saúde

RECEITAS

- a) Composição das Receitas da Saúde
 - I - Receitas Próprias do Município (aplicar anualmente, no mínimo 15% (quinze por cento) da arrecadação das receitas de impostos e das transferências constitucionais e legais recebidas da União e do Estado, conforme a Lei Complementar LC 141/2012;
 - II – Receitas de Transferências Fundo a Fundo da União e do Estado, conforme os Blocos de financiamento do SUS (Manutenção e Estruturação).
 - III - Transferências Voluntárias, Emendas, Convênios, Contratos de Repasse, etc

- b) Receitas Próprias do Município para cálculo do percentual mínimo de 15%:
Receitas dos Impostos Municipais:
 - Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbano - IPTU
 - Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis - ITBI
 - Impostos sobre Serviços - ISS
 - Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)

- c) Receita de Transferências Constitucionais e Legais:
Transferências da União:
 - Quota parte do Fundo de Participação dos Municípios -FPM
 - Quota parte do Imposto Territorial Rural-ITR
 - Quota parte da LC n. 87/1996 (Lei Kandir)

Transferências do Estado:

- Quota parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços -ICMS
- Quota parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores- IPVA
- Quota parte do Imposto sobre a Produção Industrial – IPI - Exportação

d) Outras Receitas Correntes

- Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos
- Receita de Multas, Juros de Mora e Correção Monetária de Impostos

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA DESPESA

Classificação institucional, classificação funcional e programática, classificação por programa, de natureza da despesa e por fonte de recursos.

CLASSIFICAÇÃO INSTITUCIONAL

A classificação institucional reflete a estrutura da Secretaria de Saúde.

Classifica a despesa por órgão e unidade orçamentária.

Exemplo:

Órgão: *Secretaria Municipal de Saúde*

Unidade: *Fundo Municipal de Saúde*

A Unidade da Secretaria de Saúde é o Fundo Municipal de Saúde – FNS.

CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL E PROGRAMÁTICA

Classificação das Ações da Saúde por Função.

Representa o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que contempla o setor público. A função se relaciona com a missão institucional do órgão.

Exemplo:

Código da Função Saúde - 10.

Código da Função Saneamento - 17.

Classificação das Ações da Saúde por Subfunção

Representa um nível de agregação imediatamente inferior à função e deve evidenciar cada área de atuação governamental.

Exemplo:

301 - Atenção Básica

302- Assistência Hospitalar e Ambulatorial

303 - Suporte Profilático e Terapêutico

304 - Vigilância sanitária

305 - Vigilância Epidemiológica

306 - Alimentação e Nutrição

CLASSIFICAÇÃO POR PROGRAMA

Programa é o instrumento de organização da ação governamental que articula um conjunto de ações que concorrem para a concretização de um objetivo comum preestabelecido, mensu-

rado por indicadores instituídos no Plano Plurianual (PPA).

O código do programa é estabelecido no Plano Plurianual(PPA) e deve representar as ações cuja finalidade precípua é atender às necessidades públicas e demandas da sociedade.

O programa é o módulo comum integrador entre o plano e o orçamento.

AÇÕES/PROJETO E ATIVIDADE

As ações são operações das quais resultam produtos (bens ou serviços), que contribuem para atender ao objetivo de um programa. Conforme suas características podem ser classificadas como atividades, projetos ou operações especiais.

Projeto - um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de governo.

Atividade - um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação de governo.

NATUREZA DE DESPESA: é um agregador de elementos de despesa com as mesmas características quanto ao objeto de gasto, conforme discriminado a seguir:

- 1 – Pessoal e Encargos Sociais
- 2 – Juros e Encargos da Dívida
- 3 – Outras Despesas Correntes
- 4 – Investimentos
- 5 – Inversões Financeiras
- 6 – Amortização da Dívida

CATEGORIA ECONÔMICA

A despesa orçamentária, assim como a receita orçamentária, é classificada em duas categoria econômica corrente e capital, que objetiva propiciar elementos para uma avaliação do efeito econômico das transações do setor público.

3 - DESPESAS CORRENTES: classificam-se nesta categoria todas as despesas que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital. Ou seja, todas as despesas realizadas com a manutenção dos equipamentos e com o funcionamento dos serviços públicos em geral quer através da Administração Direta, quer através da Administração Indireta. Conforme parágrafos 1º e 2º, do art.12, da Lei Federal nº 4.320/64, as despesas correntes apresentam-se com dois desdobramentos: *as despesas de custeio e as transferências correntes.*

Despesa de custeio: estão relacionadas com a manutenção dos serviços anteriormente criados, assim como os gastos destinados a atender a obras de conservação e adaptação de bens imóveis. Exemplos: despesas com material de consumo, pessoal, serviços de terceiros etc.

Alguns exemplos para gastos com saúde

Despesas de Pessoal: Contratação por Tempo Determinado (33.90 .04); Vencimentos e Vantagem Fixa (33.90.11) pagos a profissionais que executam ações básicas de saúde, ou seja, que executam o seu trabalho em Unidades Básicas de Saúde; pagamento de gratificações, desde que haja legislação municipal específica disciplinando os critérios da concessão.

Material de Consumo (33.90.30)

Exclusivos para utilização em Unidades de Saúde do SUS:

- a) materiais de enfermagem, materiais de expediente, material de cama/mesa/banho, material de limpeza, material de copa e cozinha, material elétrico e eletrônico
- b) material de proteção e segurança;
- c) material médico;
- d) material odontológico;
- e) material radiológico
- f) material de laboratório;
- g) combustível e lubrificantes para veículos utilizados pelas Unidades de Saúde;
- h) peças e acessórios para veículos utilizados pelas Unidades de Saúde;
- i) material de expediente utilizados pelas Unidades de Saúde;
- j) material de limpeza;
- k) gás de cozinha;
- l) gêneros alimentícios;
- m) vestuário (Roupas);
- n) oxigênio;
- o) artigos de higiene;
- p) material de Informática para atender demandas dos serviços das unidades de Saúde;
- q) materiais destinados à conservação de bens móveis;
- r) materiais para conservação de bens imóveis, onde funciona Unidade de Saúde;
- s) medicamentos para uso interno das Unidades de Saúde;
- t) outros materiais de consumo.

Material de Distribuição Gratuita (33.90.32)

- Aquisição de materiais como prêmios, condecorações, medalhas, livros didáticos, medicamentos adquiridos para distribuição e outros materiais que possam ser distribuídos gratuitamente.

Serviços de Terceiros Pessoa Física (33.90.36)

- Despesas com pagamento de mão-de-obra e serviços prestados por pessoa física, assessoria, consultoria, reparos, conservação, consertos em geral, pintura, etc.)

Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica (33.90.39)

- a) manutenção de veículos utilizados pelas Unidades de Saúde;
- b) adequações de espaços das Unidades Básicas de Saúde como confecção de placas de identificações, totens, para Unidades de Saúde;
- c) manutenções realizadas por terceiros, de qualquer natureza, desde que sejam realizadas no âmbito das unidades de Saúde;
- d) pagamentos de energia, água, esgoto, gás, telefone, internet, correios, realizados no âmbito das Unidades de Saúde;
- e) serviços gráficos / impressão de material de utilização nas Unidades de Saúde;
- f) gastos com Vale Transporte para pessoal lotado nas Unidades de Saúde;
- g) limpeza das Unidades de Saúde quando terceirizados; inclusive para campanhas educativas e vacinação;
- h) contratação de serviços pessoa jurídica para capacitação e treinamento de servidor lotado nas Unidades de Saúde;

- i) confecção e reprodução de material informativo educativo, inclusive para campanhas educativas e vacinação;
- j) serviços relacionados à informatização do SUS, como contratação de serviços para garantir a informatização para atenção primária à saúde;
- k) reformas, conservação e adaptação em geral, tais como: - modificação de uma edificação ou a substituição de materiais nela empregados, sem acréscimo de área; - execução de melhoramento nas construções, colocando o objeto em condições normais de uso ou funcionamento, sem alterar ou ampliar a sua capacidade ou medidas originais. Exemplos: reparos, consertos, revisões, pinturas parcial ou total, troca de pisos parcial ou total, reformas e adaptações de bens imóveis, sem que ocorra a ampliação do imóvel; reparos em instalações elétricas e hidráulicas; reparos portas e janelas, podendo até haver a substituição destas, reparos em telhado, recuperações e adaptações de biombos, carpetes, divisórias e lambris; manutenção de elevadores, limpeza de fossa e afins, etc.
- l) contratação de serviços de manutenção de equipamentos em geral das Unidades de Saúde, inclusive equipamentos de informática da atenção primária em saúde;
- m) Outros serviços de terceiros.

Passagem (33.90.33)

- Gastos com deslocamento do servidor via terrestre ou aérea como: aquisição de passagens para viagem a serviço para tratar de assuntos da Secretaria de Saúde, quando necessário, ou para capacitação e treinamento de pessoal lotado nas Unidades de Saúde.

Diária (33.90.14)

- Gastos com despesa de hospedagem e alimentação de servidor em viagem a serviço da Secretaria, quando necessário, ou para capacitação e treinamento de pessoal lotado nas Unidades de Saúde do município.

Obrigações Patronais (33.90.13)

- Recolhimento de INSS de servidores contratados como prestadores de serviços, e Cargos em Comissão e FGTS para os regidos por CLT;

Obrigações Patronais (339113)

- Recolhimento ao Regime Próprio de Previdência Social - PPS – para os servidores regidos por Regime de Previdência Própria (concursados).

Transferências Correntes: são as dotações para as quais não corresponda contraprestação direta em bens ou serviços, inclusive para contribuições e subvenções que são destinadas a atender a manutenção de outras entidades, sejam elas de direito público ou privado. Exemplos: contribuições correntes, subvenções sociais e econômicas, etc.

4 - DESPESAS DE CAPITAL: classificam-se nesta categoria aquelas despesas que contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.

Conforme parágrafos 4º, 5º e 6º do art.12 da Lei Federal nº 4.320/64, as despesas de capital apresentam-se em três desdobramentos: os investimentos, as inversões financeiras e as transferências de capital.

Investimentos: correspondem à aquisição ou formação de novos bens ou adicionam novo valor aos já existentes. São as despesas relacionadas com planejamento e execução de obras; com a aquisição de imóveis que são considerados necessários para realização destas obras, compra de instalações, equipamentos, material permanente.

Alguns Exemplos:

Obras e Instalações (44.90.51)

-Despesas com execução de obras e instalação de Construção nova. Como uma construção de Unidade de Saúde, aquisição de um terreno necessário à construção de um hospital, etc.

- Despesas com ampliação de obra obras realizadas em edificação preexistente, que acarrete aumento da área construída, preservando o projeto originário, mas ampliando a área ou a capacidade de construção. Como uma ampliação de Unidade de Saúde já existente.

Equipamentos e Materiais Permanentes (44.90.52)

- Aquisição de veículos desde que seja destinado para uso exclusivo na assistência à saúde prevista no Plano Municipal de Saúde e Programação Anual. Ex.: veículos para visitas domiciliares, campanhas, encaminhamento de pacientes para tratamentos fora do domicílio, etc.

-Aquisição de computadores, impressora, nobreak, mobiliário sem geral, para uso exclusivo na assistência à saúde prevista no Plano Municipal de Saúde e Programação Anual da Secretaria.

Inversões financeiras:

Despesas orçamentárias com a aquisição de imóveis ou bens de capital já em utilização.

Exemplos: aquisição de imóveis ou de bens de capital em utilização; aquisição de títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer espécie já constituídas, quando a operação não resulte em aumento de capital; constituição ou aumento do capital de entidades ou empresas com caráter comercial ou financeiro, inclusive operações bancárias ou de seguros.

Transferências de Capital: as dotações destinadas à amortização da dívida pública, bem como a investimentos ou inversões financeiras que outras pessoas de direito público ou privado devam realizar e a que não corresponda contraprestação direta em bens ou serviços, auxílios ou contribuições, segundo derivem diretamente da lei do Orçamento ou de lei especial anterior.

CLASSIFICAÇÃO POR FONTE

Classificação das Fontes ou Destinações de Recursos a ser utilizada por Estados, Distrito Federal e Municípios. (Portaria ME/SEF/STN 710, de 25 de fevereiro de 2021).

Fontes relacionadas à Saúde:

BLOCO DAS VINCULAÇÕES DOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS (códigos de 500 a 999)		
RECURSOS LIVRES (NÃO VINCULADOS)		
Código	Fonte	Destinação dos Recursos
500	Recursos não Vinculados de Impostos	Recursos de impostos e transferências de impostos de livre aplicação. Em atendimento ao disposto no inciso X do art. 4º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, para identificação do percentual mínimo aplicado em ASPS, essa fonte de recursos deverá ser associada ao marcador que identifica as despesas que podem ser consideradas para esse limite. A mesma lógica será utilizada para a identificação do percentual mínimo de aplicação em MDE.
501	Outros Recursos não Vinculados	Outros recursos não vinculados que não se enquadram na especificação acima.
RECURSOS VINCULADOS À SAÚDE		
600	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde	Controle dos recursos originários de transferências do Fundo Nacional de Saúde, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e relacionados ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

601	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde	Controle dos recursos originários de transferências do Fundo Nacional de Saúde, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e relacionados ao Bloco de Estruturação na Rede de Serviços Públicos de Saúde.
602	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Recursos destinados ao enfrentamento da COVID-19 no bojo da ação 21CO.	Controle dos recursos originários de transferências do Fundo Nacional de Saúde, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), relacionados ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, e destinados ao enfrentamento da COVID-19 no bojo da ação 21CO do orçamento da União.
603	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde - Recursos destinados ao enfrentamento da COVID-19 no bojo da ação 21CO.	Controle dos recursos originários de transferências do Fundo Nacional de Saúde, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), relacionados ao Bloco de Estruturação na Rede de Serviços Públicos de Saúde e destinados ao enfrentamento da COVID-19 no bojo da ação 21CO do orçamento da União.
621	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual	Controle dos recursos originários de transferências do Fundo Estadual de Saúde, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS).
622	Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes dos Governos Municipais	Controle dos recursos originários de transferências dos Fundos de Saúde de outros municípios, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS).
631	Transferências do Governo Federal referentes a Convênios e Instrumentos Congêneres vinculados à Saúde	Controle dos recursos originários de transferências em decorrência da celebração de convênios e instrumentos congêneres com a União, cuja destinação encontra-se vinculada a programas da saúde.
632	Transferências do Estado referentes a Convênios e Instrumentos Congêneres vinculados à Saúde	Controle dos recursos originários de transferências em decorrência da celebração de convênios e instrumentos congêneres com os Estados, cuja destinação encontra-se vinculada a programas da saúde.
633	Transferências de Municípios referentes a Convênios Instrumentos Congêneres vinculados à Saúde	Controle dos recursos originários de transferências em decorrência da celebração de convênios e instrumentos congêneres com outros Municípios, cuja destinação encontra-se vinculada a programas da saúde.
634	Operações de Crédito vinculadas à Saúde	Controle dos recursos originários de operações de crédito, cuja destinação encontra-se vinculada a programas da saúde.
635	Royalties do Petróleo e Gás Natural vinculados à Saúde	Controle dos recursos vinculados à Saúde, originários de transferências recebidas pelo Município, relativos a Royalties e Participação Especial - Art. 2º da Lei nº 12.858/2013.
659	Outros Recursos Vinculados à Saúde	Controle dos demais recursos vinculados à Saúde, não enquadrados nas especificações anteriores.

Codificação adicional, com 4 dígitos, denominada Código de Acompanhamento da Execução Orçamentária – CO – Emendas Parlamentares

Código	Nomenclatura	Especificação
3110	Identificação das Transferências da União decorrentes de emendas parlamentares individuais	Transferências decorrentes de emendas parlamentares individuais, na forma prevista do § 16 do art. 166, da CF/88, acrescido pela Emenda Constitucional nº 105/2019. Esse marcador será associado às fontes de recursos referentes às transferências decorrentes de emendas, na fase da arrecadação da receita.
3120	Identificação das Transferências da União decorrentes de emendas parlamentares de bancada	Transferências decorrentes de emendas parlamentares de bancada, na forma prevista do § 16 do art. 166, da CF/88, acrescido pela Emenda Constitucional nº 105/2019. Esse marcador será associado às fontes de recursos referentes às transferências decorrentes de emendas, na fase da arrecadação da receita.

6.3.2 - Despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde

O que pode ser gasto em ações e serviços públicos de saúde, conforme Lei Complementar 141/2012, para fins de apuração dos recursos mínimos.

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

O que não pode ser gasto em ações e serviços públicos de saúde, conforme Lei Complementar 141/2012, para efeito de aplicação da aplicação dos percentuais mínimos.

- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- VIII - ações de assistência social;
- IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definido nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Impedimentos para a Utilização dos Recursos dos Grupos de Financiamento do SUS

É vedado a utilização dos recursos da atenção primária à saúde – APS, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e de gestão do SUS para pagamento de:

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

6.4 – Plano Municipal de Saúde – PMS

É o instrumento que apresenta as intenções e os resultados, a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e indicadores da saúde.

A decisão de um gestor sobre quais ações de saúde desenvolver deve ser fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade, motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população, o que resulta na implementação de um plano capaz de promover uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem estar e apoio ao desenvolvimento social desta mesma população.

O Plano de Saúde (municipal, estadual ou nacional), aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, é instrumento fundamental para a gestão do SUS. A sua elaboração, implementação, monitoramento, avaliação e atualização periódica constituem atribuição comum das três esferas de gestão do Sistema, as quais devem, a partir do Plano, formular a respectiva proposta orçamentária.

A Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece diretrizes para elaboração do Plano de Saúde que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde e deve ser elaborado e integrado com o Plano Plurianual, orientado pelas necessidades da população.

Conforme o artigo 3º da referida Portaria, o “Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. O Plano explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera”.

Análise Situacional

-O Plano Municipal de Saúde é elaborado no primeiro ano de mandato, para o período de 04 (quatro) anos, observando-se os prazos do PPA ou conforme definido nas Leis Orgânicas ou Lei Específica. O Plano de Saúde configura-se também como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

- a) o Programa de Governo da Administração Municipal;
- b) o Relatório da última Conferência Municipal de Saúde,
- c) os Indicadores de Saúde do município; e
- d) as Recomendações dos Relatórios Anuais de Gestão-RAG, se houver.

O processo de elaboração do Plano é orientado pelas necessidades da população e elaborado de forma ascendente e participativa.

1º passo: formação de uma equipe técnica responsável pela organização do processo de construção do plano, composto pelo Gestor e por representante das áreas da SMS, incluindo o Conselho Municipal de Saúde.

2º passo. Levantamento dos dados para nos sistemas do SUS e análise das informações, a fim de que possam subsidiar as decisões das metas e ações a serem inseridas no Plano Municipal de Saúde.

Estrutura do Plano Municipal de Saúde – PMS

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas:

- a) estrutura do sistema de saúde;
- b) redes de atenção à saúde;
- c) condições sócias sanitárias;
- d) fluxos de acesso;
- e) recursos financeiros;
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão.

II – Financiamento

- a) Previsão orçamentária da receita para os 4 anos;
- b) Previsão orçamentária da despesa para os 4 anos.

III- Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores;

IV - Processo de monitoramento e avaliação;

V – Siglas

VI - Conclusão

O Plano deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

PRAZO

O Plano de Saúde deve ser elaborado juntamente com o Plano Plurianual e observará os prazos do PPA, ou seja até 31 de agosto do primeiro ano de mandato, ou conforme definido na Lei Orgânica do ente federado.

REGISTROS DOS DADOS

Os dados do PMS são informados no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento. O PMS é integrado com a Programação Anual de Saúde – PAS, no mesmo Sistema.

6.5 – Programação Anual de Saúde - PAS

A elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) segue as diretrizes estabelecidas na Lei Complementar nº 141/2012 e na Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde e atualiza as metas do Plano Municipal de Saúde, caso necessário.

Estrutura da PAS.

- a) a identificação dos indicadores a serem utilizados para o monitoramento da PAS, conforme o PMS;
- b) detalhar as ações/atividades e serviços para atender as diretrizes, metas e indicadores definidos para o ano específico e outras que forem necessárias, garantindo assim o alcance dos objetivos do Plano Municipal de Saúde;
- c) prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados, conforme o Plano Municipal de Saúde, a Lei de Diretrizes – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, prevista para o ano específico;
- d) as formas de monitoramento e avaliação da execução da PAS.

O Gestor deve encaminhar a Programação Anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, conforme o § 2º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012.

PRAZO

O prazo de vigência da PAS é de 01 (um) ano e coincidirá com o ano calendário. A PAS deve ser elaborada e enviada para aprovação do Conselho Municipal de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO à Câmara Municipal, ou seja até 15 de abril do exercício correspondente.

REGISTROS DOS DADOS

Os dados da PAS são informados no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento. A PAS é integrada com o Plano Municipal de Saúde – PMS, no mesmo Sistema.

6.6–Relatório Anual de Gestão - RAG

A elaboração do Relatório Anual de Gestão – RAG, segue as diretrizes estabelecidas na Lei Complementar nº 141/2012 de 13 de janeiro de 2012 e na Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013.

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que objetiva:

- a) apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano Municipal de Saúde.
- b) comprovar a aplicação dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS e Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde – FMS, bem como a aplicação dos Recursos Próprios do Município, conforme os Blocos de Financiamento;
- c) comprovar a correta classificação orçamentária nas sub funções, empenhos, liquidação e pagamento das despesas;
- d) comprovar as pactuações estabelecidas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e em outros atos próprios do SUS.
- e) ter foco no resultado da execução dos Programas e Ações de Saúde Pública e não apenas na regularidade da execução financeira.

O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens, entre outros:

- I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- II - as metas da PAS previstas e executadas;
- III - a análise da execução orçamentária;
- IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos necessários ao Plano Municipal de Saúde.

Relatório Anual de Gestão – RAG deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas no § 1º do artigo 36 da LC 141/2012, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos artigos 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.”

PRAZO

O envio de Relatório Anual de Gestão – RAG ao respectivo Conselho de Saúde é até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira.

SIOPS

O RAG tem conexão com o SIOPS (6º Bimestre), sem o qual não poderá ser concluído.

REGISTROS DOS DADOS

Os dados do RAG são informados no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento RAG é integrado com a PAS, no mesmo Sistema.

6.7 – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA, é um instrumento de monitoramento, e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde –PAS, estabelecido no § 5º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e art. 7º da Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013 e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

O RDQA deve ser elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde – Conselho Nacional de Saúde - CNS.

O Art. 36 da Lei Complementar – LC 141/2012 estabelece que o gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório Detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

- I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Atendendo ao artigo 36 da LC 141/2012, o Conselho Nacional de Saúde definiu o Modelo Padronizado para o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 459/2012, de 10.

A estrutura do RDQA deve guardar similaridade com a do Relatório Anual de Gestão – RAG e divide-se em cinco partes:

- a) Identificação;
- b) Montante e Fonte de Recursos;
- c) Auditorias;
- d) Oferta e Produção de Serviços;
- e) Análise e Considerações Gerais.

I – Identificação

Apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão; ato ou reunião que aprovou o Plano Municipal de Saúde e registro de compromissos técnicos políticos julgados necessários,

que evidenciam as prioridades da gestão.

II – Montante e Fonte de Recursos

Serão utilizados relatório do SIOPS:

- Relatório resumido da Execução Orçamentária- Demonstrativo da receita de impostos líquida e das despesas próprias com ações e serviços públicos de saúde –orçamento fiscal da seguridade social.
- Relatório da Execução financeira por Bloco/Grupo de Financiamento.
- Outros que forem inseridos no Sistema referente a financiamento.

III – Auditorias

Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações.

IV – Oferta e Produção de Serviços Públicos (Rede Física, Produção e Indicadores)

- a) Rede física de serviços públicos de saúde (fonte SCNES): tipo de estabelecimento, tipo de administração e tipo de gestão.
- b) Produção dos serviços de saúde oriundos do SAI-SIH/SUS e outros sistemas locais de informação que expressem aspectos relativos à Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde;
- c) indicadores de saúde da população, contemplando os indicadores de oferta, cobertura e produção de serviços estratégicos de saúde, passíveis de apuração quadrimestral, que possibilitem o monitoramento das ações da Programação Anual de Saúde.

V- Análise e Considerações Gerais

PRAZOS

O RDQA deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente Federado.

REGISTROS DOS DADOS

Os dados do RDQA são informados no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento. O RDQA é integrado com o Relatório Anual de Gestão – RAG, no mesmo Sistema.

6.8. Mapa da Saúde

Visa auxiliar o processo de planejamento no âmbito do SUS, na perspectiva de apoio à elaboração do mapa nas regiões de saúde.

De acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos, de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada.

A ferramenta dispõe de informações da capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir da série histórica das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, de forma a possibilitar a análise da tendência desses indicadores em cada território.

São Objetivos do Mapa da Saúde:

- I- auxiliar na análise situacional;

- II- contribuir para a identificação das necessidades da saúde da população;
- III- contribuir nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e às ações de saúde;
- IV- contribuir para o estabelecimento de metas de saúde e para o processo de construção regional;
- V- possibilitar ao gestor o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e dos serviços de saúde e facilitar a tomada de decisão quanto à implementação e à adequação das ações e dos serviços de saúde.

OBS.: Os municípios devem aproveitar os instrumentos que possuem por exemplo, Diagnósticos, Análise da Situação da Saúde e Planos de Saúde para subsídios.

O que deve conter no Mapa:

- I - descrição geográfica da distribuição dos recursos humanos;
- II - descrição geográfica das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada no município e na região.
- III - informações sobre a capacidade instalada existente;
- IV - o desempenho dos indicadores, aferidos a partir das séries históricas das diretrizes, objetivos e metas;
- V - recursos financeiros disponíveis.



6.9 – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde - PGASS

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é mais um dos instrumentos de planejamento do SUS.

Consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores – momento de definir os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde desenvolvidos em determinada região, partindo da realidade municipal.

A PGASS deve estar articulada com a Programação Anual de Saúde- PASde cada um dos entes que compõem a região, de modo a dar visibilidade aos objetivos e às metas estabelecidas no processo de planejamento regional integrado, bem como com os fluxos de referência para sua execução

Como resultado desse amplo processo de discussão e identificação de necessidades é possível a priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde.

Do ponto de vista metodológico, a PGASS foi subdividida em três etapas, possibilitando a melhor operacionalização da proposta de modo sistêmico, conforme sua abrangência e escopo:

Diretrizes – Registro das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, harmonizado no âmbito regional;

Rede de Atenção – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde e Mapa de Investimentos;

Programação – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, com explicitação dos pactos de gestão e programação por estabelecimento de saúde.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) visa qualificar o planejamento e programação em saúde, em substituição à Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A PGASS contemplará a totalidade das ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância, e de assistência farmacêutica, presentes nas prioridades da RENAME e RENASES que serão desenvolvidas na região.

A PGASS será **única**, dentro de uma região, respeitando as especificidades de cada componente.

A elaboração da PGASS será embasada pelo planejamento regional integrado, sendo sua temporalidade vinculada aos planos municipais, com revisões periódicas e revisões anuais.

A elaboração da PGASS é responsabilidade das Comissões Intergestores Regionais, que deve estar em harmonia com os compromissos e metas do âmbito estadual, sendo o processo coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Bipartite, devendo o processo ocorrer simultaneamente em todas as regiões de saúde.

A partir da PGASS serão estabelecidos os dispositivos de regulação, controle e auditoria do cumprimento das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas.

7 - ACOMPANHAMENTO E CONTROLE

7.1 – Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde – SIOPS

O Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446, de 16 de março de 2004, sendo, atualmente, coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

É um instrumento de acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. Tem como objetivo reunir e organizar informações sobre as receitas totais dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios e despesas com ações e serviços públicos de saúde. Permite, também, a comparação dos dados de estados e municípios segundo critérios regionais ou de porte populacional, além da consolidação de dados sobre o gasto público em diferentes formas de agregação.

O SIOPS é uma ferramenta de informação gerencial que faculta ao Gestor de Saúde, aos Conselhos de Saúde e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos. Constitui importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois

a partir das informações sobre recursos alocados no setor, têm-se subsídios para a discussão sobre o financiamento e planejamento do SUS.

A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa tem aplicado na área.

Até o exercício 2012, o banco de dados do SIOPS foi alimentado pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do preenchimento de formulário em software desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o objetivo de apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde. A partir do exercício 2013, em decorrência da publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), o registro de dados passa a ser obrigatório, inclusive para a União.

O artigo 39 da Lei Complementar nº 141, estabeleceu diretrizes sobre a manutenção de um sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referente aos orçamentos públicos da União, Estado e Municípios, inclusive sua execução, garantindo o acesso público às informações.

Nesse sentido, Ministério da Saúde estabeleceu o SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde ou outro sistema que venha a substituí-lo, para o registro das informações sobre Orçamento Público da Saúde, conforme dispõe o artigo 39 da referida Lei Complementar.

Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF).

O § 3o da LC 141/2012, dispõe que o “Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no SIOPS, conforme pactuado entre os gestores do SUS.

O Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, regulamentou os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos do SUS e dispôs sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar 141/12, estabelece que os prazos para registro e homologação das informações no SIOPS, devem ser pactuados entre os gestores do SUS, desde que observado o disposto no Art. 52, da Lei de Responsabilidade Fiscal, que fixa a obrigatoriedade de publicação do RREO (Relatório Resumido da Execução Orçamentária), até 30 (trinta) dias após o encerramento de cada bimestre. Ou seja, resta claro que a alimentação do SIOPS é bimestralmente.

A Portaria MS nº 53, de 16 de janeiro de 2013, estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012 sobre:

Transmissão e Homologação dos Dados

“Art. 12. A transmissão dos dados sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde para o SIOPS deverá ser feita a cada bimestre por todos os entes da Federação, observadas as regras de cadastro e responsabilidade previstas na Seção II deste Capítulo.”

“Art. 15. O prazo para declaração, homologação e transmissão dos dados é de até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, observado o disposto no 2000. “

Assim, pode-se sintetizar os seguintes prazos para transmissão dos dados:

- I - Fim do exercício – até 30 de janeiro do ano posterior ao último exercício financeiro;
- II - 1º bimestre – Até 30 de março do ano em exercício;
- III - 2º bimestre - Até 30 de maio do ano em exercício;
- IV - 3º bimestre – Até 30 de julho do ano em exercício;

- V - 4º bimestre – Até 30 de setembro do ano em exercício;
- VI - 5º bimestre – Até 30 de novembro do ano em exercício;
- VII - 6º bimestre (fim do exercício) – Até 30 de janeiro do próximo exercício.

Suspensão de Transferências de recursos constitucionais:

Conforme o artigo 16 da Portaria 53, de 16/01/2013, as Transferências de recursos constitucionais de que trata o art. 12 serão suspensas quando:

- I - Adotada a medida preliminar a que se refere a Subseção I, o ente federativo não comprovar no SIOPS, no prazo de doze meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores; ou
- II - Não houver declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º.”

Suspensão das Transferências Voluntárias:

Conforme o artigo 18 da Portaria 53, de 16 de janeiro de 2013, as Transferências Voluntárias serão suspensas:

- I - Quando constatado o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos Estados e Municípios;
- II - Na ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º.

Condicionamento das Transferências Constitucionais

O Artigo 12 do Decreto 7.828/2012 dispõe que o condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas a e b do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição ocorrerá por meio de:

- I - Medida preliminar de direcionamento das transferências constitucionais para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário;
- II - Suspensão das transferências constitucionais.

SIOPS e a COVID-19

A Portaria 2.824, de 15 de outubro de 2020 institui, no âmbito do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS, quadro de informações gerenciais relacionadas à aplicação de recursos, pelos entes federativos, no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Com base nessa Portaria, foi inserido no SIOPS o quadro de informações gerenciais com objetivo de consolidar as informações, a nível nacional, relativas aos recursos e gastos relacionados especificamente ao combate à pandemia de COVID -19.

O quadro de informações gerenciais contém as seguintes informações relativas à aplicação de recursos no enfrentamento da pandemia de COVID -19, a partir de 1º de janeiro de 2020:

- I - repasses da União aos demais entes federativos;
- II - repasses estaduais aos municípios;
- III - recursos próprios aplicados por cada ente federativo; e
- IV - a informação da despesa por sub função.

A partir do 2º bimestre/2020, o SIOPS dispôs de campo específico para preenchimento das informações referente a COVID-19, sendo alertado aos Gestores a necessidade de implantar um controle efetivo dos recursos /aplicações no exercício 2020 específicos referentes ao COVID-19.

O Objetivo da criação das pastas foi devido a necessidade de ter um detalhamento dos recebimentos de recursos e a execução das despesas para enfrentamento da situação de emergência de saúde pública decorrentes do Coronavírus, espelhando desta forma, como se deu o recebimento e aplicação dos recursos em cada ente federado, sendo necessário também que esta informação esteja consolidada com as demais despesas com saúde do ente federado e sejam apresentadas na pasta de “Previsão e Execução da Receita” e “Previsão e Execução das despesas orçamentárias” (por fonte, sub função e natureza de despesa).

7.2 - SISTEMA DigiSUS GESTOR/MÓDULO PLANEJAMENTO - DGMP

A Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, alterou a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 para instituir o Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), no âmbito do SUS.

O DGMP tem como objetivo:

- I - o aperfeiçoamento da gestão em saúde;
- II - a facilitação do acompanhamento das políticas de saúde;
- III - o aprimoramento do uso dos recursos públicos;
- IV - o apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde; e
- V - a transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde.

Os Estados, Distrito Federal e Municípios devem obrigatoriamente, utilizar o DGMP para:

I - registro de informações e documentos relativos:

- a) ao Plano de Saúde;
- b) à Programação Anual de Saúde; e
- c) às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores;

II - elaboração de:

- a) Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA; e
- b) Relatório Anual de Gestão - RAG; e

III - envio ao Conselho de Saúde respectivo:

- a) das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, contemplando o fluxo ascendente de que dispõem as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT para a Pactuação Interfederativa de Indicadores;
- b) do RDQA, para inclusão da análise pelo Conselho, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e
- c) do RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012.”

Conforme o “Art. 437. o registro das informações e a inserção de documentos no DGMP não substitui a obrigatoriedade de elaboração e de apresentação desses instrumentos ao Conselho de Saúde, à Casa Legislativa e a órgãos de controle, quando for o caso.”

8 - FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

O Sistema Único de Saúde é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, conforme artigo 198 da Constituição Federal.

A gestão dos recursos financeiros da saúde pública se dá, por determinação legal, por meio dos Fundos de Saúde, que existem nas três esferas de poder e se colocam, ao lado dos Conselhos, Planos Municipais de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios Anual de Gestão, como instrumentos fundamentais do SUS. Todos os recursos municipais, estaduais ou federais alocados na saúde do município devem ser administrados pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS), conforme dispõe o § 3º do Art. 77 do ADT.

8.1 - Legislações Básicas

I - Lei 4.320/1964 – Artigo 71 – Dá sustentação para a criação de fundos especiais e orienta sobre a elaboração e execução orçamentária.

II - Portaria Nº 42, de 14 de Abril de 1999 do MOG – DOU de 15.04.1999.

Atualiza a discriminação da despesa por funções de que trata o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, sub função, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências.

III - Portaria Interministerial Nº 163, de 4 de maio de 2001 - DOU de 07.05.2001 (atualizada em 25/08/2010)

Dispõe sobre normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências.

Refere-se a Classificação da Receita a ser utilizada por todos os entes da Federação e Classificação da Despesa por natureza da despesa.

IV - Portaria Nº 448 de 13 de setembro de 2002 da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda

Divulga o detalhamento das naturezas de despesas 339030, 339036, 339039 e 449052, com o objetivo de auxiliar, em nível de execução, o processo de apropriação contábil dessas despesas.

Conforme esta Portaria, entende-se como material de consumo e material permanente:

- I - Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;
- II - Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente:

- I - Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;
- II - Fragilidade, cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irreversibilidade e/ou perda de sua identidade;
- III - Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;
- IV - Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e
- V - Transformabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

O detalhamento das naturezas de despesas dos elementos 339030, 339036, 339039 e 449052 poderá ser encontrado no **ANEXO I** desta Cartilha.

V - Constituição Federal/1988-§ 3º do Art. 77 do ADCT.

“ART. 77, § 3º do ADCT - Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.”

Comentário: O artigo estabelece a obrigatoriedade de manter todo o dinheiro destinado à saúde no Fundo de Saúde (“Todo dinheiro no fundo”) e a disponibilidade do fundo para fiscalização dos Conselhos de Saúde.

“Art. 195 - A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. ”

Determina que a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

Comentário: Determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

“Art. 198. - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade. ”

Comentário: Como já visto, a participação da comunidade é diretriz do SUS (art. 198, III) e cabe constitucionalmente aos Conselhos de Saúde acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos em saúde por meio dos respectivos fundos (art. 77, §3º, do ADCT). A Lei 8080/90, também confirma a exigência. ”

VI - Lei 8080, de 19/09/1990

“Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. ”

“Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. ”

“§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde. ”

VII - Lei 8.142, de 28/12/1990.

“Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários,

atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.

A referida Lei estabelece também que os recursos destinados a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde e serão repassados de forma regular e automática.

Conforme o artigo 4º da Lei 8.142, para receber os recursos os Municípios devem ter:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho Municipal de Saúde com composição paritária;
- III - Plano Municipal de Saúde;
- IV - Relatório Anual de Gestão;
- V - Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da Saúde.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. ”

VIII - Lei Complementar Estadual nº 22/1992 (Art. 26) - Código Estadual de Saúde Res. 12/2005 CES.

Os recursos financeiros do SUS serão movimentados pelo dirigente do sistema (gestor), sob fiscalização do CMS.

IX - Decreto Federal 1.232, de 30/08/1994 da Presidência da República

Art. 1º - Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congêner e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste Decreto.

Art. 2º - A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município. ”

Art. 3º - Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

Art. 4º - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde.

Art. 5º - O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde.

X - Resolução de Consulta Nº 39/2010 do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso - TCE/MT

O Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso, nos termos dos artigos 1º, inciso XVII, 48 e 49, todos da Lei Complementar nº 269/2009 (Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso) e dos artigos 29, inciso XI, 81, inciso IV, da Resolução nº 14/2007 (Regimento Interno do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso), resolve, por unanimidade, acompanhando o voto do Conselheiro Relator e acolhendo o Parecer nº 3.268/2009 do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas, em responder ao consulente que:

- I - todos os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pelo Estado e União para a mesma finalidade serão aplicados por meio do Fundo Municipal de Saúde, com acompanhamento e fiscalização pelo Conselho Municipal de Saúde, e pelos órgãos de Controle Interno e Externo, conforme determina o artigo 77 do ato das disposições constitucionais transitórias;
- II - o Fundo Municipal de Saúde será criado por lei específica, como fundo especial, sem personalidade jurídica, estando vinculado administrativamente à Secretaria Municipal de Saúde, salvo opção do ente estatal pela descentralização dos serviços públicos de saúde por meio de entidades de natureza autárquica com personalidade jurídica de direito público, integrantes da administração pública indireta;
- III - é obrigatória a inscrição do Fundo Municipal de Saúde no CNPJ, por força do que determina a Instrução Normativa RFB nº 1.005/2010. A inscrição no CNPJ não equipara os fundos especiais a pessoas jurídicas e tão pouco lhes confere personalidade jurídica;
- IV - nas peças de planejamento do ente deve ser criada uma unidade orçamentária própria do Fundo Municipal de Saúde, dentro da estrutura orçamentária da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, incluindo os programas específicos a serem executados com os recursos provenientes do respectivo fundo. Além disso, deverá ser observada a classificação da receita e despesa orçamentárias por destinação e fonte de recursos, a fim de possibilitar um controle mais eficiente da destinação das receitas que constituem os Fundos de Saúde;
- V - não há obrigatoriedade de se criar uma estrutura administrativa contábil própria para o Fundo Municipal de Saúde, e, conseqüentemente, não é necessário um contador específico, pois o fundo integrará a contabilidade do ente ao qual pertence. O que se exige é que a contabilidade do ente deva oferecer a possibilidade de emissão de relatórios contábeis e gerenciais para controle dos recursos financeiros que constituem o respectivo fundo; e,
- VI - o Fundo Municipal de Saúde não demanda uma estrutura administrativa específica, de forma que sua operacionalização será efetuada pela estrutura do órgão ao qual esteja vinculado, sendo necessário apenas a adequação dos procedimentos de gestão e de controle.
- VII - A gestão dos fundos de saúde deverá ser realizada nos termos da lei de criação de cada Fundo, observando-se, em todo caso, a regra contida no art. 9º da Lei nº 8.080/1990, segundo a qual a direção do Sistema Único de Saúde no âmbito Estadual e Municipal será de competência das respectivas Secretarias de Saúde.

XI - Lei Complementar 141, de 13 DE janeiro de 2012

A Lei Complementar (LC) nº 141/2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29/2000, e estabeleceu uma participação orçamentária mínima obrigatória para União, Estados, Distrito Federal e municípios, para financiamento das ações e serviços públicos em saúde.

Conforme o § 2º do Artigo 12 da LC 141/2012, "os recursos da União previstos na referida Lei

Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.”

O § 4o da referida LC “estabelece que a movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.”

A LC 141 estabelece ainda:

“Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos Arts. 6o a 8o da LC 141/2012 será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 3o As instituições financeiras referidas no § 3o do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2o deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.”

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.”

XII - Decreto Estadual Nº 456, de 24/03/2016

Instituiu o Sistema de Transferência de Recursos Financeiros Fundo a Fundo com o objetivo de viabilizar o repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

A transferência do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde de que trata este artigo será disponibilizada mediante repasse de recursos financeiros, independente da celebração de convênio ou instrumento congênere.

Os recursos orçamentários serão transferidos de forma regular e automática aos Fundos Municipais de Saúde, de acordo com o planejamento e programação financeira da Secretaria de Estado de Saúde.

A adesão dos municípios aos programas e ações dar-se-á através de Termo de Compromisso, que terão suas cláusulas definidas em portaria.

Os critérios para fixação do valor dos incentivos a serem transferidos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, serão elaborados pela área técnica da SES e do CO-SEMS, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite do Mato Grosso - CIB/MT e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

XIII - Portarias GM/MS Nº s. 3.992, 28/12/2017 e 828, de 17/04/2020.

Trouxe mudança na forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento. Os recursos passaram a ser transferidos somente por meio de 02 (dois) Blocos de Financiamentos.

A Portaria juntou os antigos Blocos. Porém, os Blocos continuam como Grupos de Ações com base nas Sub Funções Orçamentárias.

Ao final de cada exercício, esses grupos de ações deverão refletir a vinculação do que foi definido em cada programa que deu origem ao repasse do recurso, bem como ao estabelecido no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

XIV - Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP) – 9ª

Edição - PORTARIA CONJUNTA STN/SOF/ME Nº 117 DE 28 DE OUTUBRO DE 2021.

Aprovar a Parte I - Procedimentos Contábeis Orçamentários da 9ª edição do Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP).

XV – Cartilha de Orientação SIOPS - 2020

Informações Gerais sobre o SIOPS, informações sobre cadastramento do usuário, importação, preenchimento e transmissão dos dados, classificação orçamentária da receita e despesa, classificação por fonte e despesa por sub função, despesas com ASPS, blocos de financiamento, execução da despesa, bem como discorre sobre a metodologia adotada acerca da classificação orçamentária conforme orientação normativa da Secretaria do Tesouro Nacional (STN/MF) de acordo com o novo ementário da natureza da receita.

XVI – Portaria STN nº 710, de 25 de fevereiro de 2021.

Estabelece a classificação das fontes ou destinação de recursos a ser utilizada por Estados, Distrito Federal e Municípios.

XVII - Portaria SPO Nº 1, de 25 de janeiro de 2022 da Secretaria Executiva e Sub Secretária de Planejamento e Orçamento.

Divulga a relação das programações orçamentárias oneradas por transferências de recursos, na Modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais,

Municipais e do Distrito Federal, bem como a vinculação desses programas de trabalho com os

blocos de financiamento de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

8.2 – Financiamento do SUS - Recursos Federais

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos, fundo a fundo, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco de Financiamento.

Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados:

- I - a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados;
- II - o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual do Estado, do Distrito Federal e do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e
- III - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do Sistema Único de Saúde - SUS em sua respectiva esfera de competência.

Conforme a Portaria 3.992, de 28/12/2017 os recursos federais passaram a ser transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual e Municipal por meio de 02 (dois) Blocos de Financiamentos:

- I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Esta Portaria trouxe diversas mudanças, entre elas:

A forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento, uma vez que os recursos para custeio serão transferidos para uma só conta corrente no bloco de custeio e os recursos para investimentos passaram a ser transferidos para uma só conta corrente no bloco de investimento.

A junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Esses grupos de ações deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

A Portaria flexibilizou a execução financeira dos recursos em apenas dois blocos. Porém, as vinculações orçamentárias continuam exatamente como sempre foram e no final do exercício devem refletir as ações pactuadas de governo.

Deve-se observar:

A vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que deu origem aos repasses realizados;

O cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos que regulamentaram o repasse à época do ingresso dos recursos no fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

A Portaria 828, de 17/04/2020 alterou a denominação dos Blocos de Financiamento, ficando

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

A Portaria nº 828/2020 organizou também os Blocos de Financiamento por Grupos para a Identificação das transferências relacionada ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde.

Os grupos são os mesmos para o Bloco de Manutenção das Ações e Bloco de Estruturação da Rede.

Grupos:

- a) Atenção Primária (atenção básica) - sub função 301;
- b) Atenção Especializada (Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar) - sub função 302;
- c) Assistência Farmacêutica- sub função 303;
- d) Vigilância em Saúde - sub função 304 e 305; e
- e) Gestão do SUS - sub função 122, 128 e outras da função administração geral que for conveniente programar.

8.2.1- Programações Orçamentárias que Oneram as Transferências de Recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e a Vinculação desses Programas de Trabalho com os Blocos de Financiamentos, conforme a Portaria SPO Nº 1, de 25/01/2022.

Bloco de Financiamento	Programas de Trabalho (Função/Subfunção/Programa/Ação)
I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.301.5019.21CE - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde
	10.301.5019.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde
	10.301.5019.217U - Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde
	10.301.5019.2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas
	10.302.5018.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade
	10.302.5018.20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes
	10.302.5018.21CD - Implementação de Políticas de Atenção Especializada à Saúde
	10.302.5018.2E90 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas
	10.303.5017.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde
	10.303.5017.20AH - Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS
	10.303.5020.20K5 - Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS
	10.303.5017.4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
	10.303.5018.6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia
	10.304.5023.20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária
	10.305.5023.20AL - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde
	10.305.5023.20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
	10.306.5033.20QH - Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde

II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde	10.301.5019.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde
	10.301.5019.20YL - Estruturação de Academias da Saúde
	10.302.5018.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
	10.302.5018.8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial
	10.303.5017.20AH - Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS
	10.303.5018.21D9 - Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia
	10.303.5020.20K5 - Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS
	10.305.5023.20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
	10.306.5033.20QH - Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde

8.2.2 – Destinação dos Recursos conforme os Blocos (Portaria 828/2020)

Bloco Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde destinam-se:

- I - à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e
- II - ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

É vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Manutenção 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; e
- V - obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.” (NR)

Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Estruturação da Rede de Serviços de Saúde destinam-se, exclusivamente, à:

- I - aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;
- II - obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e
- III - obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

É vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Estruturação em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

As contas correntes são abertas pelo Fundo Nacional de Saúde nos CNPJ dos fundos de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, nas agências das instituições financeiras de relacionamento de cada ente.

Os recursos federais são depositados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, não podendo ser transferidos para outra conta específica.

Ao Gestor de Saúde cabe a administração financeira, controle e acompanhamento da execução dos recursos depositados na Conta do Fundo de Saúde.

8.2.3 - Devolução de Recursos da União

O Fundo Nacional de Saúde publicou Manual de Orientações sobre Devolução de Recursos à União, oriundos de Transferências Legais (convênios e instrumentos congêneres e transferência Fundo a Fundo).

As orientações são as seguintes:

Para as devoluções realizadas por meio de Guia de Recolhimento da União (GRU), destaca-se a importância do preenchimento adequado dos campos obrigatórios, a exemplo do campo que identifica o “Recolhedor”; e do “número de referência” que deve conter a informação do número do processo de transferência de recursos, convênio e o ano ou número da Portaria de Habilitação em que se deu a transferência.

Em todos os casos em que houver devolução por GRU deve-se acessar, no endereço eletrônico da Secretaria de Tesouro Nacional – STN: <https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br>.

Inicialmente, deve-se preencher os quatro campos iniciais:

- Unidade Gestora (UG),
- Gestão,
- Nome da Unidade e
- Código de Recolhimento.

Após o preenchimento destes, abrem-se os demais campos:

Os campos da segunda etapa são:

- Número de Referência,
- Competência,
- Vencimento,
- CNPJ ou CPF do Contribuinte,
- Nome do Contribuinte/Recolhedor,
- Valor Principal,
- Descontos/Abatimentos,
- Outras Deduções,
- Mora/Multa,
- Juros/Encargos,
- Outros Acréscimos e
- Valor Total.

Deve-se observar que para cada um dos períodos tem uma forma de executar a devolução:

1. se o recurso foi repassado no mesmo exercício da devolução;
2. se o recurso foi repassado em exercício anterior ao da devolução.
3. no caso de haver rendimentos de aplicação é necessário o preenchimento de Guia de Recolhimento separada.

Campos de preenchimento para recolhimento de recursos por GRU repassados no mesmo exercício do pagamento:

Sequencial	Item de descrição	Preenchimento
1	Unidade Gestora	257001
2	Gestão 00001	00001
3	Nome da Unidade	DIRETORIA EXECUTIVA DO FUNDO NAC. DE SAUDE
4	Código de Recolhimento	68888-6
5	Número de Referência	Nº do processo de transferência de recursos
6	Competência	Mês e ano do pagamento
7	Vencimento	Último dia do mês de pagamento
8	CNPJ ou CPF do Contribuinte	
9	Nome do Contribuinte/Recolhedor	Nome completo do responsável
10	Valor Principal	Valor principal
11	Descontos/Abatimentos	Não preencher
12	Outras deduções	Não preencher
13	Mora/Multa	Não preencher
14	Juros/Encargos	Não preencher
15	Outros acréscimos	Não preencher
16	Valor Total	Valor igual a soma do seqüencial de 10 a15

Campos de preenchimento para recolhimento de recursos por GRU repassado em exercício diverso do pagamento:

Sequencial	Item de descrição	Preenchimento
1	Unidade Gestora	257001
2	Gestão 00001	00001
3	Nome da Unidade	Diretoria Executiva do Fundo Nac. de Saude
4	Código de Recolhimento	28852-7
5	Número de Referência	Nº do processo de transferência de recursos
6	Competência	Mês e ano do pagamento
7	Vencimento	Último dia do mês de pagamento
8	CNPJ ou CPF do Contribuinte	
9	Nome do Contribuinte/Recolhedor	Nome completo do responsável
10	Valor Principal	Valor principal
11	Descontos/Abatimentos	Não preencher
12	Outras deduções	Não preencher
13	Mora/Multa	Não preencher
14	Juros/Encargos	Não preencher
15	Outros acréscimos	Não preencher
16	Valor Total	Valor igual a soma do sequencial de 10 a 15.

Para as devoluções relativas à rendimentos de aplicação financeira, bem como os valores de juros e outros acréscimos decorrentes da remuneração do principal das transferências deverá ser utilizado o código de GRU 48.802-0 em consonância ao que estabelece o inciso XII, do art. 2º do Decreto 3.964, de 10 de outubro de 2001, por se tratar de receitas próprias do FNS.

Campos de preenchimento para recolhimento de rendimentos de aplicação:

Sequencial	Item de descrição	Preenchimento
1	Unidade Gestora	257001
2	Gestão 00001	00001
3	Nome da Unidade	Diretoria Executiva do Fundo Nac. de Saude
4	Código de Recolhimento	48802-0
5	Número de Referência	Nº do processo de transferência de recursos
6	Competência	Mês e ano do pagamento
7	Vencimento	Último dia do mês de pagamento
8	CNPJ ou CPF do Contribuinte	
9	Nome do Contribuinte/Recolhedor	Nome completo do responsável
10	Valor Principal	Valor principal
11	Descontos/Abatimentos	Não preencher
12	Outras deduções	Não preencher
13	Mora/Multa	Não preencher
14	Juros/Encargos	Não preencher
15	Outros acréscimos	Não preencher
16	Valor Total	Valor igual a soma do seqüencial de 10 a 15.

A devolução de recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS deverá ser efetivamente realizada nas agências do Banco do Brasil S/A ou Caixa Econômica Federal CAIXA. Cabe ressaltar que devemos observar o exercício em que os recursos foram pagos.

Para devolução via Banco do Brasil é necessária a apresentação da Guia de Recolhimento da União – GRU no Banco.

Para o caso de recolhimento junto à Caixa Econômica deve-se dirigir à agência da Caixa e solicitar a emissão de GRU, via Mensageria:

Emissão via TES0034 – Tipo Mensageria

- . Código da Unidade Gestora: 257001
- . Código da Gestão: 00001
- . Código de Recolhimento:
 - . 68888-6 – despesas do exercício
 - . 28852-7 – despesas de exercícios anteriores
- . Contribuinte: CNPJ/CPF de quem devolve
- . Valor: valor a devolver
- . Referência: numérico que identifique a operação preferencialmente, o número do processo de transferência de recursos.

Outros exemplos:

Nº de Ordem Bancária, nº Portaria de transferência de recursos/ano.

Observação: para informações sobre atualização dos valores a serem devolvidos, deve-se entrar em contato com a área finalística para melhores informações.

Lembrando que, após o pagamento da GRU ou TED o comprovante deverá ser enviado à área técnica para baixa nos sistemas do Ministério.

8.2.4 – Atenção Primária à Saúde - APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro nível de atenção em 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 a manutenção da saúde. É conhecida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS.

Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da população e deve funcionar como o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

A APS oferece desde a promoção da saúde (por exemplo, orientações para uma melhor alimentação) e prevenção (como vacinação e planejamento familiar) até o tratamento de doenças agudas e infecciosas, bem como controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação; organiza o fluxo dos serviços nas redes de atenção à saúde, dos mais simples aos mais complexos. Na sua essência, a APS deve cuidar das pessoas, em vez de apenas tratar doenças ou condições específicas.

Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Primária à Saúde - APS no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo 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, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de julho de 2021, consolidou as Portarias referentes as normas da Atenção Primária à Saúde – APS, regulamentando assim, num único documento a Política Nacional da APS e estabeleceu as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde para fins de transferências dos incentivos financeiros federais de custeio (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, de 26 de novembro de 2020). (Redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021).

Equipes que Compreendem a Estratégia Saúde da Família (ESF):

a) Equipe de Saúde da Família (eSF)

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

A jornada de trabalho é de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo:

1. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
2. enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
3. auxiliar ou técnico de enfermagem; e
4. agentes comunitários de saúde.

Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por Agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Normas para Transferências dos Incentivos:

Só será considerada válida para transferência dos incentivos federais de custeio a Equipe de Saúde da Família (eSF) que cumprir os critérios estabelecidos no art. 2º e nos Anexos I e III da Portaria de Consolidação nº 1, de 02/07/2021, desde que cadastrada no SCNES com o código 70. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 6º, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

Fica vedada a substituição de eSF por equipe de Atenção Primária (eAP), nos termos da Portaria 3.566/GM/MS, de 19 de dezembro de 2019, sob pena de suspensão da transferência do incentivo financeiro federal de custeio.

Somente para as eSF participantes do Programa Saúde na Hora é facultada a possibilidade de flexibilização de carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros, respeitando o estabelecido na Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

a) Equipes de Atenção Primária (eAP) ou Equipe de Atenção Básica (eAB)

A Equipe de Atenção Primária (eAP), foi instituída pela Portaria MS/GM nº 2.539, de 26 de setembro de 2019 e difere da Equipe de Saúde da Família – eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município.

A eAP é composta minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária:

Modalidade I: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais, com população adstrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adstrita para uma eSF; ou

Modalidade II: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais, com população adstrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adstrita para uma eSF.

Não se aplica aos profissionais da eAP a vedação à participação em mais de uma eAP ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional.

Normas para Transferências dos Incentivos:

Será considerada válida para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio a equipe de Atenção Primária (eAP) que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e nos Anexos I e III, da Portaria de Consolidação nº 1, de 02/07/2021, desde que cadastrada no SCNES com o código 76.

As diferentes modalidades de eAP serão verificadas por meio da carga horária profissional cadastrada no SCNES, respeitando as regras estabelecidas em normativas específicas.

A alteração de modalidade das eAP está condicionada ao cadastro dos profissionais no SCNES de acordo com a composição da modalidade pretendida, sendo dispensado o envio de solicitação de alteração ao Ministério da Saúde.

O credenciamento e cadastro de 2 (duas) eAP no SCNES, será equivalente a 1 (uma) equipe de Saúde da Família (eSF), para cálculo do teto de credenciamento de novas equipes.

O credenciamento de eAP deverá respeitar o teto de eSF e o quantitativo de eAP ou eSF credenciadas por município e Distrito Federal para a transferência do incentivo financeiro.

A alteração de tipo de eAP para eSF está condicionada ao envio de solicitação de alteração ao Ministério da Saúde.

8.2.4.1 - Financiamento da Atenção Primária à Saúde – APS – Programa Previne Brasil

A Portaria 2.979/2019, de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde - APS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

A referida portaria entrou em vigor a partir de 1º de janeiro de 2020, buscando estimular o alcance de resultados na Atenção Primária à Saúde(APS).

Conforme a Portaria 2.979/2019, o financiamento federal de custeio da APS é constituído por:

- 1 Capitação ponderada;
- 2 Pagamento por desempenho; e
- 3 Incentivo para ações estratégicas.

Os recursos serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Capitação Ponderada

É um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), considerando como fatores de ajustes:

- I - a situação de vulnerabilidade socioeconômica - proporção de pessoas cadastradas nas eSF e equipes de eAP que recebam benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários-mínimos.
- II - o perfil demográfico (perfil de idade) – faixas etárias com maiores necessidades e gastos de saúde - população cadastrada nas ESF com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade;
- III - a classificação geográfica - classificação rural-urbana do município de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE.

O registro das informações de cadastro pode ser feito por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios/terceiros. Os cadastros serão monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Financiamento

O cálculo da capitação ponderada baseia-se no quantitativo da população cadastrada por sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família-eSF ou Equipes de Atenção Primária-eAP, com base nos critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico por faixa etária e classificação geográfica.

A Portaria 247, de 09/02/21, estabeleceu que o cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada poderá ultrapassar a população definida pelo IBGE, quando o município possuir quantitativo de pessoas cadastradas superior a população total definida pelo IBGE.

O cadastro dos cidadãos feito pelas equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultório na Rua (eCR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) passa a contar no

cálculo da capitação ponderada, um dos componentes de pagamento do Previne Brasil.

O cálculo do valor a ser repassado ao município é feito pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS DO /MS e publicado em portaria específica.

A apuração do cadastro e do valor a ser repassado a cada município ocorre quadrimestralmente.

Hipótese de Suspensão Proporcional e Total do Incentivo Financeiro da Capitação Ponderada de ESF e EAP

A Portaria GM/MS Nº 38, de 10 de janeiro de 2022, alterou o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. A referida Portaria dispõe sobre irregularidades na aplicação do incentivo financeiro da capitação ponderada a ser aplicada de acordo com a irregularidade identificada, conforme a seguir:

Suspensão Proporcional			Suspensão Total	
25% (vinte e cinco por cento) por eSF	50% (cinquenta por cento) por eSF e eAP	75% (setenta e cinco por cento) por eSF 100% (cem por cento) por eSF ou eAP		
Ausência por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas de apenas um dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF: auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; ou agente comunitário de saúde.	Ausência por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas de apenas um dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF ou eAP: Médico ou enfermeiro	Ausência simultânea, por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas, dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF: auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; e Agente comunitário de saúde.	Ausência simultânea, por 2 (duas) competências do SCNES consecutivas, dos seguintes profissionais da equipe mínima da eSF: a) médico e agente comunitário de saúde; ou b) médico e auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem; ou c) enfermeiro e agente comunitário de saúde; ou d) enfermeiro e auxiliar de Enfermagem ou Técnico de enfermagem.	Observada 2 (duas) competências do SCNES consecutivas da ocorrência de duplicidade de profissional da eSF no SCNES. de forma imediata, nos casos de ocorrência de uma das seguintes hipóteses: a) ausência simultânea de três categorias profissionais da equipe mínima da eSF; ou b) ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro da equipe mínima da eSF ou da eAP; ou c) ausência do cadastro ativo da eSF ou eAP no SCNES; ou d) do estabelecido no art. 12-K desta Portaria, referente as suspensões por órgãos de controle.

Não será considerada, para fins de suspensão do incentivo financeiro da capitação ponderada das eSF e eAP, a ausência de envio de informação sobre a produção ao Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB, que será monitorada por meio do cumprimento das metas do pagamento de desempenho.

Pagamento por Desempenho

O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho considera os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES, em face de ações ou metas mensuráveis e predeterminadas.

A Portaria GM/MS Nº 102, de 20 de janeiro de 2022, alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

Conforme a portaria 102/2022, considera-se:

- I - parâmetro: representa o valor de referência utilizado para indicar o desempenho ideal que se espera alcançar para cada indicador;
- II - meta: quantificação do valor de referência do alcance da qualidade esperada para o indicador no contexto do pagamento por desempenho na APS;
- III - peso: fator de multiplicação de cada indicador na composição da nota final; e
- IV - indicador sintético final: indicador síntese do desempenho das equipes que variará de (0) zero a (10) dez, sendo obtido a partir da atribuição da nota individual para cada indicador, segundo seus respectivos parâmetros, e da ponderação pelos respectivos pesos de cada indicador, definidos em conformidade com o esforço necessário para seu alcance

A Portaria 102/2022 deu nova redação aos artigos 4º e 6º da Portaria 3.222/2019:

“Artigo 4º - Os resultados dos indicadores alcançados por equipes homologadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES serão agrupados em um indicador sintético final, que irá definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho por município e pelo Distrito Federal.”

“Artigo 6º- O conjunto de indicadores do pagamento por desempenho a ser observado na atuação das equipes de Saúde da Família - eSF e equipes de Atenção Primária - eAP, para o ano de 2020, 2021 e 2022, abrange as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).”

Os sete indicadores do pagamento por desempenho para o ano 2022, conforme a portaria 102/2022 são os seguintes:

- I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;
- II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- IV - proporção de mulheres com coleta de cito patológico na APS;
- V - proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza e tipo b e Poliomielite inativada;
- VI - proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e
- VII - proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Financiamento

Conforme a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, o financiamento dos indicadores estabelecidos para o ano de 2022 observará as seguintes regras para o pagamento:

- I - no primeiro quadrimestre de 2022 será considerado:
 - a) o percentual de alcance real para as metas dos indicadores elencados no incisos I e II; e
 - b) o percentual de alcance de 100% para as metas dos indicadores elencados nos incisos III, IV, V, VI e VII.
- II - no segundo quadrimestre de 2022 será considerado:
 - a) o percentual de alcance real para as metas dos indicadores elencados nos incisos I, II, III, IV e V; e

- b) o percentual de alcance de 100% para as metas dos indicadores elencados nos incisos VI e VII.
- III - no terceiro quadrimestre de 2022 será considerado o percentual de alcance real para as metas de todos os 7 (sete) indicadores acima citados.

A seguir planilha contendo as regras de aplicação dos indicadores do pagamento por desempenho em 2022, por quadrimestre:

INDICADORES	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre
1. PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 (SEIS) CONSULTAS PRÉ-NATAL REALIZADAS, SENDO A 1ª ATÉ A 12ª SEMANA DE GESTAÇÃO.	ALCANCE REAL NO CÁLCULO DO ISF	ALCANCE REAL NO CÁLCULO DO ISF	ALCANCE REAL NO CÁLCULO DO ISF
2. PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA SÍFILIS E HIV.			
3. PROPORÇÃO DE GESTANTES COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO.	PERCENTUAL DE ALCANCE DE 100%	PERCENTUAL DE ALCANCE DE 100%	
4. PROPORÇÃO DE MULHERES COM COLETA DE CITO-PATOLÓGICO NA APS.			
5. PROPORÇÃO DE CRIANÇAS DE 1(UM) ANO DE IDADE VACINADAS NA APS CONTRA DIFETERIA, TÉTANO. COQUELUCE, HEPATITE B, INFECÇÕES CAUSADAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B E POLIOMIELITE INATIVADA.			
6. PROPORÇÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO, COM CONSULTA E PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA NO SEMESTRE.			
7. PROPORÇÃO DE PESSOAS COM DIABETES, COM CONSULTA E HEMOGLOBINA GLICADA SOLICITADA NO SEMESTRE.			

Cabe ao Ministério da Saúde a realização do cálculo dos indicadores para a transferência do incentivo de pagamento por desempenho.

Incentivo Financeiro com base em Critério Populacional

A Portaria Nº 26, de 7 de janeiro de 2022 estabeleceu o valor per capita anual de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para 2022. Portanto, permaneceu o mesmo valor do incentivo de 2021.

A Portaria 26/2022 também estabeleceu o valor financeiro a ser transferido nas 12 (doze) competências financeiras do ano de 2022, e os recursos serão transferidos, mensalmente, pelo Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de forma automática, conforme Anexo da referida Portaria.

Incentivo Financeiro de Fator de Correção

Aos municípios que apresentarem possível decréscimo dos valores, haverá incentivo financeiro de valor correspondente ao fator de correção durante todos os meses do ano. A lista com os municípios e o valor da transferência do incentivo será analisada e publicada no Diário Oficial da União a cada quadrimestre, obedecendo à metodologia de cálculo que será efetivada com base na comparação dos valores.

Conforme a Portaria 166, de 27 de Janeiro de 2021, o **cálculo do incentivo é com base na comparação entre os valores que o município fez jus nas 12 (doze) competências financeiras do ano de 2019 e o resultado da aplicação, para o ano de 2021, das regras de capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas.**

O incentivo será transferido somente aos municípios que apresentarem decréscimo dos valores, considerando a comparação entre os valores.

O incentivo será recalculado a cada quadrimestre considerando:

- a) a capitação ponderada com base no quantitativo de pessoas potencialmente cadastradas, aplicando-se os critérios estabelecidos (de vulnerabilidade sócio econômica, perfil demográfico por faixa etária e classificação geográfica);
- b) o pagamento por desempenho, com base em 100% do alcance do Indicador Sintético Final;
- c) o incentivo para ações estratégicas referentes as ações e programas já credenciados e custeados pelo Ministério da Saúde.

O incentivo financeiro de fator de correção será reavaliado a cada quadrimestre do ano de 2021 nos termos do § 1º do inciso IV do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021 e será transferido mensalmente e de forma automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Recursos Federais do Grupo da Atenção Primária à Saúde–APS - Previne Brasil - 2022.

A portaria GM/MS Nº 261, de 8 de fevereiro de 2022, divulgou os montantes anuais de referência destinados ao cofinanciamento federal de recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde no Grupo de Atenção Primária a serem repassados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no ano de 2022.

O cálculo considerou os incentivos financeiros com base em critério populacional, da capitação ponderada, do pagamento por desempenho e das ações estratégicas, regulamentados no Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Os montantes anuais de referência destinados ao cofinanciamento federal para os municípios de Mato Grosso estão discriminados no Anexo I da Portaria 261/2022, conforme a seguir:

- 000A – Incentivo para Ações Estratégicas;
 - 0002 - Agente Comunitário de Saúde;
 - 0008 - Incentivo financeiro da APS – Capitação Ponderada;
 - 0009 - Incentivo financeiro da APS – Desempenho;
 - 000D – Programa de Informatização da APS;
- Valor Total Montante Anual.

Monitoramento

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS irá monitorar mensalmente o cumprimento das regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e o financiamento das equipes, serviços, programas e estratégias da Atenção Primária à Saúde – APS.

8.2.4.2 - Ações e Programas Estratégicos da Atenção Primária à Saúde – APS

As ações e programas estratégicos da Atenção Primária à Saúde dependem de credenciamento/adesão do município junto ao Ministério da Saúde.

Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na Atenção Primária à Saúde - APS e na Rede de Atenção à Saúde.

As transferências financeiras das ações estratégicas, observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias.

O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

- Equipe de Saúde Bucal (eSB)
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Profissional Microscopista;
- Agente Comunitário de Saúde – (ACS);
- Programa de Academia da Saúde.
- Programa Saúde na Hora;
- Programa de Formação Profissional nos municípios com residência médica e Multiprofissional, no âmbito da APS;
- Programas de Apoio à Informatização da APS;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade.

a) Equipe de Saúde Bucal (eSB)

A saúde bucal, foi incorporada oficialmente na Estratégia da Saúde da Família - ESF por meio da Portaria MS 1444 de 28 de dezembro de 2000 e tem como objetivo realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal e controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção.

Existem duas modalidades de implantação de eSB:

-eSB Modalidade I – composta por Cirurgião-Dentista(CD) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)/Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) ou Técnico em Saúde Bucal.

-eSB Modalidade II – composta por Cirurgião Dentista(CD), Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)/Técnico em Higiene Dental (THD) ou outro Técnico em Saúde Bucal.

Normas para Transferência dos Incentivos

Será considerada válida para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio a equipe de Saúde Bucal (eSB) que estiver vinculada a uma eSF ou eAP no SCNES e que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e nos Anexos I e III da Portaria de Consolidação nº 1, de 02/07/2021, desde que cadastrada no SCNES com o código 71. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 13, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021).

- I - as eSB devem estar vinculadas à eSF ou eAP credenciada e homologada pelo Ministério da Saúde;
- II - serão consideradas as vinculações realizadas das seguintes formas:
 - a) uma eSB com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais vinculada apenas a uma eSF ou a duas eAP com carga horária de 20 (vinte) semanais;
 - b) uma eSB com carga horária diferenciada de 30 (trinta) horas semanais vinculada a uma eAP com carga horária de 30 (trinta) horas semanais;
 - c) uma eSB com carga horária diferenciada de 20 (vinte) horas semanais vinculada a uma eAP com carga horária de 20 (vinte) horas semanais; e
 - d) duas eSB com carga horária diferenciada de 20 (vinte) horas semanais vinculadas a uma eSF.
- III - o credenciamento e cadastro de 2 (duas) eSB com carga horária diferenciada de 20 (vinte) horas ou 30 (trinta) horas semanais no SCNES, será equivalente a 1 (uma) equipe de Saúde Bucal com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, para cálculo do teto de credenciamento de novas equipes.

O credenciamento de eSB com carga horária mínima diferenciada de 20 (vinte) horas ou 30 (trinta) horas semanais deverá respeitar o teto de eSB e o quantitativo de eSB credenciadas por município e Distrito Federal para a transferência do incentivo financeiro federal de custeio.

Somente para as eSB modalidade I é facultada a possibilidade de composição com carga horária diferenciada de 20 (vinte) horas ou 30 (trinta) horas semanais, respeitando a vedação de substituição estabelecida nos termos da Portaria nº 3.566/GM/MS, de 19 de dezembro de 2019, sob pena de suspensão da transferência do incentivo financeiro.

As modalidades I e II de eSB serão verificadas por meio da composição e carga horária profissional cadastrada no SCNES, respeitando as regras estabelecidas em normativas específicas sobre as eSB, sendo dispensado o envio de solicitação de alteração ao Ministério da Saúde.

A carga horária diferenciada das eSB modalidade I será verificada por meio da carga horária profissional cadastrada no SCNES, respeitando as regras estabelecidas em normativas específicas sobre as eSB com carga horária diferenciada, sendo dispensado o envio de solicitação de alteração ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 16, caput)

Fica vedada a substituição de eSB nas modalidades I e II composta por profissionais com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais por eSB modalidade I com carga horária diferenciada de 20 (vinte) horas e 30 (trinta) horas, nos termos da Portaria nº 3.566/GM/MS, de 19 de dezembro de 2019, sob pena de suspensão da transferência do incentivo financeiro.

Somente para eSB participantes do Programa Saúde na Hora é facultada a possibilidade de flexibilização de carga horária do cirurgião-dentista, respeitando o estabelecido na Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

A alteração de tipo das eSB modalidade I com carga horária diferenciada para eSB com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais está condicionada ao envio de solicitação de alteração ao Ministério da Saúde.

Somente os profissionais com carga horária 40 (quarenta) horas semanais que compõem as eSB podem compartilhar carga horária semanal na Unidade Odontológica Móvel (UOM), observando os seguintes critérios:

- I - deverão estar cadastrados na eSB e na UOM todos os profissionais das eSB que compartilham carga horária na UOM;
- II - a soma da carga horária do profissional, cadastrada na eSB e na UOM, deve totalizar a carga horária semanal exigida por profissional da eSB, totalizando no mínimo 40 (quarenta) horas e no máximo 60 (sessenta) horas por profissional.

*Financiamento***-Recurso de Implantação:**

O Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação no valor de R\$ 7.000,00 (parcela única) para investimento nas Unidades Básicas.

-Recurso de Custeio:

Modalidade I R\$ 2.453,00/mês

Modalidade II R\$ 3.278,00/mês

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

Valores de incentivo financeiro mensal para o custeio das eSB com carga horária diferenciada:

Modalidade I, 20h R\$ 1.226,50/mês

Modalidade I, 30h R\$ 1.839,75/mês

As equipes de Saúde Bucal devem estar vinculadas a equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária, conforme as regras estabelecidas Portaria SAPS nº 32, de 19 de maio de 2021 que agrega e atualiza itens da Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020

b) Unidade Odontológica Móvel (UOM)

A Unidade Odontológica Móvel (UOM) é um instrumento de trabalho das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.371, de 07 de outubro de 2007.

As Unidades Odontológicas Móveis são equipamentos de apoio à atuação de equipes de saúde bucal que assistem áreas com dificuldades de acesso, dispersão populacional e populações específicas.

São consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por Equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Normas para Transferências dos Incentivos

Será considerada válida para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio a Unidade Odontológica Móvel (UOM) que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e no Anexo III da Portaria de Consolidação nº 1/2012, desde que cadastrada no SCNES com código 40 - Unidade Móvel Terrestre e Subtipo com código 001 - Unidade Móvel Odontológica.

O cadastro da UOM no SCNES deverá conter profissionais que compõem as eSB, vinculadas à eSF, e que compartilham carga horária semanal na UOM. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 46, caput)

A soma da carga horária do profissional, cadastrada na eSB e na UOM, deve totalizar a carga horária semanal mínima de 40 (quarenta) horas e máxima de 60 (sessenta) horas por profissional da eSB.

Financiamento

O Município contemplado com UOM receberá do Ministério da Saúde dois Incentivos Financeiros: De Implantação e de Custeio Mensal.

Incentivo Financeiro de Implantação das Unidades Odontológicas Móveis - valor de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais), a ser repassado em parcela única.

Incentivo Financeiro de Custeio Mensal das Unidades Odontológicas Móveis - valor de R\$ 4.680,00 (quatro mil e seiscentos e oitenta reais) mensais.

Os repasses financeiros de Implantação e de Custeio Mensal da UOM só serão realizados depois da publicação de Portaria de credenciamento da UOM e após o cadastro realizado pelo gestor municipal da UOM no SCNES.

c) Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), construídas e/ou localizadas em áreas adstritas, cujo acesso se dá por meio fluvial, necessitando de embarcações para atender as comunidades com grande dispersão territorial.

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

Porém, uma equipe de Saúde da Família Ribeirinhas também pode contar com profissionais de saúde bucal, e outros profissionais de nível superior, além de profissionais de nível médio.

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

Considerando as especificidades locais da Amazônia Legal e Pantanal Matogrossense, os municípios podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes de Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

-*ESFR* - Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas: desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por rio; e

- *ESFF*- Equipes de Saúde da Família Fluviais: desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Essas equipes deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente a 8h/dia) e 2 dias para atividade de educação permanente, registro de produção e planejamento de ações.

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

Normas para Transferências dos Incentivos

Será considerada válida para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio a equipe de Saúde da Família caracterizada como Ribeirinha (eSFR) que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e nos Anexos I e III da Portaria de Consolidação nº 1/2021, desde que cadastrada no SCNES com o código 70. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 9º, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

Na composição da eSFR não existe a obrigatoriedade do ACS na equipe mínima, conforme o estabelecido no art. 18, da Seção III, do Capítulo II, do Anexo XXII, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 9º, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

Somente serão custeados os componentes adicionais (embarcações de pequeno porte, unidade de apoio e profissionais acrescidos à equipe mínima) das eSFR que possuam credenciamento homologado e publicado em portaria específica.

- I - os componentes adicionais também deverão constar em portaria publicada pelo Ministério da Saúde, para fins da transferência do incentivo financeiro federal de custeio;
- II - os componentes adicionais deverão estar cadastrados no código CNES e vinculados à eSFR, para fins da transferência do incentivo financeiro federal de custeio:
 - a) as embarcações de pequeno porte e unidades de apoio devem ser cadastradas e vinculadas ao INE da eSFR, no campo endereço complementar; e

- b) os profissionais acrescidos devem ser cadastrados e vinculados ao INE da eSFR, não compondo o quantitativo mínimo de profissionais exigido.
- III - para o custeio dos componentes adicionais é verificado o número de componentes por eSFR, observando o máximo estabelecido nos Anexos IV e V, da Seção IX, do Capítulo I, do Título II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e o publicado em portaria específica da eSFR do município.

Para o custeio do componente adicional referente aos profissionais acrescidos à equipe mínima da eSFR, também é verificada a ocorrência de inconsistência por duplicidade de profissional.

Para fins de transferência do incentivo financeiro federal de custeio do componente adicional referente a embarcação de porte diferenciado, conforme estabelecido no § 1º e § 2º do art. 72, da Seção IX, do Capítulo I, do Título II, Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, é necessário constar em portaria específica, publicada pelo Ministério da Saúde, a validação do porte diferenciado da embarcação:

- I - a embarcação de porte diferenciado com o valor de custeio correspondente, aprovado em Comissão Intergestores Bipartite (CIB), deverá ter esse valor publicado em portaria para fins de formalização, monitoramento e custeio; (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 12, I)
- II - o valor do incentivo financeiro federal de custeio da embarcação de porte diferenciado não poderá ultrapassar o teto estabelecido Anexo V, da Seção IX, do Capítulo I, do Título II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e
- III - o componente adicional de que trata o caput deverá estar cadastrado no código CNES e vinculado ao INE da eSFR.

Financiamento

Valores de repasse do governo federal referente acréscimo de profissionais para auxiliar os municípios na manutenção dos serviços, conforme a seguir:

Profissionais	Nº máximo de cada categoria	Valor do incentivo federal unitário
Agente Comunitário de Saúde*	24	R\$1.550,00
Microscopistas**	12	R\$ 1.550,00
Auxiliar ou técnico de enfermagem.	11	R\$ 1.500,00
Técnico em saúde bucal	1	R\$ 1.500,00
Profissional de nível superior dentre enfermeiros e/ou previstos na relação de profissões NASF	2	R\$ 2.500,00

*Portaria GM/MS nº 3.317, de 7 de dezembro de 2020. **Portaria GM/MS nº 3.127, de 18 de novembro de 2020.

d) Equipe de Consultório na Rua (eCR)

São equipes multiprofissionais que atendem à população em situação de rua que se encontra em condições de vulnerabilidade e com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados por meio do desenvolvimento de ações integrais de saúde de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território.

As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1029/2014)

Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea “a” abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas “a” e “b” a seguir:

- a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;
- b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea “a” abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas “a” e “b” a seguir:

- a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional;
- b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

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

As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde:

- a) enfermeiro;
- b) psicólogo;
- c) assistente social;
- d) terapeuta ocupacional;
- e) médico;
- f) agente social;
- g) técnico ou auxiliar de enfermagem;
- h) técnico em saúde bucal;
- i) cirurgião dentista;
- j) profissional/professor de educação física; e
- k) profissional com formação em arte e educação.

Normas para Transferências dos Incentivos

Será considerada válida para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio a equipe de Consultório na Rua (eCR) que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e nos Anexos I e III da Portaria de Consolidação nº 1/2021, desde que cadastrada no SCNES com o código 73.

As diferentes modalidades de eCR serão verificadas por meio da composição profissional cadastrada no SCNES, respeitando as regras estabelecidas em normativas específicas sobre a eCR.

A alteração de modalidade das eCR está condicionada ao cadastro dos profissionais no SCNES de acordo com a composição da modalidade pretendida, sendo dispensado o envio de solicitação de alteração ao Ministério da Saúde.

Todas as modalidades de eCR poderão vincular Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na sua composição, com consequente transferência do incentivo financeiro federal de custeio referente ao ACS.

Na composição mínima de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de 2 (dois) profissionais da mesma categoria profissional, seja de nível médio ou superior.

Financiamento

- I - para a eCR Modalidade I - valor de R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por equipe;
- II - para eCR Modalidade II - valor de R\$ R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) por equipe; e
- III - para a eCR Modalidade III - valor de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por equipe.

e) Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)

O Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde das pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP, oferece ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no sistema prisional. Tem como objetivo garantir o direito à saúde para todas as pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional

O PNAISP prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Primária no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde pela rede.

A transferência de recursos financeiros está condicionada à habilitação de Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) previamente cadastradas no SCNES.

A eAPP apresenta composição multiprofissional e tem a responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas unidades básicas de saúde a que estiver vinculada.

O número de pessoas custodiadas e o perfil epidemiológico dessas pessoas determinam as modalidades de equipe, bem como suas respectivas cargas horárias. As equipes podem se organizar em cinco modalidades, o que definirá o repasse dos recursos financeiros, conforme a seguir:

- I - Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I (eAPP-I) – formada por 5 profissionais, sendo as mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal), com carga horária de seis horas semanais.
- II- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo I com Saúde Mental (eAPP-I com Saúde Mental) - formada por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental e dois profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de seis horas semanais.
- III- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II (eAPP-II) – formada por oito profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psicólogo, um assistente social e um profissional escolhido entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de 20 horas semanais.
- IV- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo II com Saúde Mental (eAPP-II com Saúde Mental) – formada por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 20 horas semanais.
- V- Equipe de Atenção Primária Prisional Tipo III (eAPP-III) – formada por 11 profissionais: cinco profissionais das mesmas categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, somados a um psiquiatra ou um médico com experiência em Saúde Mental, um psicólogo, um assistente social e três profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 30 horas semanais.

Normas para Transferência dos Incentivos Financeiros

Será considerada válida para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio a equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e nos Anexos I e IV da Portaria de Consolidação nº 1/2021, desde que cadastrada no SCNES com o código 74.

As diferentes modalidades de eAPP serão verificadas por meio da composição e carga horária profissional cadastrada no SCNES, respeitando as regras estabelecidas em normativas específicas sobre a eAPP, conforme previsto em portaria de credenciamento de referência.

Os profissionais das eAPP com carga horária profissional de 6 (seis) horas semanais poderão compartilhar carga horária com equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Saúde Bucal (eSB), sendo agregadas a carga horária registrada no SCNES em ambas as equipes em que estejam vinculados, totalizando o cumprimento das 40 (quarenta) horas semanais.

Todas as equipes de Atenção Básica Prisional (eABP), no âmbito do SUS, equivalem às equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP).

Todo ato específico de habilitação de eABP deve ser interpretado como equivalente a ato de credenciamento de eAPP.

Financiamento

O financiamento federal em caráter de incentivo às equipes habilitadas está disposto no Título II, Capítulo II, Seção IV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Adicionalmente, a Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, redefine normas para o registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Modalidade de Equipe	Até 100 Custodiados	
	Carga Horária Semanal Mínima em Horas	Valor do Incentivo Mensal
EABp I	6	R\$ 3.957,50
EABp I com Saúde Mental	6	R\$ 6.790,00
Modalidade de Equipe	De 101-500 custodiados	
	Carga horária semanal mínima em horas	Valor do incentivo mensal
EABp II	20	R\$ 19.191,65
EABp II com Saúde Mental	20	R\$ 28.633,31
Modalidade de Equipe	De 501-1200 custodiados	
	Carga horária semanal mínima em horas	Valor do incentivo mensal
EABp III	30	R\$ 42.949,96

f. Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) ou Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF)

A Unidade Básica de Saúde Fluvial é uma modalidade de oferta de cuidados em atenção primária à saúde às populações ribeirinhas. Está vinculada à Estratégia Saúde da Família, que orienta os serviços de APS do Sistema Único de Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos

necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense. Buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Normas para transferência dos incentivos financeiros

Será considerada válida para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) que cumprir os critérios estabelecidos no Anexo III e no art. 3º, desde que cadastrada no SCNES com código 32 - Unidade Móvel Fluvial.

Somente serão custeadas as UBSF que possuam pelo menos 1 (uma) equipe de Saúde da Família, cadastrada com código 70 no CNES de UBSF homologada.

O custeio de que trata o caput será realizado por cada CNES de UBSF homologada, independentemente da quantidade de eSF cadastradas na UBSF.

Para o custeio de que trata esta Seção, será verificada se a UBSF foi credenciada com ou sem consultório odontológico, e se o cadastro no SCNES foi equivalente ao credenciado em portaria.

- I - UBSF com consultório odontológico: deverá ter o cadastro de pelo menos 1 (uma) eSF com eSB vinculada; e
- II - UBSF sem consultório odontológico: deverá ter o cadastro de pelo menos 1 (uma) eSF.

No caso de UBSF credenciada com consultório odontológico com cadastro de eSF sem vínculo com eSB, o custeio será referente a UBSF sem consultório odontológico.

Somente serão custeados os componentes adicionais (embarcações de pequeno porte, unidade de apoio e profissionais acrescidos a equipe mínima) das eSF cadastradas na UBSF que possuam credenciamento homologado e publicado em portaria específica.

- I - os componentes adicionais também deverão constar em portaria publicada pelo Ministério da Saúde, para fins da transferência do incentivo financeiro federal de custeio;
- II - os componentes adicionais deverão estar cadastrados no SCNES no código INE da eSF cadastrada na UBSF, para fins da transferência do incentivo financeiro federal de à UBSF;
 - a) as embarcações de pequeno porte e as unidades de apoio devem ser cadastradas no SCNES no campo endereço complementar referente ao código INE da(s) eSF vinculada(s) à UBSF;
 - b) os profissionais acrescidos devem ser cadastrados no SCNES no código INE da(s) eSF vinculada(s) à UBSF, não compondo o quantitativo mínimo de profissionais exigido para uma eSF cadastrada em UBSF;
- III - para o custeio dos componentes adicionais é verificado o número de componentes por eSF cadastrada em UBSF homologada, observado o máximo estabelecido nos Anexos IV e V, da Seção IX, do Capítulo I, do Título II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e o publicado na portaria específica de UBSF do município.

Para o custeio do componente adicional referente aos profissionais acrescidos à equipe mínima da eSF da UBSF, também é verificada a ocorrência de inconsistência por duplicidade de profissional.

Para fins da transferência do incentivo financeiro federal de custeio do componente adicional referente a embarcação de porte diferenciado, conforme estabelecido no § 1º e § 2º do art. 72, da Seção IX, do Capítulo I, do Título II, Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, é necessário constar em portaria específica, publicada pelo Ministério da Saúde, a validação do porte diferenciado da embarcação:

- I - a embarcação de porte diferenciado com o valor de custeio correspondente, aprovado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), deverá ter esse valor publicado em portaria para fins de formalização, monitoramento e custeio;

- II - o valor do incentivo financeiro federal de custeio da embarcação de porte diferenciado não poderá ultrapassar o teto estabelecido Anexo V, da Seção IX, do Capítulo I, do Título II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e
- III - o componente adicional de que trata o caput deverá estar cadastrado no código INE da eSF cadastrada no CNES da UBSF.

Financiamento

O valor do incentivo mensal de custeio para as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) será repassado do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, independentemente do número de equipes. Segue abaixo o valor de custeio de cada UBSF:

- I. R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para as ESFF sem profissionais de saúde bucal;
- II. R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) por ESFF de municípios com profissionais médicos integrantes de Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Médicos para o Brasil;
- III. R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) para ESFF com profissionais de saúde bucal; e
- IV. R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) por ESFF com equipe de Saúde Bucal de municípios com profissionais médicos integrantes de Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Médicos para o Brasil

g) Profissionais Microscopistas

O profissional microscopista foi incluído na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde -eACS e/ou às Equipes de Saúde da Família - eSF.

Normas para Transferências dos Incentivos

Serão considerados válidos para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio os profissionais microscopistas conforme quantidade credenciada estabelecida por município, publicada em portaria específica de microscopista ou em portaria de eSFR ou UBSF.

Serão custeados os profissionais microscopistas cadastrados no SCNES pela gestão municipal, considerando o cronograma da competência SCNES, que subsidiará a competência financeira subsequente.

Os profissionais microscopistas vinculados como profissionais acrescidos às eSFR e UBSF serão considerados aptos para custeio, desde que essas equipes cumpram os critérios estabelecidos no Anexo III da Portaria de Consolidação Nº 1/2021.

Para fins da transferência do incentivo financeiro federal de custeio serão verificados:

- I - o quantitativo de profissionais microscopistas cadastrados no SCNES, respeitada a quantidade estabelecida por município publicado em portaria específica de microscopista ou portaria de eSFR ou UBSF; e
- II - a carga horária de 40 (quarenta) horas semanais por microscopista ou o cadastro de 2 (dois) microscopistas de 20 (vinte) horas semanais cada um.

Nos casos de flexibilização de carga horária profissional previsto no inciso II, não se aplicará a regra de duplicidade.

Em caso de duplicidade de profissional microscopista com 40 (quarenta) horas semanais, suspende-se o incentivo financeiro do componente de Ações Estratégicas referente ao custeio do microscopista, conforme art.12-I, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Nenhum microscopista poderá ultrapassar o total de carga horária individual de 40 (quarenta) horas semanais, conforme disposto em normativa específica, sob pena de suspensão da transferência do incentivo financeiro federal referente ao custeio do microscopista vinculado à equipe ou ao serviço em que o profissional está cadastrado com data mais antiga.

Financiamento

A Portaria Consolidação Nº 1/2021, estabeleceu os critérios para recebimento do incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica.

O valor do incentivo financeiro referente à inclusão de 1 (um) microscopista na atenção básica será o mesmo do incentivo repassado mensalmente para um 1 (um) ACS, em conformidade com os critérios definidos na referida Portaria. (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Art. 2º).

No último trimestre de cada ano, será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de microscopistas que tiveram incentivos repassados pelo Ministério da Saúde na competência financeira setembro do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo.

h) Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Legislação:

Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006- acrescentou os parágrafos 4º, 5º e 6º no artigo 198 da Constituição Federal, que regulamentou a admissão dos Agentes Comunitários de Saúde- ACS e Agentes de Combate às Endemias - ACE.

Lei 11.350, de 05/10/2006 -com base no artigo 5º da Constituição e amparado no artigo 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14/02/2006 regulamentou as atividades dos ACS e ACE, definiu os requisitos necessários para o exercício das atribuições, forma de contratação, piso salarial, forma de pagamento e jornada de trabalho.

LEI Nº 12.994, DE 17 DE JUNHO DE 2014- Alterou a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretriz para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

Com base na referida Lei o piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias foi fixado no valor de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) mensais e a jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas exigida para garantia do piso salarial previsto na referida Lei deverá ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e combate a endemias em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação, segundo as atribuições previstas na Lei.

Lei 12.994/2014, autorizou o Poder Executivo Federal a fixar em Decreto os parâmetros referentes à quantidade máxima de agentes passível de contratação, em função da população e das peculiaridades locais, com o auxílio da assistência financeira complementar da União, fixou o valor da assistência financeira complementar da União em 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial de R\$ 1.014,00 e criou o incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias.

Lei Federal 13.708, de 14-08-2018 alterou a Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde – ACE e dos Agentes de Combate às Endemias – ACE.

A Emenda Constitucional nº 120, de 5 de maio de 2022, que acrescenta os §§ 7º, 8º, 9º, 10 e 11 ao art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre a responsabilidade financeira da União, corresponsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias.

Atribuições Gerais

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS.



O Agente Comunitário de Saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde – ACS é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades. É um membro da comunidade que possui um envolvimento pessoal e que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade. O ACS deve residir no micro área de sua responsabilidade.

Independente da população da cidade ou da população sob responsabilidade de uma equipe de saúde da família, o Ministério da Saúde recomenda que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) seja responsável pelo “cuidado” de uma micro área com no máximo 750 pessoas, não especificando o número de famílias.

Porém, cabe ao município dimensionar a necessidade do número de ACSs para cada equipe de saúde da família, assim como o tamanho das micro áreas sob responsabilidade de cada ACS. Para isto, deve ser levado em conta fatores como área (tamanho), população, dificuldade de locomoção dentro da área / micro área e perfil epidemiológico, conforme dispõe a Lei Federal nº 13.595, de 05/01/2018:

- I - observar os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- II - considerar a geografia e a demografia da região, com distinção de zonas urbanas e rurais;
- III - flexibilizar o número de famílias e de indivíduos a serem acompanhados, de acordo com as condições de acessibilidade local e de vulnerabilidade da comunidade assistida.

Normas para Transferência do Incentivo

Serão considerados válidos para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio os profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) credenciados pelo Ministério da Saúde e cadastrados no SCNES pela gestão municipal e do Distrito Federal e vinculados à eSF, eAP, eCR, eSFR, eSF da UBSF, ou vinculados como profissionais acrescidos às eSFR e UBSF, desde que essas equipes a que estejam vinculados cumpram os critérios estabelecidos no Anexo III da Portaria de Consolidação nº 1/2012.

Em caso de suspensão de 100% (cem por cento) do incentivo financeiro da equipe a qual o ACS esteja vinculado, suspende-se o incentivo financeiro do componente de Ações Estratégicas referente ao custeio do ACS, conforme Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019.

Em caso de duplicidade de Agente Comunitário de Saúde suspende-se o incentivo financeiro do componente de Ações Estratégicas referente ao custeio do ACS, conforme art.12-I, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Financiamento

Conforme a Lei 13.708:

“Artigo 2º, § 1º - É essencial e obrigatória a presença de Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família e de Agentes de Combate às Endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental.”

“Artigo 5º

§ 2º - A cada 2 (dois) anos, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias frequentarão cursos de aperfeiçoamento.

§ 2º- A Os cursos de que trata o § 2º deste artigo serão organizados e financiados, de modo tripartite, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.

“Art. 9º-A

Conforme o § 2º do artigo 9º - A, a jornada de trabalho do ACS e ACE são de 40 (quarenta) horas semanais.

A Emenda Constitucional nº 120/2022 acrescentou ao art. 198 da Constituição Federal (CF) os parágrafos a seguir:

“§ 7º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais.

§ 8º Os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva.

§ 9º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal.

§ 10. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade.

§ 11. Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal.” (NR) ”

i) Programa de Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população. Esses polos fazem parte da rede de Atenção Primária à Saúde e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

Os polos de saúde complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família e a Vigilância em Saúde.

A Portaria de Consolidação nº 5 e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, estabelecem as regras sobre Cadastramento e Credenciamento dos Polos de Academia.

O polo de Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento das seguintes ações:

- I - práticas corporais e atividades físicas;
- II - produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população;
- III - promoção da alimentação saudável;
- IV - práticas integrativas e complementares;
- V - práticas artísticas e culturais;
- VI - educação em saúde;
- VII - planejamento e gestão;
- VIII - mobilização da comunidade.

Os recursos destinados à infraestrutura do polo do Programa Academia da Saúde poderão ser provenientes de recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação.

Deve-se observar as seguintes regras para Academia da Saúde:

- I - Os polos do Programa Academia da Saúde devem caracterizar-se como espaços de livre acesso à população para o desenvolvimento de ações que contribuam para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população.
- II - Os Estabelecimentos deste tipo são exclusivamente da esfera pública.
- III - O polo de Academia da Saúde deve estar na área de abrangência de pelo menos um estabelecimento de Atenção Básica.
- IV - Os equipamentos esportivos como ginásios, quadras esportivas e poliesportivas, clubes comunitários de esporte, lazer e recreação, centro de treinamento desportivo, Centro Social Urbano e conjunto de equipamentos para exercício físico resistido, dispostos em praças, parques e clubes, não são considerados pólos do Programa Academia da Saúde.

Existem duas formas de adesão ao Programa: via recursos do Programa ou via Emendas Parlamentares. Em ambos os casos, é necessário se observar quando o SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras estará aberto para a inscrição de novas propostas.

Financiamento

Incentivo de Investimento do Programa Academia da Saúde (Portaria 2.684/2013):

Existem 3(três) modalidades de Pólos de Academia da Saúde que terão os seguintes valores a serem transferidos a título de incentivo de investimento pelo Ministério da Saúde:

- Modalidade Básica: R\$ 80.000,00 – 300 m²;
- Modalidade Intermediária: R\$ 100.000,00 – 312 m²;
- Modalidade Ampliada: R\$ 180.000,00 – 550 m².

Os recursos de investimento para construção do pólo do Programa serão repassados do seguinte modo:

Primeira parcela — 20% do valor total aprovado, após a publicação da portaria de habilitação;

Segunda parcela — equivalente a 60% do valor total aprovado, mediante a apresentação da ordem de início do serviço, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações solicitadas no SISMOB;

Terceira parcela — equivalente a 20% do valor total aprovado, mediante a apresentação do atestado de conclusão da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações solicitadas no SISMOB.

Profissionais que deverão ser cadastrados, obrigatoriamente para o serviço de apoio no Polo de Academia, Tipo 74:

CÓD. CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
2241-E1	PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE
2516-05	ASSISTENTE SOCIAL
2239-05	TERAPEUTA OCUPACIONAL
2236-05	FISIOTERAPEUTA

Custeio do Polo de Academia:

Será considerado válido para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio o Polo da Academia da Saúde que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e Anexo II da Portaria de Consolidação Nº 1/2021.

Para fins da transferência do incentivo financeiro federal de custeio serão verificados:

- I - o cadastro de Polos de Academia da Saúde no SCNES de estabelecimentos com código 01 - Posto de Saúde, 02 - Centro de Saúde/Unidade Básica, 15 - Unidade Mista ou 74 - Polo de Academia da Saúde;
- II - o cadastro do código 12 - Estrutura da Academia da Saúde no campo de Tabela de Serviço de Apoio do SCNES de um dos códigos listados no inciso I;
- III - o cadastro de 1 (um) profissional, conforme o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) descrito no Anexo III da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e no Anexo II, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais ou, no mínimo, 2 (dois) profissionais com carga horária de 20 (vinte) horas semanais cada.

O Ministério da Saúde faz repasse mensal de recursos de custeio no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), por polo, destinado às despesas de manutenção das ações.

Os recursos são repassados de forma regular, por meio de transferência do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Porém, esse incentivo deve ser complementado com recursos dos estados e municípios.

Monitoramento (Portaria 24, de 14/01/2014)

Para fins de monitoramento das ações do Programa Academia da Saúde serão considerados os seguintes procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, a serem informados a partir do registro das atividades no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB):

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
01.01.01.001-0	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA
01.01.01.003-6	PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO
01.01.01.004-4	PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
03.01.01.003-0	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA

j) Programa Saúde na Hora

O programa Saúde na Hora viabiliza o custeio aos municípios para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O Programa permite a flexibilização da carga horária individual dos profissionais médico, enfermeiro e cirurgião dentista nas eSF e eSB, respeitando o cumprimento individual mínimo de 20 (vinte) horas semanais.

O programa Saúde na Hora conta com a possibilidade de adesão em quatro tipos de formato de funcionamento em horário estendido:

- USF ou UBS com 60 horas semanais Simplificado;
- USF com 60 horas semanais;
- USF com 60 semanais horas com Saúde Bucal,
- USF com 75 horas semanais com Saúde Bucal.

Modalidades

A adesão dos municípios ao programa tem caráter voluntário e ocorrerá mediante anuência do Termo de Compromisso, em modo on-line via e-Gestor, podendo o ente aderir aos seguintes formatos de funcionamento de USF ou UBS:

1. USF com funcionamento mínimo de 60 horas semanais (USF 60 horas)

- a) USF com pelo menos três equipes Saúde da Família (eSF);
- b) Funcionamento de no mínimo 60 horas ao longo da semana com 12 horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, ou funcionamento de 5 horas aos sábados e/ou domingos desde que seja assegurado o funcionamento de 11 horas diárias ininterruptas de segunda a sexta-feira;
- c) Presença de gerente de Atenção Primária à Saúde com carga horária mínima de 30 horas semanais;
- d) Os profissionais de nível superior que compõem as equipes participantes da USF 60 horas podem apresentar carga horária individual mínima de 20 horas semanais, desde que, para cada categoria profissional, o somatório mínimo corresponda a 40 horas semanais para cada eSF;
- e) Caso seja de interesse do gestor municipal, outras eSF poderão ser acrescentadas a esse formato de funcionamento.

2. USF com funcionamento mínimo de 60 horas semanais com Saúde Bucal (USF 60 horas com Saúde Bucal)

- a) USF com pelo menos três equipes Saúde da Família (eSF) e duas equipes de Saúde Bucal (eSB);
- b) Funcionamento de no mínimo 60 horas ao longo da semana com 12 horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, ou funcionamento de 5 horas aos sábados e/ou domingos desde que seja assegurado o funcionamento de 11 horas diárias ininterruptas de segunda a sexta-feira;
- c) Presença de gerente de Atenção Primária à Saúde com carga horária mínima de 30 horas semanais;
- d) Os profissionais de nível superior que compõem as equipes participantes da USF 60 horas com Saúde Bucal podem apresentar carga horária individual mínima de 20 horas semanais, desde que, para cada categoria profissional, o somatório mínimo corresponda a 40 horas semanais para cada eSF e eSB;
- e) Caso seja de interesse do gestor municipal, outras eSF ou eSB poderão ser acrescentadas a esse formato de funcionamento.

3. USF com funcionamento mínimo de 75 horas semanais com Saúde Bucal (USF 75 horas com Saúde Bucal)

- a) USF com pelo menos seis equipes Saúde da Família (eSF) e três equipes de Saúde Bucal (eSB);
- b) Funcionamento de no mínimo 75 horas ao longo da semana com 15 horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, ou funcionamento de 5 horas aos sábados e/ou domingos desde que seja assegurado o funcionamento de 14 horas diárias ininterruptas de segunda a sexta-feira;
- c) Presença de gerente de Atenção Primária à Saúde com carga horária mínima de 30 horas semanais;
- d) Os profissionais de nível superior que compõem as equipes participantes da USF 75 horas com Saúde Bucal podem apresentar carga horária individual mínima de 20 horas

semanais, desde que, para cada categoria profissional, o somatório mínimo corresponda a 40 horas semanais para cada eSF e eSB;

- d) Caso seja de interesse do gestor municipal, outras eSF ou eSB poderão ser acrescentadas a esse formato de funcionamento.

4. USF ou UBS com funcionamento mínimo de 60 horas semanais simplificado (UBS ou USF 60 horas Simplificado)

- a) USF ou UBS com no mínimo duas equipes, podendo ser uma combinação de equipe de Saúde da Família eSF (40h) e equipe de Atenção Primária eAP (20h ou 30h), desde que a soma de carga horária das equipes constitua o mínimo de 60 horas semanais;
- b) Funcionamento de no mínimo 60 horas ao longo da semana com 12 horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, ou funcionamento de 5 horas aos sábados e/ou domingos desde que seja assegurado o funcionamento de 11 horas diárias ininterruptas de segunda a sexta-feira;
- c) Os profissionais de nível superior que compõem as eSF participantes da USF 60 horas podem apresentar carga horária individual mínima de 20 horas semanais, desde que, para cada categoria profissional, o somatório mínimo corresponda a 40 horas semanais para cada eSF;
- d) Caso seja de interesse do gestor municipal, outras eSF poderão ser acrescentadas a esse formato de funcionamento.

Normas para transferência dos Incentivos (conforme Portaria de Consolidação nº 1/2021)

Será considerada válida para transferência do incentivo financeiro federal adicional de custeio a Unidade de Saúde da Família (USF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) que cumpra os critérios estabelecidos no art. 3º e no Anexo III da Portaria de Consolidação nº 1/2021.

Somente serão custeadas as USF ou UBS participantes do Programa Saúde na Hora que possuam o cadastro do quantitativo mínimo exigido de eSF, eAP e eSB, conforme estabelecido na Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

O custeio de que trata o caput será realizado por cada CNES de USF ou UBS participante do Programa Saúde na Hora, com o cadastro de eSF, eAP e eSB credenciada, cadastrada e homologada, que cumprirem o estabelecido nos Anexos I e III.

Para fins da transferência do incentivo financeiro federal adicional de custeio serão verificados:

- I - o código CNES da USF ou UBS e o horário de funcionamento na portaria de homologação da adesão ao Programa Saúde na Hora; (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 49, I)
- II - o cadastro da USF ou UBS no SCNES;
- III - o horário de funcionamento da USF ou UBS no SCNES, respeitado o funcionamento mínimo de 60 (sessenta) e 75 (setenta e cinco) horas semanais, estabelecidos na Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;
- IV - o quantitativo mínimo de equipes de saúde cadastradas de acordo ao horário de funcionamento da USF ou UBS, estabelecidos na Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;
- V - o somatório da carga horária semanal prevista por categoria profissional nas eSF ou eAP e eSB;
- VI - o cadastro de gerente de Atenção Primária com carga horária semanal de 30h semanais, exceto no formato de horário de funcionamento da USF ou UBS 60h (sessenta horas) simplificado; e

VII - a utilização de Prontuário Eletrônico, de acordo ao disposto na Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, respeitando as especificidades para o formato de horário de funcionamento USF ou UBS 60h (sessenta horas) simplificado.

O Programa Saúde na Hora permite a flexibilização da carga horária individual dos profissionais médico, enfermeiro e cirurgião dentista nas eSF e eSB, respeitando o cumprimento individual mínimo de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 50, caput)

- I - a carga horária por categoria profissional deverá corresponder no mínimo a 40 (quarenta) horas semanais por eSF e eSB; e no mínimo 30 (trinta) horas ou 20 (vinte) horas semanais para eAP e eSB modalidade I com carga horária diferenciada;
- II - os médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas das equipes poderão ser cadastrados de mais de uma eSF, eAP ou eSB;
- III - os demais profissionais de saúde da eSF e eSB possuem a obrigatoriedade de exercer a carga horária de 40 (quarenta) horas semanais e devem estar cadastrados em apenas 1 (uma) eSF ou 1 (uma) eSB no SCNES, exceto para as eAP e eSB modalidade I com carga horária diferenciada;
- IV - apenas no horário de funcionamento da USF ou UBS 60h (sessenta horas) simplificado é permitida a inclusão de eAP no quantitativo mínimo de equipes de saúde exigido pelo Programa.

À USF ou UBS participante do Programa que reduzir o quantitativo de equipes ou o somatório da carga horária mínima dos profissionais integrantes das equipes de saúde será transferido o incentivo financeiro federal de custeio equivalente ao quantitativo de equipes e carga horária cadastradas no SCNES, correspondente ao horário de funcionamento inferior ao que foi homologado em portaria de adesão do programa, respeitado o funcionamento mínimo de horas semanais estabelecidos na Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Para o cumprimento de que trata o caput, a USF ou UBS participante do Programa já deverá ter iniciado o recebimento da transferência do incentivo financeiro mensal e deverá cumprir os requisitos previstos no art. 519-I, da Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Para a transferência do incentivo financeiro de apoio à implantação do horário estendido para cada USF e UBS participante do Programa será verificado o cumprimento do descrito no art. 54 e ao disposto no art. 172-M, da Seção XII, do Capítulo II, do Título II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

A transferência do incentivo federal adicional de custeio para cada USF e UBS participante do Programa será cancelada após 6 (seis) competências consecutivas de suspensão da transferência do incentivo, ou no caso de não cumprimento dos requisitos mínimos após a publicação da Portaria de homologação da adesão, conforme previsto na Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e na Seção XII, do Capítulo II, do Título II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Financiamento

Valor do Incentivo financeiro para implantação, em parcela única para cada USF ou UBS, conforme os seguintes tipos de formatos:

1. USF ou UBS com funcionamento mínimo de 60 horas semanais simplificado (UBS ou USF 60 horas Simplificado) - R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) /mês.

2. USF com funcionamento mínimo de 60 horas semanais (USF 60 horas) - R\$ 22.816,00

(vinte e dois mil, oitocentos e dezesseis reais)

3.USF com funcionamento mínimo de 60 horas semanais com 2 Equipes de Saúde Bucal (USF 60 horas com Saúde Bucal) – R\$ 31.766,00 (trinta e um mil, setecentos e sessenta e seis reais);

4.USF com funcionamento mínimo de 75 horas semanais com 3 Equipes de Saúde Bucal (USF 75 horas com Saúde Bucal) – 59.866,00 (cinquenta e nove mil, oitocentos e sessenta e seis reais).

A Portaria nº 397, de 16 de março de 2020, atualiza o programa Saúde na Hora e o adéqua ao programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 29 de novembro de 2019), no componente “Incentivo para Ações Estratégicas”.

Dessa forma, o valor do incentivo financeiro referente ao programa (SAUDE NA HORA) será transferido fundo a fundo do Ministério da Saúde aos municípios e Distrito Federal de acordo com o número de USF ou UBS aderidas e o respectivo formato de funcionamento, desde que cumpram os requisitos mínimos para implantação do programa. O valor será correspondente ao incentivo financeiro adicional de custeio mensal por USF ou UBS acrescido da parcela única de apoio à implantação do programa.

k) Programa de Formação Profissional no âmbito da APS

A Portaria 3.510, de 18 de dezembro de 2019, alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 para instituir o incentivo financeiro de custeio adicional mensal para os municípios com equipes de Saúde da Família – eSF ou equipes de Saúde Bucal – eSB que sejam campo de prática para a formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

As formações profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde abrange:

- I - o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade para os profissionais de Medicina; ou
- II - o programa de residência nas modalidades uni profissional ou multiprofissional em Atenção Primária à Saúde ou Saúde da Família para os profissionais de Odontologia ou Enfermagem.

Normas para Transferência do Incentivo Financeiro (conforme Portaria de Consolidação nº 1/2021)

Será considerada válida para transferência do incentivo financeiro federal de custeio adicional ao município pela equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Saúde Bucal (eSB) integrada a programa de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde, que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e nos Anexos I e III da Portaria de Consolidação nº 1/2021. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 54, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

Somente serão custeadas as eSF ou eSB que sejam campo de prática para a formação profissional no âmbito da APS e que possuam profissional médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista em formação, cadastrado no SCNES no código INE da eSF ou eSB. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 55, caput)

O custeio de que trata o caput será calculado considerando cada profissional em formação, cadastrado no SCNES no INE de eSF ou eSB. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 55, § 1º)

Para fins do disposto nesta Seção, considera-se profissional em formação, verificado no ato da adesão ao incentivo: (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 55, § 2º)

- I - profissional vinculado a um dos programas de residência (Medicina de Família e Comunidade - profissionais de Medicina ou programa de residência nas modalidades uni profissional ou multiprofissional em Atenção Primária à Saúde ou Saúde da Família - profissionais de Odontologia ou Enfermagem), com situação regular na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 55, § 2º, I)

- II - profissional que esteja cursando o 1º (primeiro) ou 2º (segundo) ano de residência. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 55, § 2º, II)

Será permitida a alteração do cadastro dos profissionais em formação para diferentes eSF ou eSB do mesmo município enquanto estiverem vinculados aos programas. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 55, § 3º)

O início da transferência do incentivo financeiro de custeio adicional de que trata o caput está condicionado à publicação da portaria de homologação da adesão, referente ao município ou Distrito Federal, e se restringe ao máximo de 2 (dois) profissionais em formação de cada categoria profissional em cada eSF e eSB. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 55, § 4º)

Para fins da transferência do incentivo financeiro de custeio adicional serão verificados: (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 56, caput)

- I - o envio de dados da eSF e eSB por meio do sistema de informação vigente, referente à equipe em que o profissional em formação está cadastrado; (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 56, I)
- II - o cadastro regular dos profissionais em formação no SCNES das eSF ou eSB do município ou Distrito Federal; ou (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 56, II)
- III - o cadastramento de novo profissional em formação, após finalização do período de duração da formação do profissional anteriormente vinculado. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 56, III)

O Ministério da Saúde suspenderá a transferência do incentivo financeiro de custeio adicional após três competências consecutivas do não cumprimento do disposto nos incisos I, II e III deste artigo. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 56, parágrafo único)

Para os casos em que o profissional em formação esteja cadastrado em eSF ou eSB como o único profissional da categoria, este deverá cumprir a carga horária mínima exigida para a composição de eSF e eSB, conforme a seguir: (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 57, caput)

- I - para as categorias profissionais de medicina e enfermagem deverá ser observado o cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais na eSF, conforme estabelecido no Anexo XXII, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 57, I)
- II - para a categoria profissional de cirurgião-dentista deverá ser observado o cumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais na eSB, ou conforme carga horária exigida para eSB modalidade I com carga horária diferenciada, conforme estabelecido no Anexo XXII, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 57, II)

A transferência do incentivo financeiro federal de custeio adicional por cada profissional em formação cadastrado em eSF ou eSB será cancelada após 6 (seis) competências consecutivas de suspensão da transferência do incentivo, conforme previsto no § 2º, do art. 172-H, da Seção IV, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 58, caput)

Financiamento

O valor do incentivo financeiro nas equipes de Saúde da Família - eSF corresponde a:

- I - R\$ 12.000,00 (doze mil reais) para a equipe de eSF que tenha na sua composição dois médicos e dois enfermeiros em formação;
- II - R\$ 10.500,00 (dez mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição dois médicos e um enfermeiro em formação;

- III - R\$ 9.000,00 (nove mil reais) para a equipe que tenha na sua composição dois médicos em formação;
- IV - R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico e dois enfermeiros em formação;
- V - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico e um enfermeiro em formação;
- VI - R\$ 4.500,00 (quatro mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um médico em formação;
- VII - R\$ 3.000,00 (três mil reais) para equipe que tenha na sua composição dois enfermeiros em formação; ou
- VIII - R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um enfermeiro em formação.

O valor do incentivo financeiro nas Equipes de Saúde Bucal – eSB corresponde a:

- I - R\$ 3.000,00 (três mil reais) para a equipe que tenha na sua composição dois cirurgiões-dentistas em formação; ou
- II - R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) para a equipe que tenha na sua composição um cirurgião-dentista em formação.

I) Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS – Informatiza APS

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa apoia a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde. O investimento na tecnologia da informação subsidia a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

A nova estratégia de financiamento da Atenção Primária a Saúde (APS) vai exigir dos gestores e suas equipes, um maior empenho na implantação e alimentação dos sistemas de informação. Com isso, após articulações e pedidos da Confederação Nacional de Municípios (CNM), o governo federal traz um incentivo de custeio para manutenção das unidades de saúde que implantarem e manterem o sistema de informação da atenção primária de saúde, utilizados por suas equipes da atenção primária.

Normas para Transferência do Incentivo Financeiro

Será considerada válida para transferência do incentivo financeiro federal de custeio adicional a equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Atenção Primária (eAP) informatizada, dos municípios e do Distrito Federal, que aderirem ao Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS), e que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e nos Anexos I e III da Portaria de Consolidação nº 1/2021.

Serão consideradas eSF ou eAP informatizadas aquelas que, em pelo menos 1 (uma) das 3 (três) competências anteriores à solicitação de adesão ao Programa Informatiza APS, tiverem enviado informações ao Ministério da Saúde provenientes de sistema de prontuário eletrônico.

No caso das UBSF com adesão ao Programa Informatiza APS será considerada a eSF cadastrada no CNES da UBSF credenciada e homologada pelo Ministério da Saúde.

O incentivo financeiro será transferido de acordo com o INE de eSF e/ou eAP informatizada(s), aderida(s) ao Programa, que tiver(em) enviado dados à base nacional de dados do sistema de informação da Atenção Primária à Saúde por meio de sistema de prontuário eletrônico, de acordo com os requisitos e parâmetros mínimos do programa Informatiza APS.

Será observada a classificação geográfica rural-urbana estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para cálculo do valor do incentivo para cada eSF e eAP.

O município ou Distrito Federal aderente apenas fará jus a transferência do incentivo financeiro de custeio adicional a partir do primeiro envio dos dados da Atenção Primária à Saúde ao Ministério da Saúde após a publicação da portaria de homologação da adesão, observados os requisitos e parâmetros mínimos do programa Informatiza APS.

O plano de monitoramento deverá estabelecer anualmente parâmetros mínimos de quantidade e qualidade em relação aos dados da Atenção Primária à Saúde, tendo como referência a eSF ou a eAP, a serem enviados ao Ministério da Saúde pelos municípios e Distrito Federal aderentes.

A transferência do incentivo financeiro de custeio adicional será interrompida nos casos de suspensão e cancelamento de adesão ao Programa, conforme previsto no art. 172-C, da Seção X, do Capítulo II, do Título II, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e no art. 504-F, da Seção I-A, do Capítulo I, do Título IV, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

A orientação é que o sistema de prontuário eletrônico deve ser utilizado em toda a rede de Atenção Primária à Saúde, preferencialmente o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC da estratégia e-SUS APS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Caso o Município utilize outro sistema, este deve ser compatível com o modelo mais recente do padrão Layout e-SUS APS de Dados de Interface (LEDI) de comunicação entre os sistemas, conforme especificação técnica do sistema e-SUS APS.

Financiamento

- Municípios com tipologia urbano ou intermediário adjacente: R\$ 1.700,00 (mil e setecentos reais);
- Municípios com tipologia intermediário remoto ou rural adjacente: R\$ 2.000,00 (dois mil reais);
- Municípios com tipologia rural remoto: R\$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais).

Os recursos destinam-se ao custeio e poderão ser utilizados em qualquer ação da atenção primária, de acordo com o planejamento do orçamento municipal como por exemplo: no aluguel de equipamentos como computadores; impressoras; tabletes; pagamento de link de internet para as Unidades Básicas de Saúde (UBS); pagamentos de mão de obra especializada; pagamento de folha de pessoal que atue m nas atividades da atenção primária; pagamentos de softwares que viabilize a informatização; e compra de insumos para a atenção primária.

m) Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE), foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. É uma política Inter setorial da Saúde e da Educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira que se unem para promover saúde e educação integral.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia de integração da saúde e educação dos Ministérios da Saúde e do Ministério da Educação, que visa a integração e a articulação entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, das equipes de atenção básica e da educação básica pública.

A base do Programa é a articulação entre Escola e Atenção Primária à Saúde – APS.

Conforme a Portaria Interministerial nº 1.055/2017, de 25 de abril de 2017, que redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa, o PSE será implementado mediante adesão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios aos objetivos e diretrizes do Programa, formalizada por meio:

- I - do preenchimento, pelo município ou pelo Distrito Federal, do Termo de Compromisso do PSE, acessível por meio da ferramenta eletrônica disponibilizada no sítio eletrônico <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab>; e
- II - da assinatura de Termo de Adesão, pelos estados, a ser disponibilizado no sítio eletrô-

nico <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab>, mediante o qual se comprometerão a apoiar a realização das ações do PSE nas escolas estaduais e a constituir ou fomentar a atuação do Grupo de Trabalho Inter setorial Estadual do PSE - GTIE, previsto no art. 7º desta Portaria.

Normas para Transferência do Incentivo Financeiro

Conforme a Portaria de Consolidação nº 1/2021, somente serão custeados os municípios aderidos ao Programa Saúde na Escola (PSE) que cumpram os critérios estabelecidos no Termo de Compromisso do Programa, conforme Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.055, de 26 de abril de 2017, que define as ações a serem realizadas no PSE e os critérios para cálculo do incentivo financeiro. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 62, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

O monitoramento das ações realizadas fica condicionado ao registro das ações em sistemas de informação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 62, parágrafo único) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

As ações realizadas durante a Semana Saúde na Escola pelos municípios aderidos ao Programa Saúde na Escola, monitoradas pelo Ministério da Saúde, nos termos estabelecidos no Capítulo IX, do Título I, da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, serão contabilizadas para o alcance das metas pactuadas no Termo de Compromisso do Programa. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 63, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

Os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e que cumprirem os critérios estabelecidos no Termo de Compromisso do Programa terão seus nomes publicados em portaria específica do Ministério da Saúde, que condiciona a transferência do incentivo financeiro federal de custeio. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 64, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

Financiamento

Incentivos Financeiros (conforme Portaria Interministerial 1.055/2017):

O incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e as expensas do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica - PAB Variável, conforme adesão dos municípios ao PSE.

Valor do incentivo financeiro de custeio: R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos.

Os municípios terão o valor do incentivo financeiro de custeio acrescido de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos).

O cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE a ser repassado para os municípios levará em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo Ministério da Saúde-MS.

A qualquer tempo o MS poderá crescer os recursos financeiros do PSE, observando as demandas sanitárias e epidemiológicas do país e indicadores de saúde dos municípios que possam colocá-los em situação de vulnerabilidade perante o(s) evento(s).

n) Programa de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade

A Portaria Nº 1.082, de 23 de maio de 2014, redefiniu as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória (PNAISARI)

A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será se

realiza, prioritariamente, na Atenção Primária à Saúde - APS, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. Todas as unidades sócio educativas terão como referência uma equipe de saúde da APS.

Conforme a Portaria 1.082/2014, "para a atenção em Saúde Mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de:

- I - 1 (um) profissional de Saúde Mental, para atenção à unidade sócio educativa com população até 40 (quarenta) adolescentes;
- II - 2 (dois) profissionais de Saúde Mental, para atenção à unidade ou complexo sócio educativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e
- III - 3 (três) profissionais de Saúde Mental, para atenção à unidade ou complexo sócio educativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes.

Compreende-se como profissionais de Saúde Mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental.

As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica.

Os profissionais de Saúde Mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência."

Normas para Transferências de Incentivos Financeiros

Será considerada válida para transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), a equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Atenção Primária em Saúde (eAP) que cumprir os critérios estabelecidos no art. 3º e nos Anexos I e III, desde que cadastrada no SCNES com o código 70 e código 76. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 65, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

É obrigatória a indicação no módulo de equipes do CNES da população assistida - adolescentes em conflito com a lei. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 65, parágrafo único) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

Somente serão custeados com os incentivos financeiros descritos no art. 66, as eSF ou eAP de referência para o atendimento aos adolescentes em conflito com a lei, que possuam pelo menos 1 (um) profissional de Saúde Mental acrescido a sua composição mínima. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 66, caput) (redação dada pela PRT SAPS/MS 32/2021)

Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de saúde mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, conforme disposto no Capítulo III, do Anexo da Portaria de Consolidação no 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 66, § 1º)

O profissional de saúde mental deverá ser cadastrado no código INE da eSF ou eAP com carga horária individual mínima de 4 (quatro) horas semanais, disponibilizadas para as ações de saúde previstas na PNAISARI. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 66, § 2º)

No caso de suspensão de 100% (cem por cento) do incentivo financeiro de custeio da eSF ou eAP de referência para esta população, ocorrerá a suspensão do incentivo referente a esta Seção. (Origem: PRT SAPS/MS 60/2020, art. 67, caput)

Financiamento

A Portaria 1.083, de 23 de maio de 2014, instituiu o incentivo financeiro de custeio mensal das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, conforme a seguir:

- I - R\$ 3.208,50 (três mil duzentos e oito reais e cinquenta centavos) para as unidades socio educativas que atendam exclusivamente à adolescentes em situação de semi liberdade, independentemente do número de adolescentes atendidos;
- II - R\$ 7.486,50 (sete mil quatrocentos e oitenta e seis reais e cinquenta centavos) para as unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam 40 (quarenta) adolescentes ou menos;
- III - R\$ 8.556,00 (oito mil quinhentos e cinquenta e seis reais) para as unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam mais de 40 (quarenta) e até 90 (noventa) adolescentes; e
- IV - R\$ 10.695,00 (dez mil seiscientos e noventa e cinco reais) para as unidades socioeducativas de internação e/ou internação provisória que atendam mais de 90 (noventa) adolescentes.

Os complexos socioeducativos com mais de uma unidade de internação, internação provisória e/ou semiliberdade, quando instalados em um mesmo terreno, serão considerados como uma única unidade, e farão jus ao incentivo em conformidade com a média total de adolescentes internados no último trimestre indicada no Plano de Ação Anual.

A primeira parcela em cada ano de exercício será vinculada ao recebimento do Plano de Ação Anual pela Coordenação- Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS).

o) Programa Mais Médico pelo Brasil

Iniciativa que envolve a Atenção Primária à Saúde - APS

Considerando a dificuldade de alocação de profissionais de saúde em áreas de maior vulnerabilidade econômica ou social e as necessidades das populações que vivem nas capitais e regiões metropolitanas e as necessidades específicas da população indígena, foi implantado o Projeto Mais Médico, que tem como objetivo garantir atenção à saúde às populações que vivem em áreas de difícil acesso e/ou de populações de maior vulnerabilidade nos municípios.

O Projeto tem também como finalidade aperfeiçoar médicos na atenção primária à saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço.

A Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013 dispôs sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, definindo os objetivos e estabelecendo regras de execução do Projeto.

A Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 instituiu o Programa Mais Médico, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o objetivo de estruturar a carreira médica federal para locais de difícil provimento e alta vulnerabilidade e melhorar a qualidade da saúde no Brasil, a Lei 13.958, de 18 de dezembro de 2019 instituiu o Programa Médico pelo Brasil e autorizou o Poder Executivo a criar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS para a execução do novo Programa.

A ideia do Programa Médico pelo Brasil é avaliar o candidato antes de sua efetivação. Por isso, o ingresso dependerá de desempenho em uma prova de conhecimentos da área. Os selecionados passarão, também, por um curso de especialização em medicina de família durante os primeiros dois anos.

A Lei 13.958/2019 revogou os artigos 6º e 7º da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, porém não alterou a execução do Projeto Mais Médico para o Brasil previsto na Lei 12.871/2013, nem as demais normas sobre o tema.

Execução do Programa Médicos pelo Brasil,

A contratação de profissionais médicos para incrementar a atenção primária à saúde em locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade será realizada pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS.

Serão selecionados para atuar no Programa:

- I - médicos de família e comunidade; e
- II - tutores médicos.

A contratação de médico de família e comunidade e de tutor médico será realizada por meio de processo seletivo público que observe os princípios da Administração Pública e considerará o conhecimento necessário para o exercício das atribuições de cada função.

Requisitos para inscrição do profissional médico no processo seletivo:

- I – para a seleção de médicos de família e comunidade - ter registro em Conselho Regional de Medicina (CRM);
- II – para a seleção de tutor médico - ser especialista em medicina de família e comunidade ou em clínica médica, conforme previstos no edital da seleção.

Não será aberto novo processo seletivo enquanto houver candidato aprovado, dentro do número de vagas ofertadas, em processo seletivo anterior com prazo de validade não expirado

Remuneração dos profissionais médicos

A remuneração dos profissionais médicos será regulamentada em ato da ADAPS, aprovada pelo Conselho Deliberativo e acrescida de incentivo financeiro diferenciado e variável, de modo a incentivar o provimento de médicos nos Municípios e localidades mais distantes dos centros urbanos ou naqueles com maior vulnerabilidade, atendidos os critérios estabelecidos nos incisos II e III do caput do art. 2º da Lei 13.958/2019.

Bolsa-formação

Para a execução das ações de aperfeiçoamento no âmbito do Projeto Mais Médico, é concedida aos médicos participantes do programa uma bolsa-formação no valor mensal bruto de R\$ 12.386,50 (doze mil, trezentos e oitenta e seis reais e cinquenta centavos), considerando que será descontado o valor previdenciário desse valor.

Os médicos que optarem por esse perfil de benefício também são inscritos como segurados individuais no INSS, sendo cobertos pela Previdência Social. Dessa forma, devem observar as regras e prazos próprios dessa modalidade de seguridade. O recolhimento do benefício é feito diretamente pelo Ministério da Saúde no momento do pagamento mensal da bolsa.

O valor da bolsa-formação será revisto anualmente, tendo como referência o mês de junho do exercício financeiro em curso, mediante indexação pelo incremento da inflação no Brasil nos 12 (doze) meses anteriores à data de cálculo da revisão, com efeitos financeiros a partir de janeiro do ano subsequente.

Será adotado como índice de reajuste o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro índice que vier a substituí-lo.

Para receber a bolsa, o médico deve validar as atividades mensalmente por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o e-SUS Mais Médicos.

A Bolsa-formação é concedida pelo prazo de até 36 (trinta e seis) meses, podendo ser prorrogável por igual período desde que o médico participante mantenha o cumprimento de todos os requisitos do Programa.

Pagamento

A bolsa-formação é paga até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao mês do desenvolvimento das atividades de integração ensino-serviço e proporcional aos dias de desenvolvimento de atividades.

Para o pagamento da primeira bolsa-formação é utilizada a data de início das atividades informada exclusivamente no Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), pelo gestor municipal, no ato da homologação do médico. A regularidade do pagamento da bolsa-formação dependerá do preenchimento adequado e atualização de todos os dados do profissional nesse sistema.

Validação do Pagamento

Por meio do e-gestor, o gestor local faz o registro das atividades dos médicos, como cumprimento da carga horária, licença médica e maternidade, recesso, entre outros. Para validar o pagamento da bolsa-formação também serão validadas as informações de produção e-SUS. O preenchimento é obrigatório e deve ser feito a partir do dia 20 até o último dia do mês a que se referem às atividades.

Ajuda de Custo

Após análise da área técnica do Ministério da Saúde, poderá ser concedida ajuda de custo de até três bolsas-formação para compensar as despesas de instalação do profissional médico participante do programa que não residir no município para o qual foi selecionado.

Para solicitar ajuda de custo, o médico participante deverá acessar o sistema SGP. Depois de homologada a sua inscrição, o profissional médico terá 30 dias para solicitar requerimento à Coordenação do Projeto. Além disso, o profissional médico deverá anexar no SGP os seguintes documentos:

1. Comprovante de residência anterior em seu nome com data de emissão não superior a 90 (noventa) dias anteriores a inscrição no Projeto, como, por exemplo; contrato de locação, boleto de conta de luz, água ou telefone;
2. A declaração de residência deverá ser registrada em cartório e apresentada quando o documento não constar no nome do participante do projeto, bem como, comprovante de residência atual, com prazo de até 30 (trinta) dias do início das ações de aperfeiçoamento no Município.

O valor da ajuda de custo observará a localização dos Municípios participantes do Projeto, divididos nas faixas abaixo, com referência ao exercício de 2019:

- I - Faixa 1 - Municípios situados na região da Amazônia Legal, em região de fronteira e áreas indígenas: concessão de ajuda de custo no valor de 3 (três) bolsas ao médico participante;
- II - Faixa 2 - Municípios situados na Região Nordeste, na Região Centro-Oeste e na região do Vale do Jequitinhonha (MG), exceto capitais e regiões metropolitanas: concessão de ajuda de custo no valor de 2 (duas) bolsas ao médico participante;
- III - Faixa 3 - Capitais, regiões metropolitanas, exceto as situadas na Amazônia Legal, Distrito Federal e municípios não contemplados nos incisos I e II deste parágrafo: concessão de ajuda de custo no valor de 1 (uma) bolsa ao médico participante.

As ajudas de custo serão pagas em duas parcelas, sendo:

- I - A primeira parcela das faixas I e II será paga ao participante do Projeto o valor correspondente a 70% do total após o deferimento da solicitação:
 Faixa I - 70% - R\$ 26.011,65
 Faixa II - 70% - R\$ 17.341,10
- II - A segunda parcela das faixas I e II será paga após o sexto mês de participação no Projeto e corresponderá a 30% do valor total:
 Faixa I - 30% - R\$ 11.147,85;
 Faixa II - 30% - R\$ 7.431,90.
- III - A ajuda de custo correspondente à faixa III será paga em parcela única após deferimento da solicitação:
 Faixa III - 100% - R\$ 12.386,50.

Na hipótese de desligamento voluntário do Projeto Mais Médicos para o Brasil em prazo inferior a 180 (cento e oitenta), dias será exigida do profissional médico participante a restituição dos valores recebidos a título de ajuda de custo.

O médico participante do Projeto Mais Médico para o Brasil que se desligou voluntariamente, no período entre 180 (cento e oitenta) dias e 720 (setecentos e vinte) dias de participação no Projeto, caso venha a aderir ao Projeto novamente, não terá direito a recebimento da ajuda de custo.

O médico participante do Projeto Mais Médico para o Brasil que tenha sido desligado voluntariamente, com mais de 720 (setecentos e vinte) dias de participação no Projeto, caso venha a aderir ao Projeto novamente, terá direito a recebimento de nova ajuda de custo correspondente a 01 (uma) bolsa-formação.

Para fins de recebimento de ajuda de custo, quando os médicos cônjuges ou companheiros entre si venham a ser alocados no mesmo município, apenas um fará jus ao recebimento da ajuda de custo.

Auxílios

Os municípios em que os médicos atuarão deverão ofertar auxílios moradia e alimentação.

Conforme a Portaria 300, de 5 de outubro de 2017, que altera a Portaria 30/SGTES/MS/2014, os valores do fornecimento de moradia e alimentação foram reajustados da seguinte forma:

Auxílio Moradia

O município pode adotar como referência para o recurso pecuniário para locação de imóvel, em padrão suficiente para acomodar o médico e seus familiares, os valores mínimos e máximos de R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais) a R\$ 2.750,00 (dois mil, setecentos e cinquenta reais).

O gestor municipal poderá adotar valores superiores, conforme a realidade do mercado imobiliário local, mediante comprovação do valor mediante 3 (três) cotações de custo no mercado imobiliário do município.

Não será concedido o auxílio moradia aos médicos participantes que já residiam no município de alocação.

Aos Municípios caberá a recepção do profissional nos municípios para o início das atividades, garantindo de pronto a moradia, quando for o caso.

Nas situações em que a Coordenação do Projeto Mais Médico para o Brasil viabilizar o deslocamento do médico participante diretamente ao aeroporto mais próximo do município de alocação do profissional, será do município a responsabilidade pela recepção e chegada do profissional ao Município.

Auxílio Alimentação

O município deve assegurar a alimentação mediante recurso pecuniário, adotando como parâmetros mínimos e máximos os valores de R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais) a 770,00 (setecentos e setenta reais).

Penalidades pelo descumprimento das obrigações

No caso do município descumprir com as obrigações assumidas, nos termos da Portaria 300, de 5 de outubro de 2017, a Coordenação do Projeto Mais Médico para o Brasil poderá aplicar as seguintes penalidades, isolada ou cumulativamente, em caráter provisório ou definitivo:

- I - bloqueio de vagas para alocação de novos profissionais;
- II - remanejamento dos profissionais alocados; e
- III - descredenciamento do ente federativo do Projeto.

8.2.5 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - MAC

Procedimento que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Conjunto de ações e serviços de saúde realizada em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em Média e Alta Complexidade.

Os serviços, para serem credenciados ou habilitados para a prestação de serviços de média ou de alta complexidade, podem ser federais, estaduais ou municipais.

A iniciativa privada pode participar do SUS, de forma complementar, com preferência para as entidades filantrópicas. A participação dá-se mediante convênio (serviços filantrópicos) ou contrato de prestação de serviços de saúde (entidades lucrativas) firmado com o gestor do SUS (estadual ou municipal). Integrados ao SUS, as entidades privadas submeter-se-ão a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor público correspondente, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão.

Os procedimentos de média e de alta complexidade são financiados com recursos do teto MAC e também pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações- FAEC, conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), de acordo com a Portaria MS/SAS nº 224/2003 e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão organizados em dois componentes:

8.2.5.1 - Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)

Os recursos MAC referem-se a valores anuais, transferidos em 12 parcelas mensais, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Destina-se ao custeio das despesas com a atenção especializada, conforme programação pactuada, referente aos gastos com despesas hospitalares, compra de serviços, despesas de laboratório, etc.

A Portaria GM/MS Nº 28, de 7 de janeiro de 2022, divulgou os montantes anuais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao cofinanciamento das ações e serviços públicos de saúde no Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Teto MAC). A relação dos respectivos tetos dos municípios de Mato Grosso consta no anexo da referida portaria.

Os montantes referentes ao incentivo permanente de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, incluídos no Teto MAC, também estão especificados no Anexo da Portaria nº 28/2022.

Os valores do Teto MAC dos Estados e dos Municípios, contemplam, cumulativamente:

- I - o somatório dos recursos referentes à contribuição federal para custeio das atividades ambulatoriais e hospitalares, incluindo os incentivos atribuídos às habilitações de serviços e de leitos, concedidos e deduzidos por efeito de Portarias ministeriais; e
- II - o resultado dos remanejamentos dos recursos federais, entre estado e Municípios, por decisão pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com base no processo de programação assistencial.

Os recursos do Teto MAC representam um valor bruto, sobre o qual podem incidir descontos e, portanto, não correspondem obrigatoriamente aos valores dos repasses informados, mês a mês no sítio do Fundo Nacional de Saúde.

Os recursos correspondem ao Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.

8.2.5.2 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), tem a finalidade de financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios mediante apuração da produção de serviços registrada na base de dados dos Sistemas de Informação Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SIH), aprovada pelo gestor competente. Exemplo: Cirurgias Eletivas.

8.2.5.3 – Serviços Especializados da MAC (por encaminhamento de Unidade Básica de Saúde): a) Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)

A Portaria 599 DE 23 DE MARÇO DE 2006, definiu sobre a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabeleceu critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

A Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, visando ampliar o número de Laboratórios e a oferta de próteses dentárias, aumentou o repasse financeiro federal para este fim.

Os LRPD visam suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral protética.

O LRPD é o estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível.

Credenciamento

Os municípios, com qualquer base populacional, podem credenciar laboratório(s) e não há restrição quanto à natureza jurídica desse(s) laboratório(s), ou seja, o gestor municipal pode contratar a prestação deste serviço.

O gestor municipal interessado em credenciar um ou mais LRPD deve acessar o sistema de Credenciamento de LRPD disponível no Portal e-Gestor – (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas>).

O parecer de aprovação está condicionado a disponibilidade financeira e orçamentária do Ministério da Saúde, por meio de publicação de Portaria específica no Diário Oficial da União (DOU).

Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde

Todos os estabelecimentos de saúde, da rede pública ou privada, existentes no país, devem estar cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

O estabelecimento de saúde que irá confeccionar a prótese dentária (LRPD) deve ser cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) da seguinte forma:

Caso caracterize-se como estabelecimento isolado, deve ser cadastrado com o tipo de estabelecimento: 39 - Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT (estabelecimento 39), subtipo; 03 - Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD e com Serviço Especializado: 157 – Serviço de Laboratório de Prótese Dentária e Classificação: 001 - Laboratório Regional de Prótese Dentária.

Caso o estabelecimento não seja isolado, deve ter em seu cadastro do SCNES, Serviço Especializado: 157 – Serviço de Laboratório de Prótese Dentária e Classificação: 001 - Laboratório Regional de Prótese Dentária.

Financiamento

A Portaria nº 1.825/GM/MS, de 24 de agosto de 2012, altera os valores dos procedimentos de próteses dentárias na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos LRPD, e os valores de referência passam a vigorar conforme a tabela a seguir:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
07.01.07.012-9	Prótese Total Mandibular	150,00
07.01.07.013-7	Prótese Total Maxilar	150,00
07.01.07.009-9	Prótese Parcial Mandibular Removível	150,00
07.01.07.010-2	Prótese Parcial Maxilar Removível	150,00
07.01.07.014-5	Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/Adesivas (por elemento)	150,00

Embora os procedimentos tenham valores individuais, o repasse financeiro aos Municípios, referente às próteses dentárias, ocorre de acordo com a faixa de produção/mês. Sendo os valores mensais repassados da seguinte forma:

Entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00 mensais;

Entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00 mensais;

Entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00 mensais; e

Acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00 mensais.

Vale ressaltar que este recurso financeiro, repassado conforme faixa de produção de próteses/mês é incluído no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Maiores orientações sobre o LRPD poderão ser encontradas na Nota Técnica da Coordenadoria Geral de Saúde Bucal referente credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD.

b) Centro de Especialidade Odontológica (CEO)

São estabelecimentos de saúde que prestam serviços aos usuários do SUS que necessitam de serviços especializados odontológicos, por encaminhamento da Unidade Básica de Saúde.

Os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Clínica

Especializada ou Ambulatório de Especialidade, oferecendo à população serviços proveniente da Atenção Primária à Saúde, para realizar, no mínimo, as seguintes especialidades: periodontia especializada; diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico precoce e detecção do câncer bucal; cirurgias oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais.

O tratamento oferecido é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de Atenção Primária e, no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de Saúde Bucal.

Os profissionais da Atenção Primária são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos.

Ortodontia/Ortopedia e Implante Dentário no SUS

O Ministério da Saúde passou a financiar, por meio da Portaria Nº 718/SAS de 20/12/2010, novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante).

Os tratamentos poderão ser realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) - Brasil Sorridente.

Para ofertar os serviços elencados, é necessário que o gestor municipal envie um ofício à Coordenação-Geral de Saúde Bucal, solicitando essa ação.

Para a especialidade da ortodontia e ortopedia, são oferecidos os seguintes procedimentos:

Instalação de aparelho ortodôntico/ortopédico fixo – código 03.07.04.011-9

Aparelho ortodôntico fixo– código 07.01.07.017-0

Aparelho ortopédico fixo - código 07.01.07.016-1

Para as especialidades de implantodontia e prótese, são oferecidos os seguintes procedimentos:

Implante dentário osteointegrado - código 04.14.02.042-1

Prótese dentária sobre implante – código 07.01.07.015-3

Adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Criada pela Portaria GM/MS nº793 de 24/04/2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo primordial a “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)”. Essa rede busca levar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais.

No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na Atenção Primária, que referencia para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento.

Normas para Transferência dos recursos

O CEO deve ter uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida pelo Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.

A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO poderá ser suspenso, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por 2 (dois) meses consecutivos ou

3 (três) meses alternados no período de 1 (um) ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal.

Os procedimentos da produção mínima mensal em cada especialidade são identificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) com o atributo complementar “Monitoramento CEO”.

A oferta dos serviços de Ortodontia/Ortopedia e Implante Dentário no SUS sem aprovação da CGSB, bem como na validação do DRAC/SAES/MS em relação à incorporação do recurso ao teto da média e alta complexidade (MAC) para oferta dessas especialidades, poderá acarretar na ausência de repasse financeiro federal, visto que não houve os trâmites normativos corretos.

Todos os CEO credenciados pelo Ministério da Saúde com adesão ao CEO para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência podem solicitar o incentivo adicional.

Para tanto, esses CEO precisam cumprir compromissos mínimos, que são:

- Disponibilizar 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência;
- Realizar apoio matricial para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado;
- Manter alimentação regular e consistente da informação de produção do CEO por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), utilizando como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência;
- Manter a produção mensal mínima exigida no Anexo XL da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.
- Aplicar os recursos adicionais do Ministério da Saúde pela incorporação do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exclusivamente para a esse fim;
- Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência;
- Prover o(s) CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.

Para fazer a adesão do CEO na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o gestor municipal/estadual deve preencher o Termo de Compromisso, rubricar todas as páginas do anexo e encaminhar a proposta para Coordenação-Geral de Saúde Bucal/Desf/SAPS do Ministério da Saúde e uma cópia, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Após receber a documentação, o Ministério da Saúde publicará portaria específica, mudando a habilitação do CEO para CEO-RCPD, conforme o tipo e a competência do incentivo adicional.

Financiamento

Conforme a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, o incentivo para implantação de Centros de Especialidades é tripartite. O Ministério da Saúde faz o repasse do incentivo financeiro e os estados e municípios contribuem com outra parcela.

Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um valor de incentivo para implantação e custeio, repassado pelo Ministério da Saúde:

- Incentivo de implantação – para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos:

- R\$ 60 mil para CEO Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas)
- R\$ 75 mil para CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas)
- R\$ 120 mil para CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas)
- Incentivo de custeio - mensal:
 - R\$ 8.250 mil para CEO Tipo I
 - R\$ 11.000 mil para CEO Tipo II
 - R\$ 19.250 mil para CEO Tipo III
- Ortodontia/Ortopedia e Implante Dentário

Conforme tabela SUS.

- Adesão do CEO a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem PRT MS/GM 1.341/2012, Anexo XLI), criou incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Os incentivos são da seguinte ordem:

- R\$ 1.650,00 mensais para o CEO Tipo I
- R\$ 2.200,00 mensais para o CEO Tipo II
- R\$ 3.850,00 mensais para o CEO Tipo III

8.2.5.4 - AÇÕES E SERVIÇOS DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE – MAC

Visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento.

Central de Marcação de Consultas Especializadas e Exames (CMCE)

Responsável pelo agendamento de consultas especializadas e pela autorização e/ou agendamento de exames (exceto exames laboratoriais).

Ambulatório de Especialidades da SMS

Serviço especializado no qual são realizadas consultas nas áreas de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Ginecologia, Pneumologia, Urologia, Fonoaudiologia, etc.

Tratamento Fora do Domicílio (TFD)

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é um instrumento legal que permite através do Sistema Único de Saúde (SUS) o encaminhamento de pacientes a outras unidades de saúde a fim de realizar tratamento médico fora do seu município ou da sua microrregião quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência.

Rede de Urgência e Emergência

Contempla os serviços de assistência à população em característica de assistência imediata, acometidos por intercorrências agudas, com unidades destacadas estrategicamente em regiões as quais além de assistir a população adstrita, agrega aos demais bairros reforço em assistência na modalidade de Pronto Atendimento, bem como os serviços de remoção em situação de urgência e emergência.

São unidades que ofertam atendimentos de urgência e emergência mas também ofertam atendimento de atenção básica (UBS e UBSF):

- UNIDADES 24Hs;
- UNIDADES MISTAS;
- SERVIÇO MUNICIPAL DE URGÊNCIA (SMU);
- SAMU 192.

Os recursos para financiamento das ações e serviços da Rede de Urgência e Emergência são incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e Municípios, Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

8.2.5.5 - Rede de Atenção Psicossocial - Centros de Atenção Psicossocial-CAPS

A rede de atenção psicossocial presta serviços especializados no atendimento às pessoas com transtornos mentais e comportamentais e também devido ao uso e/ou abuso de substâncias psicoativas. Oferecem atendimento psicológico, psiquiátrico, consulta de enfermagem, serviço social e oficinas terapêuticas, objetivando a recuperação, reabilitação e reinserção social.

A atenção aos usuários nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades, desenvolvidas pela equipe multiprofissional:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outras)
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades sócioterápicas, de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde). Por profissional de nível médio poderão ser realizados grupos de orientação e de sala de espera;
- visitas domiciliares de saúde.

Legislação

PORTARIA 336/GM, DE 19/02/2002 - estabeleceu as modalidades de serviços dos Centros de Atenção Psicossocial em CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

PORTARIA Nº 3.088, de 23/12/2011 - instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIAS DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 e 6, de 28/09/2017.

PORTARIA Nº 3.588/GM/MS, de 21/11/2017, alterou as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, no que se refere, principalmente, ao CAPS tipo AD IV.

O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de

Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de congestão e acompanhamento longitudinal do caso.

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

- I - CAPS I;
- II - CAPS II;
- III - CAPS III;
- IV - CAPS AD;
- V - CAPS AD III;
- VI - CAPS i; e
- VII - CAPS AD IV.

Atendimentos

CAPS I – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes; Funcionando período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, executando as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro;
- c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 04 (quatro) profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS II – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, con-

forme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes. Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas, para execução das seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

- Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais:

Psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

- d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico-administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS III –atende a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes, desenvolvendo as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem nos serviços durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

- i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

- Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 02 (dois) médicos psiquiatras;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.
- c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

- a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

- Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

- a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;
- b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro dos serviços;
- c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

Funciona de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas, podendo manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g - desenvolvimento de ações inter setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

- Recursos Humanos:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das Intercorrências clínicas;
- d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS AD III:

O CAPS AD III é o ponto de atenção do componente da atenção especializada da rede de atenção psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Poderá atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente. Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, exclusivamente ou não, deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente. Poderá constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no plano de Ação da Região de Saúde ou em instrumento equivalente. O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes.

Atividades:

- I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido nesta Portaria;
- II - atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;
- III - oferta de medicação assistida e dispensada;
- IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;
- V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;
- VI - visitas e atendimentos domiciliares;
- VII - atendimento à família, individual e em grupo;
- VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros;
- IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras;
- X - fornecimento de refeição diária aos pacientes assistidos, na seguinte proporção:
 - a) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária;
 - b) pacientes assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e
 - c) pacientes que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias.

- *Recursos Humanos:*

O CAPS AD III funcionará com uma equipe mínima para atendimento de cada 40 (quarenta) usuários por turno, na seguinte configuração:

- I - 1 (um) médico clínico;
- II - 1 (um) médico psiquiatra;
- III - 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental;
- IV - 5 (cinco) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais:
 - a) psicólogo;
 - b) assistente social;
 - c) enfermeiro;
 - d) terapeuta ocupacional;
 - e) pedagogo; e
 - f) educador físico.
- V - 4 (quatro) técnicos de enfermagem;
- VI - 4 (quatro) profissionais de nível médio; e
- VII - 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Em casos excepcionais, a equipe mínima poderá atender até o máximo de 60 (sessenta) usuários por turno.

Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais, em regime de plantão corrido de 12 (doze) horas:

- I - 1 (um) profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro;
- II - 2 (dois) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e
- III - 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas:

- I - 1 enfermeiro
- II - 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- III - 1 (um) profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os CAPS AD III de referência regional, que superem os limites de um Município, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais:

- I - 2 (dois) profissionais de nível universitário pertencentes às seguintes categorias profissionais;
 - a) psicólogo;
 - b) assistente social;
 - c) enfermeiro;
 - d) terapeuta ocupacional;
 - e) pedagogo; e
 - f) educador físico.
- II - 1 (um) técnico de enfermagem;

CAPS i: atende a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que ampliam-se as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil.

Funcionamento: 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

Atividades: Acolhimento, atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas, acompanhamento pedagógico, atendimento terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, psicológica e psiquiátrica e oficinas terapêuticas, conforme a seguir:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g - desenvolvimento de ações inter setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

- Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro.
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS AD IV – atende a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas - sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população.

Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção de Urgência e Emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Recursos Humanos:

O CAPS AD IV funcionará com Equipe Mínima para atendimento, na seguinte configuração:

I - Profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.

II - Turno Diurno:

- a) 1 (um) médico clínico (diarista);
- b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);
- c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);
- d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;
- e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e
- f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.

III - Turno Noturno:

- a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);
- b) 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e
- c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

Parágrafo único. Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos.

A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará a gradação do número de leitos implantados, na seguinte proporção:

- I - para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
 - b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e
 - c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, carga-horária mínima de 10h por semana.

II - para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e
- d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínima total de serviços de 20h por semana.

- III - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:
- a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;
 - b) 1 (um) enfermeiro por turno;
 - c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana;
 - d) 1(um) médico clínico responsável pelas inter consultas; e
 - e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(si) pelos leitos, contabilizando carga-horária total de serviços de 30h por semana.

Financiamento

Investimento:

Conforme o artigo 979, da Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017, o incentivo financeiro de investimento para construção se destina à construção dos seguintes tipos de estabelecimentos:

- I - Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I);
- II - Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II);
- III - Centro de Atenção Psicossocial i (CAPS i);
- IV - Centro de Atenção Psicossocial AD (CAPS AD);
- V - Centro de Atenção Psicossocial AD III (CAPS AD III);
- VI - Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III);
- VII - Unidade de Acolhimento Adulto; e
- VIII - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.

O valor dos incentivos financeiros a ser destinado pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção dos CAPS e das Unidades de Acolhimento varia de acordo com cada tipo de estabelecimento descrito no art. 979, nos seguintes termos:

- I - CAPS I, II, i e AD: R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais);
- II - CAPS AD III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
- III - CAPS III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
- IV - Unidade de Acolhimento Adulto: R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais); e
- V - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil: R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

Caso o custo final da construção seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do ente federativo proponente, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Caso o custo final da construção seja inferior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores poderá ser utilizada pelo proponente para despesas de investimento no mesmo estabelecimento de saúde construído

Custeio:

Os incentivos financeiros para custeio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são transferidos por meio do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e Municípios

O artigo 999 da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 instituiu o recurso financeiro fixo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados pelo Ministério da

Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, conforme descrição a seguir, por tipo de serviço:

- I - CAPS I - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais;
- II - CAPS II - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais;
- III - CAPS III - R\$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil, cento e trinta e quatro reais) mensais;
- V - CAPS AD - R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais;
- VI - CAPS AD III (24h) - R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) mensais;
- IV - CAPS i (Infantil) - R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais;
- V - CAPS AD IV, (normatizado pela Portaria 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017, conforme a seguir:

- Incentivo financeiro de Implantação de CAPS AD IV

Destina-se a apoiar apenas a implantação de **CAPS AD IV** públicos.

- I - 200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Novo; e
- II - 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Reestruturado.

Este incentivo financeiro será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais ou municipais.

Os valores repassados para implantação serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

- Incentivo financeiro de Custeio do CAPS AD IV:

Para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio, o gestor deverá apresentar projeto técnico que contenha os seguintes requisitos:

- I - projeto assistencial que atenda ao disposto nesta normativa;
- II - termo de compromisso de que garantirá condições técnicas mínimas de espaço físico e equipe, acima detalhadas;
- III - termo de compromisso de início funcionamento do CAPS AD IV em até 3 (três) meses, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceita pelo Ministério da Saúde; e
- IV - parecer favorável pactuado na respectiva CIB.

Após o credenciamento junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV efetivamente implantado e em funcionamento.

No caso de CAPS AD IV Reestruturado o acréscimo financeiro de que trata o caput será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referente à habilitação anterior, e o valor estabelecido no caput deste artigo.

Os recursos serão incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

8.2.6 – Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

O financiamento se dá por meio da transferência de recursos federais destinados à aquisição de mobiliários e equipamentos necessários à estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e Farmácias no âmbito da atenção básica, além da manutenção dos serviços farmacêuticos.

A assistência farmacêutica é dividida em duas partes:

Assistência farmacêutica ambulatorial - com dispensação de medicamentos diretamente aos pacientes para uso em suas residências; e

Assistência farmacêutica hospitalar - com dispensação de medicamentos para administração aos pacientes nos serviços de saúde.

Legislações

Portaria / MS 1.555, de 30/07/2013 – dispõe sobre as normas de financiamento e de execução orçamentária do Componente Básico da assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria 2.001/GM/ MS, de 03/08/2017 – alterou a Portaria 1.555/2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017 - conforme o artigo 537 da Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017 o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e estabeleceu valores mínimos de aplicação em seus respectivos orçamentos. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º).

Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019, alterou a Portaria de Consolidação nº 06/2017, os valores a serem repassados pela União para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS a serem definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Portaria GM/MS Nº 3.435, de 08/12/2021, 2021 estabeleceu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2020.

A Portaria 3.617, de 15 de dezembro de 2021, autorizou, em caráter excepcional o incremento do financiamento federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser repassado em parcelas mensais correspondentes a 1/13 (um treze avos) do valor total a eles devido, conforme pactuações nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

A Resolução CIB MT Nº 034, de 10 de fevereiro de 2022, aprovou novos valores para os incentivos financeiros do Estado/Municípios, conforme a Portaria nº 2.001, de 03/08/2017.

Financiamento da Assistência Farmacêutica

O Financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

- I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e
- III - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

I – Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos incluindo aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Conforme a Portaria GM/MS nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019, foram definidos novos valores para cálculo do financiamento do componente básico da assistência farmacêutica da União, conforme Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), classificados conforme os seguintes grupos:

- a) IDHM muito baixo: R\$ 6,05 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano;
- b) IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano;
- c) IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano;
- d) IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano; e
- e) IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano;

A Portaria 3.193, de 9 de dezembro de 2019, estabeleceu que “para fins de alocação dos recursos federais, estaduais e municipais utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2019, enviada ao Tribunal de Contas da União.”

A referida Portaria estabeleceu também que “para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que teriam diminuição na alocação dos recursos nos termos do IBGE 2019 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a população estimada de maior quantitativo populacional, nos termos do IBGE 2016, 2011 ou 2009.”

A Portaria GM/MS Nº 330, de 15 de fevereiro de 2022 divulgou a forma detalhada dos repasses de recursos federais dos municípios para o financiamento do componente básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, referente ao exercício de 2022.

Os repasses são realizados de acordo com os parâmetros estabelecidos no Capítulo I do Título V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Os recursos são liberados, mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde para financiar a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica serão transferidos a cada um dos entes federativos beneficiários em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual a eles devido.

II - Componente Estratégico

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto sócio econômico ou que a comete em populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.

O financiamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se às ações de assistência farmacêutica dos programas de saúde estratégicos.

Ao Ministério da Saúde – MS compete a elaboração dos protocolos de tratamento, o planejamento, a aquisição centralizada e a distribuição aos Estados dos medicamentos, produtos e insumos, para os demais níveis de atenção. É responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o armazenamento dos produtos e a distribuição às regionais ou municípios.

A assistência farmacêutica estratégica é de responsabilidade do governo federal, por meio do Ministério da Saúde e destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

- I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- II - antirretrovirais do programa DST/Aids;
- III - sangue e hemoderivados; e
- IV - imunobiológicos

Os medicamentos têm o financiamento e a aquisição centralizada pelo MS e são distribuídos para as Secretarias Estaduais de Saúde que fazem a distribuição aos municípios. O município por sua vez realiza dispensação ao Usuário SUS.

III- Componente Especializado

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é atualmente regulamentado pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 (regras de financiamento e execução) e pela Portaria de Consolidação nº 06 (regras de financiamento), ambas de 28 de setembro de 2017 e retificadas no Diário Oficial da União de 13 de abril de 2018.

Este Componente foi aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as condições clínicas contempladas no CEAF, por meio das diferentes linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

O tratamento para diversas condições clínicas contempladas no CEAF deve ser iniciado na Atenção Básica, fazendo com que haja um relacionamento direto entre o Componente Especializado e o Componente Básico. Assim, é possível contribuir para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, além de facilitar a divisão das responsabilidades entre os entes federados.

Para atender as linhas de cuidado é fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, sejam elas no campo da Assistência Farmacêutica ou em outras áreas, como outros serviços ambulatoriais e serviços hospitalares.

Os medicamentos do CEAF estão definidos no anexo III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome 2020. A lista de doenças e agravos contemplados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e seus respectivos medicamentos está disponível no documento “Tabela de Situações Clínicas do Componente Especializado”.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas, conforme a seguir:

O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para as doenças com tratamento mais complexo, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento, e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. Os medicamentos do Grupo 1 se dividem em:

- Grupo 1A

medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

- Grupo 1B

medicamentos adquiridos pelos Estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a título de ressarcimento, na modalidade Fundo a Fundo, e responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

O Grupo 2 é constituído por medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação.

O Grupo 3 é constituído por medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o

Os medicamentos especializados são os de uso contínuo para o tratamento de doenças crônicas e raras, (são de alto custo): artrite reumatoide, asma, Alzheimer, Parkinson, epilepsia, esclerose múltipla, glaucoma, hepatite, lúpus, entre muitas outras, inclusive doenças raras como Doença de Gaucher, Espondilopatia Inflamatória e Síndrome de Guillain-Barré. Pacientes transplantados, que precisam de medicamentos caros.

O repasse dos recursos financeiros será realizado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, nos termos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Financiamento

Utilização dos Recursos da Assistência Financeira:

Os recursos destinados a aquisição de medicamento para dispensação diretamente aos pacientes para uso em suas residências devem ser empenhados no elemento de despesa 339032 - aquisição de materiais, bem ou serviço para distribuição gratuita.

Os recursos destinados a aquisição de medicamentos para dispensação aos pacientes durante os atendimentos nos estabelecimentos de saúde devem ser empenhados no elemento de despesa 339030 – material de consumo.

Os valores a serem transferidos serão sempre definidos em Portaria do Ministério da Saúde ou Portaria/Resolução dos Estados.

Todas as despesas relacionadas às ações e serviços públicos de saúde da Assistência Farmacêutica devem ser programadas na sub função código 303 – Suporte Profilático e Terapêutico, independentemente de serem destinadas aos serviços ambulatoriais ou hospitalares.

Controle e Monitoramento

As ações, os serviços e os recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constarão nos instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam, Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão (RAG).

As atividades e os recursos financeiros aplicados na estruturação da Assistência Farmacêutica Básica deverão constar nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão).

O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG.

O Relatório Anual de Gestão, incluindo as ações de Assistência Farmacêutica Básica e sua execução orçamentária, deve ser elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017.

Gestão da Assistência Farmacêutica

Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o Sistema Nacional

de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS).

Hórus - O nome do sistema vem da expressão “Olho de Hórus”, símbolo egípcio que significa saúde e felicidade. No contexto do sistema, ele simboliza o recebimento correto, racionalidade no uso e bom gerenciamento dos medicamentos.

O HÓRUS é um sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica de acesso on-line implementado pelo Ministério da Saúde, que permite o controle e distribuição dos medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde. O sistema visa possibilitar o registro dos medicamentos que o paciente utiliza, facilitando o gerenciamento eletrônico de estoque, datas de validade, rastreamento e controle fármaco epidemiológico dos medicamentos dispensados.

A Portaria MS 271 de 27/12/2013 que instituiu a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamentou o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), constituiu o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) como um sistema eletrônico para envio das informações disponibilizado pelo Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e Municípios que não possuem solução informatizada.

A Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica no SUS é constituída por um conjunto de dados referente aos Componentes da Assistência Farmacêutica, quais sejam Básico, Estratégico e Especializado, e ao Programa Farmácia Popular do Brasil e será encaminhado, por meio eletrônico, pelos gestores estaduais, distrital e municipais de saúde ao Ministério da Saúde.

O Hórus é um software livre que será operado pelas Secretarias Municipais de Saúde e almoxarifados centrais. É integrado ao Cartão Nacional de Saúde e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o que permitirá o acompanhamento da saúde de cada paciente.

Objetivos

- Contribuir com a gestão da Assistência Farmacêutica dos municípios;
- Auxiliar no planejamento, monitoramento e avaliação das ações da Assistência Farmacêutica;
- Aperfeiçoar os mecanismos de controle e a aplicação dos recursos financeiros;
- Ampliação do acesso de maneira a promover o uso racional de medicamentos pela população;
- Qualificar a atenção à saúde da população assistida no SUS.

Vantagens

- a) Cidadão (pacientes usuários do SUS)
 - Ampliar o acesso aos medicamentos essenciais;
 - Realizar agendamento das dispensações;
 - Agilizar o atendimento;
 - Gerar o perfil e histórico do uso de medicamentos individualizado;
 - Possibilitar a avaliação do serviço prestado e o seu custo.
- b) Gestores da Saúde
 - Conhecer o perfil da população atendida;
 - Conhecer o perfil de uso dos medicamentos no território;
 - Identificação em tempo real (on-line) o estoque dos medicamentos no almoxarifado e nas Unidades de Saúde;

- Conhecer a demanda atendida e não atendida dos medicamentos;
 - Conhecer a origem das prescrições;
 - Planejar e avaliar as ações de Assistência Farmacêutica.
- c) Assistência Farmacêutica
- Permitir a elaboração de indicadores de Assistência Farmacêutica;
 - Possibilitar intervenções em tempo real - gerenciamento estratégico em qualquer ponto do município;
 - Aperfeiçoar a gestão da Assistência Farmacêutica (evitar desperdícios; evitar desabastecimento nas farmácias);
 - Permitir a rastreabilidade dos medicamentos (registro de lote e validade);
 - Permitir a realização de estudos de utilização de medicamentos;
 - Maior disponibilidade do profissional farmacêutico para as atividades assistenciais e de treinamento.

Funcionalidades

- Geração de relatórios gerenciais e operacionais;
- Acesso a informações que permitem identificar facilmente os usuários, o perfil de consumo e programas de saúde;
- Registro do histórico dos atendimentos;
- Geração automática do livro de medicamentos sujeitos a controle especial;
- Cruzamento de dados e geração de informações para subsidiar o planejamento das ações em saúde.

Alimentação dos Dados

A alimentação dos dados no sistema HÓRUS deve ser efetuada pelos municípios até o 15º (décimo quinto) dia do mês seguinte ao da sua ocorrência.

8.2.7- Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica - QUALIFAR-SUS

O QUALIFAR-SUS tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada.

Para melhorar a qualidade do acesso a medicamentos o Ministério da Saúde criou em 2012 o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS).

A Portaria 1.214, de 13.06.2012 institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

Faz parte do Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e depende de habilitação ao programa.

O QUALIFAR-SUS está organizado em 4 (quatro) eixos, com os seguintes objetivos:



800.00	1627.25
800.00	1562.25
1600.00	1547.08
	1305.58
	905.5
	347
	547
	14

- I - Eixo Estrutura:** contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos;
- II - Eixo Educação:** promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde;
- III - Eixo Informação:** produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica; e
- IV - Eixo Cuidado:** inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

O repasse dos recursos financeiros será realizado diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os respectivos Fundos Municipais de Saúde (FMS), de acordo com o art. 18 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

As normas para a transferência dos recursos do QUALIFAR SUS seguem o que dispõe a Portaria 3.038, de 21 de novembro de 2019 e o monitoramento das ações desenvolvidas em decorrência do repasse dos recursos financeiros, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 980, de 27 de maio de 2013, que regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os recursos financeiros do QUALIFAR SUS serão transferidos pelo Ministério da Saúde aos municípios, na modalidade de repasse fundo a fundo, por meio:

- I - do Bloco de Estruturação da Rede de Serviços de Saúde, em relação ao incentivo financeiro de investimento; e
- II - do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, em relação ao incentivo financeiro de custeio.

O incentivo financeiro de investimento, repassado uma única vez, deve ser utilizado para aquisição de mobiliários e equipamentos necessários para estruturação das Centrais de Abastecimento Farmacêutico e Farmácias no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O incentivo financeiro de custeio deve ser utilizado para serviços e outras despesas de custeio relacionadas aos objetivos do Eixo Estrutura do Programa QUALIFAR-SUS, priorizando a garantia de conectividade para utilização do Sistema HÓRUS e outros sistemas de gestão da Assistência Farmacêutica, sendo vedada sua utilização recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos.

A efetivação da transferência trimestral de recursos de custeio a Municípios habilitados no QUALIFAR-SUS tem por base o envio do conjunto de dados pelo uso do Sistema Hórus, ou ainda, por meio do serviço Webservice, conforme a Seção I, do Capítulo V, do Título VII, que trata da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, no trimestre anterior ao da respectiva competência financeira, cuja responsabilidade é dos gestores dos Municípios.

Os repasses dos recursos financeiros de custeio são autorizados por meio de Portaria específica, referentes ao ciclo de monitoramento.

O valor do repasse dos recursos financeiros de custeio referentes ao primeiro ciclo de monitoramento de 2021 aos municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de

Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) é de R\$ 6.000,00 (seis mil reais).

A Portaria 3.785, de 21/12/202, aprovou o repasse dos recursos financeiros de custeio referentes ao quarto ciclo de monitoramento de 2021 aos Municípios habilitados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS).

A efetivação da transferência trimestral de recursos de custeio a Municípios habilitados no QUALIFAR-SUS tem por base o envio do conjunto de dados pelo uso do Sistema Hórus, ou ainda, por meio do serviço Webservice, conforme a Seção I, do Capítulo V, do Título VII, que trata da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, no trimestre anterior ao da respectiva competência financeira, cuja responsabilidade é dos gestores dos Municípios

8.2.8 – Vigilância em Saúde

Os artigos 431 a 455 da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, consolidaram as normas sobre financiamento e transferência dos recursos federais para financiamento das ações da Vigilância em Saúde, originadas da Portaria 1.378, de 09 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- I - a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- II - a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- IV - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- V - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- VI - a vigilância da saúde do trabalhador;
- VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e
- VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

8.2.8.1 - Políticas, Diretrizes, e Prioridades da Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco e promoção à saúde.

Conforme as Portarias 1.378/2013, de 9 de julho de 2013, consolidada pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, compete às Secretarias Municipais de Saúde a Coordenação do Componente Municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de

Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

- I - ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde;
- II - coordenação municipal e execução das ações de vigilância;
- III - participação no financiamento das ações de vigilância;
- IV - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;
- V - coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância, incluindo:

a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, de interesse da vigilância, de acordo com normalização técnica;

b) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual; e

c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras.

VI - coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância municipal;

VII - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar;

VIII - desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;

IX - monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território;

X - realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal;

XI - promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação;

XII - promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância;

XIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional;

XIV - gestão do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;

b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos pactuados na CIB;

c) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIB; e

d) equipamentos de proteção individual - EPI - para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, incluindo vestuário, luvas e calçados;

- XVI - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância, no âmbito municipal;
- XVII - realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuados na CIR/CIB;
- XVIII- coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;
- XIX - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- XX - descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;
- XXI - participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da vigilância;
- XXII - colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite; e
- XXIII -estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de Vigilância em Saúde.

Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos para uso em Vigilância em Saúde, em situações específicas, mediante pactuação na CIT entre as esferas governamentais, observada a normalização técnica e, em situações excepcionais, mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

8.2.8.2 -Financiamento da Vigilância em Saúde

(Artigos 13 a 28 da Portaria 1.378/201 e Portaria de Consolidação nº 6, de 28/06/2017)

O financiamento das ações e serviços de saúde é feito através do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, por meio de transferência de recursos.

Os recursos federais a serem transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Grupo de Vigilância em Saúde e são constituídos por:

- I - Componente de Vigilância em Saúde; e
- II - Componente da Vigilância Sanitária.

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, desde que cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da CIT para execução das ações e observada a legislação pertinente em vigor.

Componente de Vigilância em Saúde (artigos 15 a 23 da Portaria 1.378/2013):

Os recursos da Vigilância em Saúde serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios para uma conta única e específica.

- O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de:
- vigilância;
 - prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e
 - promoção.

A aplicação dos recursos oriundos do Componente de Vigilância em Saúde guardará relação com as responsabilidades estabelecidas na regulamentação das responsabilidades e diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito

Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sendo constituído em:

- Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS);
- Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS); e
- Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, § 1º, III) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1955/2015)

a) Piso Fixo de Vigilância em Saúde – PFVS

O PFVS compõe-se de um valor “per capita” estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde.

Para efeito do PFVS, as unidades federativas são agrupadas nos seguintes termos:

- I - Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);
- II - Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe; e
- III - Estrato III: Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

A divisão dos recursos que compõem o PFVS entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde será aprovada no âmbito da CIB, observados os seguintes critérios:

- I - as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVS atribuído ao Estado correspondente;
- II - cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do “per capita” do PFVS atribuído ao Estado correspondente; e
- III - cada capital e Município que compõe sua região metropolitana perceberão valores equivalentes a no mínimo 80% do “per capita” do PFVS atribuído ao Estado correspondente.

Os valores do Piso Fixo da Vigilância em Saúde - PFVS são ajustados anualmente por meio de Portaria do Ministério da Saúde, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 15, § 2º)

A Portaria 1.687, de 02 de outubro de 2020, atualizou os valores/Ano do Piso Fixo da Vigilância em Saúde – PFVS para os municípios de Mato Grosso, conforme Anexo XIII, com efeitos financeiros a partir de 1º de outubro de 2020.

Os valores atualizados estão alocados no Grupo de Vigilância em Saúde do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, com base na Estimativa Populacional do IBGE para 2020.

b) Piso Variável de Vigilância em Saúde- PVVS

O PVVS é constituído pelos seguintes incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, regulamentados conforme atos específicos do Ministro da Saúde:

- incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde;
- incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; e
- Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQAVS.

O conjunto das ações executadas poderá ser ajustado em função da situação epidemiológica, incorporação de novas tecnologias ou outro motivo que assim justifique, mediante registro no Relatório de Gestão.

Incentivo Financeiro para Implantação e Manutenção das ações – serviços públicos estratégicos

gicos (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 19)

O incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, do PVVS, será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I - Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE);
- II - Serviço de Verificação de Óbito (SVO);
- III - Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- IV - Apoio de laboratório para o monitoramento da resistência a inseticidas de populações de “Aedes Aegypti” provenientes de diferentes Estados do País;
- V - Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (FINLACEN);
- VI - Vigilância Epidemiológica da Influenza;
- VII - Ações do Projeto Vida no Trânsito; e
- VIII - Ações de Promoção da Saúde do Programa Academia da Saúde.

Conforme o parágrafo único do artigo 19 da Portaria 1378/2013, as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios que, na data da publicação da referida Portaria recebam os incentivos de implantação, garantirão a manutenção do conjunto de ações para os quais se destinam.”

Incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), AIDS e Hepatites Virais

Será composto pela unificação dos seguintes incentivos:

- I - Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as IST/AIDS e Hepatites Virais;
- II - Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; e
- III - Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.

A Portaria GM/MS Nº 232, de 7 de fevereiro de 2022 aprova os novos valores da transferência fundo a fundo do Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde.

Os recursos do Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST/HIV/ Aids e Hepatites Virais, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde são destinados à manutenção das ações de vigilância, prevenção e controle das IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, incluindo-se o apoio às organizações da sociedade civil, a manutenção de Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e a aquisição de fórmula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV, observando-se a Programação Anual de Saúde (PAS), a pactuação e aprovação dos recursos em CIB, em conformidade com a legislação local.

O Ministério da Saúde (MS), por intermédio do DCCI/SVS/MS, promoverá a distribuição do incentivo financeiro de custeio de acordo com as Resoluções das respectivas CIB a ser apresentada ao MS, por meio de ato específico de habilitação com indicação dos entes federativos aptos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio e os respectivos valores a serem repassados.

O valor do incentivo financeiro será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, de idêntico valor, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, a partir da apresentação da Resolução da CIB ao Ministério da Saúde, sendo retroativa a primeira parcela paga em 2022.

O repasse do incentivo financeiro de custeio será realizado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde do ente federativo estadual, distrital ou municipal beneficiário.

O detalhamento das ações de vigilância, prevenção e controle das IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais deverão ser inseridos pelo município beneficiário na Programação Anual de Saúde (PAS), observadas as diretrizes constantes nos Planos Municipais de Saúde.

- Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQAVS

Tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no âmbito estadual, distrital e municipal e será regulamentado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 21)

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde disporá de uma reserva estratégica federal para emergências epidemiológicas, constituída de valor equivalente a 5% (cinco por cento) dos recursos anuais do Componente de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 22)

Os recursos não aplicados serão repassados para as Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme critérios propostos pelo Ministério da Saúde e aprovados na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 22, Parágrafo Único) Art. 442.

O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância em Saúde será publicado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 23)

A Portaria 1.520, de 30 de maio de 2018 alterou os anexos XCVIII e XCIX da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28/09/2017, para a inclusão de metas e indicadores do PQAVS, para os municípios, a partir de 2018, conforme a seguir:

1. Meta: 90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Indicador: Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

2. Meta: 90% de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Indicador: Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

3. Meta: 80% de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.

Indicador: Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência.

4. Meta: 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 1 ano de idade - Penta Valente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) - e para crianças de 1 ano de idade - Tríplice viral (1ª dose).

Indicador: Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente - 3ª dose, Poliomielite - 3ª dose, Pneumocócica 10 valentes - 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) - com coberturas vacinais preconizadas.

5. Meta: 75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.

Indicador: Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).

6. Meta: 80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN encerradas em até 60 dias, a partir da data de notificação.

Indicador: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

90.2

83.5

+3.5

+83.4

83.5

+3.5

67.5

55.2

67.5



7. Meta: 70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).
Indicador: Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.
8. Meta: 4 ciclos de visita domiciliar, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Indicador: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
9. Meta: 82% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.
Indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
10. Meta: 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.
Indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
11. Meta: 2 testes de sífilis por gestante.
Indicador: Número de testes de sífilis por gestante.
12. Meta 15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.
Indicador: Número de testes de HIV realizado.
13. Meta: 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo “Ocupação” preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
Indicador: Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.
14. Meta: 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.
Indicador: Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

A Portaria 2.497, 29 de setembro de 2021 divulgou o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2020 e os valores a serem transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa.

A referida Portaria autorizou o repasse dos valores de recursos federais, aos Fundos dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde, em parcela única, relativo ao incentivo financeiro do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), no ano de 2021.

O recurso do PQA-VS tem como finalidade o custeio de quaisquer ações e serviços da vigilância em saúde.

O Anexo III da Portaria 2.497/2021 apresenta os valores como as respectivas Metas Alcançadas do PQA - VS que os municípios de Mato Grosso receberam, em parcela única, em 2021. A referida portaria teve vigência a partir da data de sua publicação (30/09/2021), com efeitos financeiros a partir de 1º de setembro de 2021.

c) Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias - ACE

A Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias é constituída pelos seguintes incentivos específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos, nos termos da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, alterada pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014, e do Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015: (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18-A)

- I - Assistência Financeira Complementar da União; e (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18-A, I)
- II - Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos Agentes de Combate às Endemias. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 18-A, II)

De acordo com o art. 419 da Portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, os gestores municipais do SUS são responsáveis pelo cadastro no SCNES dos seus respectivos ACE, conforme disposto no Decreto nº 8.474, de 22 de junho de 2015 (Origem: PRT MS/GM 1025/2015, Art. 4º). O cadastro do ACE deverá ser atualizado com a utilização do código definitivo de Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) 5151-40 - AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS, estabelecido pelo Ministério do Trabalho, conforme redação do art. 424 da mesma Portaria de consolidação (Origem: PRT MS/GM 535/2016, Art. 2º).

Conforme a Lei 13.708:

“Artigo 2º, § 1º - É essencial e obrigatória a presença de Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família e de Agentes de Combate às Endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental.”

“Artigo 5º

§ 2º - A cada 2 (dois) anos, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias frequentarão cursos de aperfeiçoamento.

§ 2º- A Os cursos de que trata o § 2º deste artigo serão organizados e financiados, de modo tripartite, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.

“Art. 9º-A

§ 1º O piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias é fixado no valor de R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) mensais, obedecido ao seguinte escalonamento:

- I - R\$ 1.250,00 (mil duzentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2019;
- II - R\$ 1.400,00 (mil e quatrocentos reais) em 1º de janeiro de 2020; e
- III - R\$ 1.550,00 (mil quinhentos e cinquenta reais) em 1º de janeiro de 2021.

§ 2º - A jornada de trabalho do ACS e ACE são de 40 (quarenta) horas semanais exigidas para garantia do piso salarial previsto que será integralmente dedicada às ações e aos serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias em prol das famílias e das comunidades assistidas, no âmbito dos respectivos territórios de atuação, e assegurará aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias participação nas atividades de planejamento e avaliação de ações, de detalhamento das atividades, de registro de dados e de reuniões de equipe.

§ 5º O piso salarial de que trata o § 1º deste artigo será reajustado, anualmente, em 1º de janeiro, a partir do ano de 2022.”

“Art. 9º- H Compete ao ente federativo ao qual o Agente Comunitário de Saúde ou o Agente de Combate às Endemias estiver vinculado fornecer ou custear a locomoção necessária para o exercício das atividades, conforme regulamento do ente federativo.”

Atribuições dos Agentes de Combate às Endemias - ACE:

Conforme disposto no inciso II do art. 420 da Portaria de consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, são definidas as seguintes atribuições para o Agente de Combate às Endemias:

Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos;

- Executar ações de controle de doenças/agravos interagindo com os ACS e equipe de Atenção Básica;
- Identificar casos suspeitos dos agravos/doenças e encaminhar os pacientes para a Unidade de Saúde de referência e comunicar o fato ao responsável pela unidade de saúde;
- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica e/ou coleta de reservatórios de doenças;
- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de intervenção;
- Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;
- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;
- Registrar as informações referentes às atividades executadas;
- Realizar identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;
- Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

8.2.8.3 - Financiamento da Vigilância Sanitária (artigos 24 a 29 da portaria 1.378/2013)

O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de:

- Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PF Visa
- Piso Variável de Vigilância Sanitária – PV Visa

a) Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PF Visa

Destinado a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária.

Os valores do PF Visa serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE e caso haja redução populacional e verificando-se a presença de necessidades de saúde da população, será dispensado, mediante prévia pactuação na CIT, o referido ajuste.

O PF Visa para os Municípios, é composto por valor “per capita” municipal destinado às ações estruturantes e estratégicas de vigilância sanitária, ficando estabelecido um Limite Mínimo de Repasse municipal (LMRm), no âmbito do PF Visa, que trata de recursos financeiros mínimos destinados aos Municípios para estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária, para o fortalecimento do processo de descentralização e para a execução das ações de vigilância sanitária.

Os valores do PF Visa serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde

Os valores do PFVISA serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE.

Caso haja redução populacional serão mantidos os valores atualmente praticados.

A Portaria GM/MS Nº 49, de 12 de janeiro de 2021, atualizou, para 2021, os valores dos repasses de recursos financeiros federais referente ao Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PF Visa), do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde para os Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à execução das ações de vigilância sanitária.

Os valores do PF Visa 2021 foram ajustados com base na população estimada pelo IBGE para o ano de 2020, conforme regra estabelecida no Art. 463, da Portaria Consolidada nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

O Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PF Visa) a ser transferido aos municípios será calculado mediante valor per capita à razão de R\$0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano ou o Limite Mínimo de Repasse Municipal (LMRm), no valor de R\$12.000,00 (doze mil reais) para os municípios cujo valor per capita configurar um montante abaixo do LMRm.

Os valores anuais e mensais dos municípios de Mato Grosso constam do Anexo II da Portaria nº 49/2021.

b) Piso Variável de Vigilância Sanitária – PV Visa

Destinados a estados, Distrito Federal e municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 24, II)

O detalhamento dos valores do PV Visa será definido em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada ao cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES.

É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos municípios situados no âmbito de seu estado

A Portaria GM/MS nº 2.496, de 4 de outubro de 2021, instituiu para o ano de 2021, o repasse financeiro federal referente ao Piso Variável de Vigilância Sanitária, destinados a Estados e ao Distrito Federal, inclusive aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen's) para incentivar a implementação de estratégias voltadas para o fortalecimento e a execuções das ações de vigilância sanitária.

Incentivos destinados ao Estado de Mato Grosso para desenvolvimento das ações estratégicas de vigilância sanitária, conforme a Portaria 2.496/2021:

- Aos Estados e Distrito Federal que participam do Projeto de Harmonização Nacional das Ações de Inspeção em Serviços de Saúde e de Interesse para a Saúde.

Anexo IV

Mato Grosso	510000	300.000,00
-------------	--------	------------

- Estados e Distrito Federal que participam da implementação de estratégias para o monitoramento do risco sanitário em estabelecimentos de sangue, tecidos e células em face da pandemia de COVID-19.

Anexo V

Mato Grosso	510000	300.000,00
-------------	--------	------------

- Estados e Distrito Federal que participam de ações laboratoriais quanto a coleta e

transporte de amostras de programas de monitoramento da qualidade de produtos de interesse à vigilância sanitária relacionados ao Plano de Ação da Vigilância Sanitária em Resistência aos Antimicrobianos (PAN-VISA).

Anexo VI

Mato Grosso	510000	100.000,00
-------------	--------	------------

- Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen's), que possuem capacidade técnica e perfil analítico referente a análise de medicamentos antimicrobianos que participam de ações laboratoriais em programas de monitoramento da qualidade de produtos de interesse à vigilância sanitária

Anexo VII

Mato Grosso	510000	380.000,00
-------------	--------	------------

8.2.8.4 - Parâmetros para Monitoramento da Regularidade na Alimentação do SINAM, SINASC e SIM

A manutenção do repasse dos recursos do PFVS e PVVS está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), conforme regulamentações específicas destes Sistemas. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 33) (com redação dada pela PRT MS/GM 1955/2015)

O bloqueio do repasse do PFVS e PVVS para estados, Distrito Federal e municípios dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos, segundo parâmetros a serem publicados em ato específico da SVS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1378/2013, Art. 36) (com redação dada pela PRT MS/GM 1955/2015)

8.2.8.5 - Diretrizes, Monitoramento das Ações, Resultados e Demonstrativo do uso dos recursos da Vigilância em Saúde (artigos 30 a 39 da Portaria 1.378/2013).

As diretrizes, ações e metas devem estar inseridas no Plano Municipal de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS), com aprovação do Conselho Municipal de Saúde – CMS.

Os demonstrativos das ações, resultados alcançados e da aplicação dos recursos comporão o Relatório de Gestão (RG), aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a:

- I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e
- II - preenchimento mensal dos procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para Estados, Distrito Federal e Municípios será regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

A relação de Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos bloqueados será publicada em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio.

A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados.

8.2.8.6 - Utilização dos Recursos da Vigilância em Saúde

Os gastos dos recursos da Vigilância em Saúde devem ser efetuados com as despesas de custeio das ações e serviços executados no âmbito do Bloco da Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Para tanto, se faz necessária à discriminação da aplicação dos gastos da Vigilância em Saúde no Plano Municipal de Saúde, devidamente aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde – CMS e na Programação Anual de Saúde.

Os recursos da Vigilância em saúde devem ser utilizados conforme especificação das despesas a seguir:

a) Despesas de Custeio

Recursos Humanos

- contratação de recursos humanos para desenvolver atividades na área de controle de endemias;
- gratificações para recursos humanos que estejam desenvolvendo atividades na área da vigilância em saúde;
- capacitações específicas com conteúdo da vigilância em saúde para todos os profissionais, inclusive os que desenvolvem atividades na rede assistencial;
- participação em seminários, congressos de saúde coletiva, epidemiologia, medicina tropical e outros onde sejam apresentados e discutidos temas relacionados à vigilância em saúde;
- diárias para deslocamento de servidores de atividades inerentes à vigilância em saúde, bem como para participação em eventos ligados à área.

Material de Consumo

- peças, combustíveis (óleo diesel, gasolina, álcool) e lubrificantes para manutenção de veículos;
- isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e amostras de laboratório;
- materiais, peças e outros insumos para atividades de laboratório de saúde pública;
- compra de equipamentos de proteção individual (EPI) para atividades de controle de vetores (competências definidas na Portaria MS no 1.172/04);
- reposição de peças para equipamentos de aspersão;
- lâminas, lamínulas, estiletes e papel filtro;
- material de escritório.

Serviços de Terceiros

- pagamento de provedor de internet para viabilizar envio de bancos de dados à Secretaria Estadual de Saúde, além de pesquisa e troca de informações técnicas;
- confecção e reprodução de material informativo educativo (folderes, cartazes, carti-

- lhas, faixas, banners, etc.) e técnico (manuais, guias de vigilância epidemiológica);
- manutenção de veículos e equipamentos utilizados nas ações da vigilância em saúde;
- pagamento de estadia, alimentação e locais para a realização de capacitações, eventos e atividades da vigilância em saúde;
- pagamento de assessorias, consultorias e horas-aula em ações de interesse da vigilância em saúde;
- aluguel de imóveis com atividades próprias da vigilância em saúde.

b) Despesas de Capital

Equipamentos/material permanente

- veículos e utilitários, desde que tenham uso exclusivamente destinado para apoio à execução das ações de vigilância em saúde;
- equipamentos e mobiliários necessários para estruturar a vigilância em saúde municipal e/ou estadual, como computadores, fax, aparelhos telefônicos, câmeras fotográficas, retroprojeter, televisão, vídeo, máquina para fotocópia, projetor de multimídia, etc.;
- aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações na área da vigilância em saúde;
- equipamentos para estruturar rede de frio no município e/ou estado;
- equipamentos de aspersão de inseticidas;
- equipamentos para suporte laboratorial, como microscópios, centrífugas, pipetas automáticas, etc.

8.2.8.7 - Vedação da Aplicação de Recursos do Bloco de Vigilância em Saúde

É vedada a utilização de recursos da Vigilância em Saúde para:

- servidores inativos;
- servidores ativos, exceto os contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no plano de saúde;
- gratificação de função de cargos comissionados, exceto os diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no plano de saúde;
- pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município e/ou estado;
- 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;
- atividades de assistência médica;
- contratação de recursos humanos para desenvolver ações/atividades de assistência médica;
- compra de inseticidas, imunobiológicos, medicamentos (haja vista que esses materiais são considerados insumos estratégicos, com aquisição garantida pelo Ministério da Saúde).

Nota: Os recursos destinados ao pagamento de médicos/enfermeiros para atendimento a pacientes portadores de tuberculose, hanseníase e Aids são provenientes do Tesouro Nacional e de transferências governamentais.

8.2.8.8 - Contrapartida dos Municípios para a Vigilância em Saúde

Para Mato Grosso a contrapartida exigida é de 20% dos recursos recebidos.

Poderão ser considerados como recursos de contrapartida os gastos com pessoal que atua na área da vigilância em saúde (material, equipamentos, investimentos, etc.).

As documentações orçamentárias e financeiras, inclusive dos valores de contrapartida, devem estar sempre disponíveis para as auditorias realizadas pelo Ministério da Saúde.

8.2.8.9 - Competências da Vigilância Epidemiológica e Ambiental para as 03 (três) esferas de Governo:

Competências	União	Estado	Município
A vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde	X	X	X
Coordenação nacional, estadual ou municipal das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito	X	X	X
Execução das ações de vigilância em saúde, de forma complementar à atuação dos estados ou municípios	X	X	
Execução das ações de vigilância em saúde, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação estadual ou municipal	X	X	
Definição das atividades e parâmetros que integram a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS)	X		
Normatização técnica	X	X	X
Assessoria técnica a estados e/ou municípios	X	X	
Abastecimento dos seguintes insumos estratégicos: imunobiológicos; inseticidas; meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico); equipamentos de proteção individual (EPI) compostos por máscaras respiratórias de pressão positiva/negativa com filtros de proteção adequados para investigação de surtos e agravos inusitados à saúde	X		
Participação no financiamento das ações de vigilância em saúde	X	X	X
Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo: normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos; consolidação dos dados provenientes dos Estados; retroalimentação dos dados.	X		
Divulgação de informações e análises epidemiológicas	X	X	X
Coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, de abrangência nacional, estadual ou municipal	X	X	X
Promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos	X	X	X
Definição de centros de referência nacionais de vigilância em saúde	X		
Coordenação técnica da cooperação internacional na área de vigilância em saúde	X		
Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos	X	X	X

Assessoramento às secretarias estaduais de saúde (SES) e às secretarias municipais de saúde (SMS) na elaboração da PAVS	x		
Supervisão, fiscalização e controle da execução das ações de vigilância em saúde realizadas pelos municípios, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.	x	x	
Coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLS) ou Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELS) nos aspectos relativos à vigilância em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes.	x	x	
Coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país e as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.	x		
Execução das ações de vigilância em saúde em municípios não certificados.		x	
Definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), em conformidade com os parâmetros definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)		x	x
Abastecimento dos seguintes insumos estratégicos: medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT; seringas e agulhas, sendo facultado ao estado a delegação dessa competência à União, desde que a parcela correspondente do TFVS seja subtraída do repasse à SES; Óleo vegetal; equipamentos de aspersão de inseticidas; aquisição de máscaras faciais completas para a nebulização de inseticidas a ultra baixo volume (UBV) – a frio e termo nebulização – para o combate a vetores; equipamentos de proteção individual (EPI): máscaras semifaciais para a aplicação de inseticidas em superfícies com ação residual para o combate a vetores; gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios		x	
Gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual ou municipal, incluindo: consolidação dos dados provenientes dos municípios ou de unidades notificantes, por meio de processamento eletrônico, do SINAN, do SIM, do SINASC, do SI-PNI e de outros sistemas que venham a ser introduzidos; e retroalimentação de dados.		x	x
Envio dos dados ao nível federal ou estadual regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema.		x	x
Definição de centros de referência estaduais de vigilância em saúde.		x	x
Coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, o mercúrio e o benzeno		x	
Supervisão da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública		x	x
Abastecimento para diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública		x	
Coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos		x	

Coordenação do componente estadual ou municipal do Programa Nacional de Imunizações		x	x
Supervisão da execução das ações básicas de vigilância sanitária realizadas pelos municípios		x	
Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização	x	x	x
Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas			x
Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território			x
Busca ativa de declarações de óbito e de nascidos vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território			x
Abastecimento para realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com a secretaria estadual de saúde			x
Abastecimento para realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PAVS			x
Acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privados componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública.			x
Monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal			x
Captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação			x
Registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem			x
Ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros			x
Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação			x
Vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna			x
Execução das ações básicas de vigilância sanitária			x
Gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações			x
Aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI) referentes aos uniformes, demais vestimentas e equipamentos necessários para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas, além daqueles indicados para outras atividades da rotina de controle de vetores, definidas no Manual de Procedimentos de Segurança, publicado pelo Ministério da Saúde.			x

OBS: 1- A responsabilidade pela disponibilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) será das três esferas de governo, de acordo com o nível de complexidade a ser definido pela especificidade funcional desses equipamentos. 2- As competências aqui estabelecidas poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

8.2.8.10 - Competência da Vigilância Sanitária para as 03 (três) esferas de Governo:

Competências	Federal	Estadual	Municipal
Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, cuja execução pode ser complementada pelos estados, Distrito Federal e municípios	x		
Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, cuja execução pode ser complementada pelos estados, Distrito Federal e municípios	x		
Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais	x		
Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde	x		
Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados	x		
A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional	x		
Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços		x	
Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde. Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano		x	
Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano		x	
Colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras		x	
Executar serviços			x
Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde			x

8.2.8.11 - Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador é um conjunto de ações, feitas sempre com a participação dos trabalhadores e articulados intra e intersetorialmente, de forma contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

O Artigo 200 da Constituição Federal de 1988, define: "Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, executar as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, em como as de Saúde do Trabalhador."

Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, a saúde do trabalhador foi definida em sua forma de atuação tal como: "Saúde do Trabalhador é um conjunto de atividades que, através das ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, se destina à promoção e proteção, à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho."

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº3.120, que aprovou a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. A Instrução Normativa pretendia, de forma sucinta, fornecer subsídios básicos para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde. Partia do pressuposto que o sistema de saúde, embora deva ser preservado nas suas peculiaridades regionais, que implicam o respeito às diversas culturas e características populacionais por ser único, também deve manter linhas mestras de atuação, especialmente pela necessidade de se compatibilizar em instrumentos, bancos de informações e Intercâmbio de experiências.

O Ministério da Saúde publicou em 2009 a Portaria nº3.252 que aprovou as diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Valendo-se desta portaria, a Vigilância em Saúde passou a incorporar, de fato, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. A Portaria 1.378/2013, que revogou a 3.252/2009, no inciso VI do artigo 4º definiu que as ações da vigilância em saúde abrangem a Vigilância da Saúde do Trabalhador, estabelecendo as ações da vigilância da Saúde do Trabalhador é de competência das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde em 2002, através da Portaria 1.679, de 19/09/2002. A referida Portaria criou os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CERESTs.

A Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009, estabeleceu que a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, seria feita por meio de:

- I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;
- IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e
- V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

Dentre as atribuições dos CERESTs, previstas na Portaria GM/MS 2.728/05, estão:

- I. Prover suporte técnico adequado às ações de Saúde do Trabalhador;
- II. Recolher, sistematizar e difundir informações de interesse para a Saúde do Trabalhador;
- III. Apoiar a realização das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador; e
- IV. Facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e dos participantes do controle social.

As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distritais e municipais e nas respectivas Programações de Saúde.

Financiamento

Os recursos da Saúde do Trabalhador deverão ser repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, por meio do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser disponibilizado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e serão aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde.

Os recursos destinam-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos CERESTs, sendo vedada a utilização destes recursos nos casos especifíca-

dos na Lei Complementar 141/2012.

A destinação dos recursos deverá constar nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital, municipais e respectivas Programações Anuais, sendo aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST é um local de atendimento especializado em Saúde do Trabalhador. Além de atender diretamente o trabalhador, serve como uma fonte geradora de conhecimento, ou seja, tem condição de indicar se as doenças ou os sintomas das pessoas atendidas estão relacionados com as atividades que elas exercem, na região onde se encontram. Esses dados podem ser de extrema valia para as negociações feitas pelos sindicatos e também para a formulação de políticas públicas.

- Incentivo Financeiro:

O incentivo de implantação do CEREST é no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), pago em uma só vez no ato da habilitação.

Os valores de manutenção do CEREST são os seguintes:

- I - municipais e regionais, sob gestão estadual ou municipal, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais; e
- II - estaduais, R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) mensais.

8.2.9 - Gestão do SUS

O termo “gestão” é utilizado no âmbito do SUS para nominar as funções de comando ou direção do sistema de saúde que cabe aos gestores do SUS, em todas as esferas de Governo. Compreende o planejamento, a coordenação, a avaliação, o controle e a auditoria das ações e serviços de saúde loco regionais.

Os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os Estados e os Municípios

A Lei 8080/90 define a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) como “única em cada esfera de governo” e especifica a quem deve caber o comando da gestão nos três diferentes níveis:

- Federal: Ministério da Saúde (MS), que é o gestor nacional;
- Estadual: Secretaria de Estado de Saúde ou órgão equivalente;
- Municipal: Secretarias Municipais de Saúde ou órgão equivalente.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

O gestor do SUS é um profissional qualificado para gerenciar todos os processos técnicos, administrativos e financeiros da saúde, no seu âmbito de governo.

O SUS é financiado com recursos das três esferas do governo:

- Municipal - *recursos próprios do município;*
- Estadual - *transferências do Estado para o SUS; e*
- Federal - *transferências da União para o SUS.*

Em cada esfera de governo existe um Fundo de Saúde, que é o gestor financeiro dos recursos.

Na esfera federal, o Ministério da Saúde administra os recursos, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS);

Na esfera estadual, os Fundos Estaduais de Saúde (FES) gerenciam os recursos, através das

Secretarias Estaduais de Saúde;

Na esfera municipal, os Fundos Municipais de Saúde (FMS) gerenciam os recursos, através das Secretarias Municipais de Saúde.

Todos os recursos da gestão da saúde devem constar do Orçamento da Saúde na Lei Orçamentária – LOA do município, geralmente com as sub funções 122 – Administração Geral, 128 – Recursos Humanos, entre outras.

À direção municipal do SUS compete o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e os serviços de saúde, gerindo e prestando os serviços públicos de saúde da população.

Quando necessário pode celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar, fiscalizar e avalia sua execução.

O gestor municipal deve ser ativo no planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada o SUS, em articulação com a gestão estadual, e normatizar completamente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Outras atribuições: gestão de pessoas, elaboração do Plano Municipal de Saúde, com seu respectivo orçamento, acompanhar a execução do Plano e do orçamento da saúde, participar da execução, controle e avaliação das ações referentes, executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, além do saneamento básico.

Gestão do SUS é constituída de dois componentes:

- I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e
- II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

- I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
- II - Planejamento e Orçamento;
- III - Programação;
- IV - Regionalização;
- V - Gestão do Trabalho;
- VI - Educação em Saúde;
- VII - Incentivo à Participação e Controle Social;
- VIII – Informação e Informática em Saúde;
- IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
- X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão, por meio da assinatura do Termo de Compromisso, respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

- I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD(voltados ao cuidado de pessoas com dificuldades decorrentes do uso de álcool e outras drogas);
- V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;

- VII - implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- VIII - reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e
- XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

É vedada a utilização dos recursos da Gestão do SUS para pagamento de:

- 1- servidores inativos;
- 2- servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo componente, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- 3- 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;
- 4- pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e
- 5- 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.

8.2.10 - Investimentos

O investimento na saúde é fundamental, por se tratar de setor estratégico para o desenvolvimento e pela garantia da inclusão social e geração de trabalho.

O principal objetivo do investimento é 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. Nesse sentido, é fundamental para se atingir os objetivos propostos, que os projetos considerem e reflitam as necessidades da população do município e da região.

O Bloco de Estruturação da rede de serviços públicos de saúde é composto por recursos financeiros que são transferidos, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação da proposta de projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde, via cadastro no sítio eletrônico: www.fns.saude.gov.br.

8.2.10.1 - Aquisição de Equipamentos e Material Permanente

A Portaria 3.134, de 17 de dezembro de 2013, normatizou sobre a transferência de recursos financeiros de investimento destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e criou a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM).

As propostas de investimentos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes deverão conter:

- I - a ação, política ou programa de governo de referência a qual os equipamentos e materiais permanentes serão destinados;
- II - os equipamentos e materiais permanentes a serem financiados;
- III - a justificativa de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes;
- IV - a identificação dos estabelecimentos e unidades de saúde a que se destinarão os equipamentos e materiais permanentes;

- V - a especificação técnica com configurações e acessórios permitidos, conforme estabelecido na RENEM; e
- VI - a quantidade e valor estimado dos equipamentos e materiais permanentes.

A proposta de projeto deve ser aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e homologada na Comissão Intergestora Regional – CIR. A seguir o projeto deve ser submetido à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O projeto aprovado terá a sua formalização efetivada mediante edição de portaria específica, pelo Ministério da Saúde na qual conterà, ainda, os valores a serem repassados aos respectivos entes federativos.

A comprovação da aplicação dos recursos transferidos e as informações sobre a utilização dos equipamentos e materiais permanentes devem ser apresentadas no Relatório Anual de Gestão-RAG, conforme Lei Complementar 141/2012 e analisado pelo Conselho Municipal de Saúde.

8.2.10.2 - Construção de Unidades Básicas de Saúde – UBS

A Portaria 2.468, de 4 de outubro de 2021, altera a Portaria de Consolidação nº 06, de 28/09/2017, para dispor sobre o financiamento e as transferências de recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

O Anexo I da Portaria 340, de 04 de março de 2013, que redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi atualizado pela Portaria 2.468/2021, alterando portanto o Anexo XXV da Portaria de Consolidação 06/2017.

O Componente Construção do Programa de Requalificação de UBS tem como objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros para a construção de UBS municipais e distritais como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

As UBS construídas no âmbito deste Componente obrigatoriamente serão identificadas de acordo com os padrões visuais constantes da Portaria nº 2.838/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS.

Na referida Portaria foram definidos 4 (quatro) Portes de UBS a serem financiadas por meio do Componente Construção:

- I - UBS Porte I: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 1 (uma) Equipe de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 1 (uma) Equipe de Atenção Básica;
- II - UBS Porte II: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 2 (duas) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica;
- III - UBS Porte III: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 3 (três) Equipes de Atenção Básica;
- IV - UBS Porte IV: UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais compatível a 4 (quatro) Equipes de Atenção Básica.

Anexo XXV da Portaria de Consolidação 06/2017, atualizado:

Nº	AMBIENTES	1 EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA			2 EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA			3 EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA			4 EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA		
		Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtd. (un)	Área unit. (m²)	Área total (m²)
1	Sala de recepção e espera (1,30 m²/ pessoa)	23 pessoas			45 pessoas			68 pessoas			90 pessoas		
		1,3	23	30	1,3	45	58,50	1,3	68	88,4	1,3	90	117
2	Sanitário para pessoa com deficiência	2	3,20	6,40	2	3,20	6,40	3	3,20	9,60	3	3,20	9,60
3	Sala de imunização	1	9	9	1	9	9	1	9	9	1	9	9

4	Farmácia (estocagem/dispensação de medicamentos)	1	14	14	1	14	14	1	14	14	1	16	16
5	Consultório indiferenciado /Acolhimento	2	9	18	3	9	27	4	9	36	5	9	45
6	Consultório com sanitário anexo	1	9	9	2	9	18	2	9	18	3	9	27
6.1	Sanitário PcD anexo consultório	1	3,20	3,20	1	3,20	3,20	1	3,20	3,20	2	3,20	6,40
6.2	Sanitário do consultório	0	0	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2
7	Consultório odontológico												
7.1	Consultório odontológico para 2 Equipos	1	20	20	2	20	40	1	20	20	0	0	0
7.2	Consultório odontológico para 3 Equipos	0	0	0	0	0	0	1	30	30	2	30	60
8	Sala de inalação coletiva (1,60 m ² /pessoa)	4 pacientes			4 pacientes			6 pacientes			6 pacientes		
		1	6,40	6,40	1	6,40	6,40	1	9,60	9,60	1	9,60	9,60
9	Sala de coleta	0	0	0	0	0	0	1	4	4	1	4	4
10	Sala de curativos	1	9	9	1	9	9	1	9	9	1	9	9
11	Sala de Observação/ Coleta	1	10	10	1	10	10	1	0	0	1	0	0
11.1	Banheiro	1	4,80	4,80	1	4,80	4,80	1	4,80	4,80	1	4,80	4,80
12	CME simplificada - tipo I												
12.1	Sala de Lavagem e descontaminação	1	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5
12.2	Sala de esterilização/ estocagem de material esterilizado	1	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5
13	Sala de administração e gerência	1	7,5	7,5	1	7,5	7,5	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5
14	Sala de atividades coletivas/Sala de ACS	1	20	20	1	20	20	1	25	25	1	30	30
15	Almoxarifado	1	2,8	2,8	1	3	3	1	3	3	1	4	4
16	Copa	1	4,5	4,5	1	4,5	4,5	1	6	6	1	6	6
17	Banheiro para funcionários	1	3,6	7,2	2	3,6	7,2	2	3,6	7,2	2	3,6	7,2
18	Depósito de material de limpeza (DML)	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	4
19	Abrigo externo de resíduos sólidos												
19.1	Depósito de Resíduos Comuns	1	1	1	1	1,4	1,4	1	2,3	2,3	1	2,3	2,3
19.2	Depósito de Resíduos Contaminados	1	1	1	1	1,2	1,2	1	1,5	1,5	1	2	2
19.3	Depósito de Resíduos Recicláveis	1	1	1	1	1,2	1,2	1	1,5	1,5	1	2	2
20	Área externa para embarque e desembarque de ambulância	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21

Para as áreas previstas e para aquelas não listadas no anexo XXV, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações. Os ambientes previstos no quadro acima deverão ainda estar em concordância com as normas de acessibilidade previstas na Lei nº 14.116, de 31 de dezembro de 2020, Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 e a Quarta edição da Norma Brasileira ABNT NBR 9050, de 03 de agosto de 2020, que trata da acessibilidade à edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

O Artigo. 5º da Portaria 340/2013, definiu o valor dos incentivos financeiros a serem destinados pelo Ministério da Saúde para o financiamento da construção de cada UBS, de acordo com seu respectivo Porte:

- UBS Porte I: R\$ 408.000,00 (quatrocentos e oito mil reais);

- UBS Porte II: R\$ 512.000,00 (quinhentos e doze mil reais);
- UBS Porte III: R\$ 659.000,00 (seiscentos e cinquenta e nove mil reais); e
- UBS Porte IV: R\$ 773.000,00 (setecentos e setenta e três mil reais).

No caso do custo final da construção da UBS ser superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio Município.

No caso o custo final da construção da UBS ser inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo Município para o acréscimo quantitativo de ações de construção dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada.

8.2.10.3 - Construção de Unidades de Pronto Atendimento – UPAs

A Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017 redefiniu as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24 h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Conforme o artigo 2º da Portaria nº 10/2017, considera-se:

- I - UPA 24h: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU;
- II - UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento federal;
- III - UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto Socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- IV - gestor: Chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal;
- V - classificação de Risco: ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes;
- VI - acolhimento: diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização; e
- VII - Segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Classificação em portes para as UPAs 24h (art.13 da portaria 10/2017):

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS
PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS

A definição dos portes da UPA 24h, prevista no quadro acima, poderá variar de acordo com a realidade local regional, levando-se em conta a sazonalidade apresentada por alguns tipos de afecções, como, por exemplo, o aumento de demanda por doenças respiratórias verificado na clínica pediátrica e na clínica de adultos/idosos durante o inverno, dentre outras.

Financiamento das UPAS 24h (art. 14 da Portaria 10/2017)

Recurso de investimento destinado à UPA 24h, com portaria de habilitação publicada:

VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS

Definição dos portes aplicáveis às upa 24h	Investimento construção mobiliário e equipamentos de upa 24h novas habilitadas em investimento até 31/12/2014.	Investimento upa 24h ampliadas (limite máximo) habilitadas em investimento até 31/12/2014	Investimento em equipamentos e mobiliários para upa 24 h novas e ampliadas
Porte I	R\$ 2.200.000,00	R\$ 1.500.000,00	R\$ 600.000,00
Porte II	R\$ 3.100.000,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 800.000,00
Porte III	R\$ 4.000.000,00	R\$ 3.500.000,00	R\$ 1.000.000,00

Caso o custo final da edificação, aquisição de mobiliário e/ou equipamentos seja superior ao valor de investimento repassado pelo Ministério da Saúde, a diferença resultante será de responsabilidade do gestor e deverá estar em consonância com o pactuado na Comissão Inter-gestores Bipartite – CIB.

Percentuais de Repasses dos Recursos da UPA 24h (art. 16 da Portaria 10/2017)

Os recursos de investimento para UPA 24h serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Estadual de Saúde, Fundo de Saúde do Distrito Federal ou Fundo Municipal de Saúde em parcelas, na forma definida a seguir:

PARCELAS	UPA 24H HABILITADAS PELAS PORTARIAS Nº 1020/2009/GM/MS	UPA 24H HABILITADAS PELA PORTARIA 1171/2012/GM/MS e Nº 342/2013 GM/MS	UPA 24H AMPLIADAS HABILITADAS PELA PORTARIA Nº 1171/2012/ GM/MS e Portaria 342/2013/GM/MS
1ª. PARCELA	10%	10%	30%
2ª. PARCELA	65%	80%	70%
3ª. PARCELA	25%	10%	-

- I - a primeira parcela será repassada após a publicação da portaria específica;
- II - a segunda parcela será transferida após inserção no site do Fundo Nacional de Saúde dos seguintes documentos e informações, bem como da emissão de parecer técnico favorável pelo Ministério da Saúde:
 - a) ordem de início do serviço, assinada pelo gestor e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (CREA) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU);
 - b) fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e
 - c) informações requeridas no sítio do Fundo Nacional de Saúde.
- III - a terceira parcela será repassada após a conclusão da edificação da UPA 24h, nos termos da alínea b, I, art. 73 da Lei nº 8666/1993, a inserção no sítio do Fundo Nacional de Saúde dos seguintes documentos, bem como da emissão parecer técnico favorável pelo Ministério da Saúde:
 - a) termo definitivo de recebimento da obra da UPA 24h, assinado pelo responsável técnico da obra e pelo gestor;

- b) fotos correspondentes às etapas de execução e à conclusão da obra; e
- c) demais informações requeridas no sítio do Fundo Nacional de Saúde.

Após a conclusão da obra de ampliação da UPA 24h, o gestor deverá inserir o atestado de conclusão da obra no SISMOB, disponível no sítio do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

O gestor é responsável pela contínua atualização das informações da UPA 24h no SISMOB, disponível no sítio do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, responsabilizando-se, ainda, pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos.

Atendidos os requisitos do inciso III e respectivas alíneas, fica considerado concluído o objeto para fins do incentivo financeiro de investimento repassado.

Habilitação para recebimento dos recursos de Custeio das UPAS 24h (art.19 da Portaria 10/2017)

A habilitação de UPA 24h para recebimento do recurso de custeio requer a apresentação dos seguintes documentos:

- I - declaração do gestor do efetivo funcionamento da UPA 24h, incluindo a informação da data de início do funcionamento;
- II - declaração do gestor acerca dos equipamentos instalados na UPA 24h, nos termos desta Portaria, e das regras técnicas, conforme orientações do Ministério da Saúde;
- III - escala dos profissionais integrantes da Equipe Assistencial Multiprofissional em atuação na UPA 24h;
- IV - quantidade de profissionais médicos condizentes com a opção adotada nos art. 23 e 24 desta Portaria, cadastrados no SCNES; e
- V - número de cadastro da UPA 24h no SCNES.

Os documentos citados deverão ser apresentados ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Apoio à Implantação de Políticas em Saúde - SAIPS.

Fluxo para Habilitação do custeio de UPA 24h

A habilitação para custeio de UPA 24h deverá observar o seguinte fluxo:

- I - análise e aprovação pela CGUE/DAHU/SAS/MS da documentação apresentada no SAIPS; e
- II - publicação de portaria de habilitação para custeio mensal da UPA 24h.

É facultado ao Ministério da Saúde a realização de visita técnica para verificação dos requisitos de habilitação.

O repasse do recurso de custeio ocorrerá a partir da data da publicação da portaria específica de habilitação em custeio, e dar-se-á conforme os seus termos.

Conforme o artigo 21 da Portaria 10/2017, a complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal da UPA 24h é de responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios beneficiários, em conformidade com a pactuação estabelecida na CIB, quando das definições da sua implantação.

Após a publicação da portaria de habilitação da UPA 24h, caberá ao Fundo Nacional de Saúde repassar o recurso ao respectivo Fundo Estadual de Saúde, Fundo de Saúde do Distrito Federal ou Fundo Municipal de Saúde. (Art.22 da Portaria 10/2017)

Opções para o custeio de UPA 24h (art.23 da Portaria 10/2017)

O valor mensal será repassado pelo Ministério da Saúde conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, conforme a seguir:

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Valor do incentivo financeiro para custeio de UPA 24h Nova	Valor do incentivo financeiro para qualificação de UPA 24hNova
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	R\$ 50.000,00	R\$ 35.000,00
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	R\$ 75.000,00	R\$ 52.500,00
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 100.000,00	R\$ 70.000,00
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 137.000,00	R\$ 98.000,00
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 175.000,00	R\$ 125.000,00
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 183.500,00	R\$ 183.500,00
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 216.500,00	R\$ 216.500,00
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00

A proporção de médicos por turno poderá ser adequada de acordo com a necessidade do gestor, desde que garanta o efetivo funcionamento, sendo obrigatório o mínimo de um profissional médico por turno.

Custeio da UPA 24h Ampliada, habilitada e qualificada (art.24 da Portaria 10/2017)

Para o custeio da UPA 24h Ampliada, habilitada e qualificada, o Ministério da Saúde repassará o valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, de acordo:

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Valor do incentivo financeiro para custeio/qualificação de UPA 24h Ampliada
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	R\$ 50.000,00
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	R\$ 75.000,00
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 100.000,00
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 137.000,00
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 175.000,00
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 233.000,00
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 267.000,00
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 300.000,00

A proporção de médicos por turno poderá ser adequada de acordo com a necessidade do gestor, desde que garanta o efetivo funcionamento, sendo obrigatório o mínimo de um profissional médico por turno.

A manifestação referente à opção de funcionamento da UPA 24h, conforme os Arts. 23 e 24 desta Portaria dar-se-á mediante a apresentação de Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade (o modelo será disponibilizado no sítio da SAS/Ministério da Saúde) assinado pelo gestor e aprovado em resolução editada pela CIB respectiva. (Art.25 da Portaria 10/2017)

O recurso de custeio mensal de UPA 24h Nova e UPA 24h Ampliada será acrescido em 30% (trinta por cento) em UPA 24h localizada em Município situado na Amazônia Legal. (Art.26 da Portaria 10/2017)

Informações complementares sobre as UPA 24h poderão ser encontradas nos capítulos I a IX da Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017 e Portaria de Consolidação nº 6/2017.

8.2.10.4 – Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB

Com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Academias da Saúde financiadas com recurso

Federal, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Sistema de Monitoramento de Obras – SIS-MOB, tornando-se uma ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra.

O Sistema possibilita comparativos do planejado e do executado de cada obra, assim como suas fases e etapas, podendo o gestor comparar o cronograma pré-definido da obra, realizado por profissional especializado, com o andamento real, oferecendo uma visão financeira e executiva de toda a obra. Todo o histórico da obra juntamente com as imagens fotográficas poderá ser visualizado na série histórica que estará disponível no sistema.

O SISMOB permite que o gestor seja sinalizado através de alertas quando alguma etapa da obra estiver em caminho crítico ou em atraso, facilitando assim a alimentação do sistema e melhorando a qualidade da informação.

As propostas de projeto das obras do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) deverão ser apresentadas por meio SISMOB.

O SISMOB encontra-se disponível para acesso por meio do sítio eletrônico <http://www.fns.saude.gov.br>

A Legislação Geral e Legislação sobre Construção de UBS poderão ser encontradas no sítio eletrônico <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/legislacao.php>.

8.3 Financiamentos do SUS – Recursos Estaduais

O Decreto 456, de 24/05/2016, com validade a partir de janeiro/2016, instituiu o Sistema de Transferência de Recursos Financeiros Fundo a Fundo do Estado de Mato Grosso.

O Decreto tem como objetivo viabilizar o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

Conforme o referido Decreto:

- I - A transferência do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde será disponibilizada mediante repasse de recursos financeiros, independente da celebração de convênio ou instrumento congêneres.
- II - Os recursos orçamentários serão transferidos de forma regular e automática aos Fundos Municipais de Saúde, de acordo com o planejamento e programação financeira da Secretaria de Estado de Saúde.
- III - O Sistema de Transferência de Recursos Fundo a Fundo será operacionalizado mediante créditos bancários em conta corrente específica do respectivo Fundo Municipal de Saúde, com CNPJ próprio, aberta, preferencialmente, junto ao Banco do Brasil S/A ou Caixa Econômica Federal.
- IV - No caso de alteração nos dados bancários, o município deverá notificar a área técnica responsável pelo programa.

Os repasses dos recursos efetivados dentro do Sistema de Transferência de Recursos Fundo a Fundo serão imediata e compulsoriamente suspensos, quando o Município:

- I - não atender as exigências previstas no artigo 198 da Constituição Federal;
- II - descumprir as condições pactuadas nos respectivos Termos de Compromisso.

8.3.1 – Atenção Primária à Saúde - APS

A Portaria nº 107/2016/GBSES, de 23 de maio de 2016 reestruturou o Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Conforme a referida Portaria:

“Os recursos financeiros destinados ao Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso e transferidos aos Municípios deverão ser utilizados exclusivamente para o cofinanciamento das ações de atenção primária, devendo constar as ações nos Planos Municipais de Saúde e a prestação de contas dar-se-á através dos Relatórios Anuais de Gestão.

A participação dos municípios no Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde dar-se-á através de Termo de Compromisso contendo minimamente os seguintes requisitos:

- I - adotar medidas para melhoria da qualidade e ambiência das Unidades Básicas de Saúde, mantendo condições necessárias de infraestrutura e insumos para realização das ações.
- II - manter o número de equipes de Saúde da Família e de equipes de Saúde Bucal existentes atualmente e apresentar proposta de expansão do número de equipes, de forma a:
 - a) Municípios com população inferior a 10.000 habitantes ter no mínimo 70% da população coberta;
 - b) Municípios com população igual ou superior a 10.000 habitantes e inferior a 30.000 habitantes ter no mínimo 60% da população coberta;
 - c) Municípios com população igual ou superior a 30.000 habitantes e inferior a 100 mil habitantes ter no mínimo 50% da população coberta;
 - d) Municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes ter no mínimo 30% da população coberta.
- III - manter atualizado o cadastro das famílias e dos indivíduos no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do Ministério da Saúde;
- IV - manter atualizado o Cadastro das Unidades Básicas de Saúde e dos profissionais e equipes de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde SCNES e Sistema de Monitoramento da Atenção Primária/SESMT (SIMAP);
- V - apoiar as equipes de atenção primária na utilização dos recursos tecnológicos disponibilizados pelo Telessaúde Mato Grosso;
- VI - Elaborar Plano de Fortalecimento da Atenção Primária do Município, incluindo plano para implantação de Prontuário Eletrônico nas UBS;
- VII - Elaborar a Carteira de Serviços da Atenção Primária do Município, com o apoio técnico da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.
- VIII - Realizar ações de Educação Permanente em consonância com a Portaria GM Nº 1996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Portaria Interministerial Nº 1124, de 4 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Termo de Compromisso de que trata o caput deste artigo deverá ser elaborado por uma Comissão instituída pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e assinado pelas partes, não acarretando prejuízos financeiros aos municípios durante esse período.

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

- I Componente Saúde da Família;
- II Componente Saúde Bucal;
- III Componente Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais.

Os recursos estaduais que compõem o bloco de financiamento da atenção básica serão transferidos, mensalmente aos Municípios, do Fundo Estadual de Saúde (FES) para a conta única e específica vinculada ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), precedidas da publicação, em Diário Oficial, das autorizações de créditos, expedidas pelo Secretário de Estado de Saúde, contendo os nomes dos municípios e a importância mensal dos valores a serem transferidos.

8.3.1.1 - Componente Saúde da Família

Critérios para distribuição dos recursos destinados ao financiamento do componente Saúde da Família:

- I - existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde;
- II - cumprimento da carga horária semanal pelos profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, conforme os critérios estabelecidos no inciso III, artigo primeiro e Anexo I, da Portaria Nº 065/2012/GBSES e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), respectivamente.
- III - cumprimento dos critérios estabelecidos na Portaria Nº 065/2012/GBSES.

Incentivos Financeiros:

- I - R\$ 48.000,00 (quarenta e oito mil reais) anuais, às equipes de Saúde da Família que pertençam aos Municípios das Regiões de Saúde Araguaia Xingú, Norte Araguaia Karajá e Noroeste Mato-grossense;
- II - R\$ 28.800,00 (vinte e oito mil e oitocentos reais) anuais, às equipes de Saúde da Família dos demais municípios mato-grossenses;

Estes valores serão aplicados a cada Equipe de Saúde da Família implantada no Município e que atenda aos critérios estabelecidos nesta Portaria.

Os valores de incentivo financeiro a serem concedidos terão um acréscimo de 100% (cem por cento) sobre os valores especificados no art. 8º, de acordo com a cobertura populacional pelas equipes de saúde da família, assim fixadas:

- I - 30% (trinta por cento) ou mais de cobertura populacional para os Municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes;
- II - 50% (cinquenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os Municípios com população maior ou igual a 30 mil habitantes e inferior a 100 mil habitantes;
- III - 60% (sessenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os Municípios com população maior ou igual a 10 mil habitantes e inferior a 30.000 mil habitantes;
- IV - 70% (setenta por cento) ou mais de cobertura populacional para os municípios como população inferior a 10 mil habitantes.

Cálculo da cobertura populacional

Considera-se:

- I - Cada equipe de saúde da família terá em média 4.000 (quatro mil) habitantes sob sua responsabilidade sanitária;
- II - O cálculo de cobertura populacional é obtido através do percentual da população atendida pelas equipes de saúde da família em relação à população total do Município.

A base populacional para o cálculo de cobertura será definida através da estimativa populacional para Municípios, divulgada anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

8.3.1.2 - Componente Saúde Bucal

Os recursos financeiros destinados ao Componente Saúde Bucal, no âmbito da estratégia Saúde da Família, serão definidos da seguinte forma:

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

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

O Município que atingir a cobertura de 70% (setenta por cento) ou mais receberá um adicional de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por equipe em atividade.

Cálculo de cobertura populacional

- I - Cada equipe de saúde da família terá em média 4.000 (quatro mil) habitantes sob sua responsabilidade sanitária;
- II - O cálculo de cobertura populacional é obtido através do percentual da população atendida pelas equipes de saúde da família em relação à população total do Município.

Esses valores serão aplicados a cada equipe de Saúde Bucal implantada no Município e que atenda aos critérios estabelecidos na Portaria Nº 065/2012/GBSES e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), respectivamente.

8.3.1.3 - Componente Agente Comunitário de Saúde nos Assentamentos Rurais (ACSR)

Critérios para distribuição dos recursos financeiros aos Municípios destinados ao financiamento de ações do ACSR:

- I - Implementar o Serviço de Agente Comunitário de Saúde Rural, nos moldes do Programa de Agente Comunitário de Saúde, de forma a propiciar o incremento direto da oferta dos serviços básicos de saúde às famílias pertencentes aos assentamentos rurais promovidos pelo INCRA e INTERMAT no território de Mato Grosso;
- II- Apoiar financeiramente em caráter específico, objetivando aumentar a efetividade dos serviços de agentes comunitários de saúde junto aos assentamentos rurais oficializados pelo INCRA e/ou INTERMAT, de forma permanente e contínua;
- III- Manter um profissional enfermeiro com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, tendo a responsabilidade de assumir a coordenação e supervisão dos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde Rural, podendo a correspondente carga horária de trabalho ser utilizada exclusiva ou complementarmente ao serviço do Programa de Agente Comunitário de Saúde do Município;
- IV- Viabilizar o encaminhamento dos usuários às Unidades de Referência de Saúde do Município e/ou da região de saúde, quando necessário;
- V- Garantir as condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde Rural, conforme a situação exigir (meios de locomoção, equipamentos, materiais, uniformes, equipamentos de proteção individual, entre outros).

Os recursos financeiros destinados ao financiamento do componente ACSR, a serem repassados mensalmente aos Municípios por Agente Comunitário de Saúde Rural implantado, são fixados no valor de R\$ 788,00 (setecentos e oitenta e oito reais) e poderão ser atualizados através de portaria específica publicada pela SESMT.

Caberá a cada Agente Comunitário de Saúde Rural a responsabilidade pelo atendimento, no âmbito do assentamento rural, de um número não superior a 80 (oitenta) e nem inferior a 50 (cinquenta) famílias de assentados rurais.

Para efeito de cálculo do número de Agentes Comunitários de Saúde Rural necessários para cobertura das áreas do assentamento rural, dividirá número de famílias assentadas por 80 (oitenta).

Para fins de recebimento dos benefícios do componente ACSR, considerar-se-á como número de famílias assentadas aquele fornecido pelo INCRA e/ou INTERMAT .

8.3.1.4 – Acompanhamento e Suspensão dos Recursos Financeiros do Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde - APS

A suspensão parcial ou total dos recursos financeiros do Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde de Mato Grosso, transferidos aos Municípios, dar-se-á por:

- I - descumprimento dos critérios estabelecidos na Portaria Nº 065/2012/GBSES, de 14 de maio de 2012 e na Política Nacional de Atenção Básica, verificados através do Sistema de Monitoramento da Atenção Primária (SIMAP), Relatórios Técnicos de Monitoramento da Atenção Primária e demais sistemas de monitoramento federal ou estadual que vierem a ser estabelecidos, voltando à regularidade após terem sido sanadas as pendências;
- II - utilização indevida dos recursos financeiros, comprovada através de auditoria executada pelos órgãos de fiscalização do SUS MT;
- III - descumprimento dos Termos de Compromisso celebrados.

8.3.1.5 – Fluxo para implantação de Equipe Saúde da Família e Equipe Saúde Bucal

A Portaria GBSES Nº 072, de 3 de outubro de 2019, aprovou o fluxo para implantação de Equipe de Saúde da Família – eSF e Equipe Saúde Bucal – eSB no Estado de Mato Grosso, conforme Instrução Normativa CIB Nº 002, de 3/10/2019, anexa à referida Portaria.

8.3.2 – Assistência Farmacêutica

O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 6 GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

A Resolução CIB/MT nº **34, 10** de fevereiro de 2022, aprovou as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, como parte da Política de Estadual de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso e definiu e aprovou o Elenco de Referência Estadual de medicamentos e insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme os Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme a Portaria GM/MS Nº 3.435, de 08 de dezembro de 2021, que corresponde ao Anexo II da referida Resolução.

Conforme a referida Resolução:

- I – O Elenco de Referência Estadual destina-se a atender aos agravos provenientes e prioritários da Atenção básica;
- II – Não é obrigatória a disponibilização de todos os medicamentos relacionados na Anexo I da RENAME 2022 pelos municípios. No entanto, considerando o perfil epidemiológico local/regional sem prejuízo da garantia da dispensação dos medicamentos para atendimento dos agravos característicos da atenção básica os municípios podem elaborar a Relação dos Medicamentos da Atenção Básica, considerando os anexos I e IV da RENAME vigente, que correspondem ao Anexo II da Resolução CIB Nº 34/2022;
- III - Foi estabelecido que os Municípios sejam responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, que correspondem o Anexo II da referida Resolução;
- IV – O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

a) União:

Conforme Portaria GM /MS nº 3.193, de 09 de dezembro de 2019, definido com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos:

- I - IDHM muito baixo: R\$ 6,05 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano;
- II - IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano;
- III - IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano;
- IV - IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano; e
- V - IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano.

b) Estado:

R\$ 2,79 (dois reais e setenta e nove centavos) per capita/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, que correspondem o Anexo II da Resolução 034/2022, a serem repassados pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

c) - Município:

R\$ 2,79 (dois reais e setenta e nove centavos) per capita/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, que correspondem o Anexo II da Resolução 034/2022, recursos oriundos dos orçamentos próprios dos municípios.

A Resolução CIB MT 034/2022 estabeleceu também que:

- I - para fins de alocação dos recursos federais, estaduais e municipais utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2019, enviada ao Tribunal de Contas da União, conforme dispõe a Portaria GM/MS 3.193, de 09/12/2019;
- II - para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que teriam diminuição na alocação dos recursos nos termos do IBGE 2019 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a população estimada de maior quantitativo populacional, nos termos do IBGE 2016, 2011 ou 2009, conforme dispõe a Portaria GM/MS 3.193, de 09/12/2019;
- III - Não poderão ser custeados com os recursos do componente básico da assistência farmacêutica, medicamentos NÃO constantes da RENAME VIGENTE (ANEXO I e IV), que correspondem ao Anexo II da Resolução CIB/MT 034/2022. (Portaria GM/MS Nº 3.435, de 08 de dezembro de 2021).
- IV - O Estado do Mato Grosso mantém a descentralização dos recursos financeiros para a aquisição de medicamentos e insumos do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, definidos pelo Elenco de Referência Estadual de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, conforme Anexos I e IV da RENAME vigente, que correspondem o Anexo II da Resolução CIB 034/2022.
- V - O financiamento da assistência financeira básica destina-se à aquisição dos medicamentos e insumos complementares especificados nos Anexos I e IV da RENAME vigente, que correspondem o Anexo II da Resolução CIB 034/2022, bem como para fins de estruturação e qualificação das ações da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica sendo que, neste último caso o montante a ser utilizado não poderá exceder a 15% (quinze por cento) da soma total do recurso.
- VI - A Resolução CIB 034/2022 faculta aos municípios a aquisição e disponibilização de me-

dicamentos não incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME – ANEXOS I e IV), bem como aqueles que não constam no Elenco de Referência Estadual, desde que sejam adquiridos com recursos próprios e distintos daqueles que se referem a contrapartida da esfera municipal.

- VII - O recurso financeiro da esfera Estadual destinado à aquisição de medicamentos de Atenção Básica será repassado fundo a fundo aos municípios, a partir de janeiro de 2022, em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor anual.
- VIII - Os medicamentos básicos do Programa Saúde Mental, grupos de hipertensão e diabetes (HD) e asma e rinite (AR), estão incluídos nos Anexos I e IV da RENAME vigente, que correspondem o Anexo II da Resolução CIB nº 34/2022, devendo ser adquiridos com o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, somatória dos recursos da União, dos Estados e dos Municípios.

A Portaria nº 117 – GBSES, de 21 de fevereiro de 2022, aprovou a planilha de pagamento do Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e do Programa Diabetes Mellitus, referente às competências de janeiro a junho de 2022.

O Ministério da Saúde financiará, com recursos distintos daqueles que se referem a parte da União no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a aquisição e a distribuição às Secretarias de Saúde dos Estados dos medicamentos: Insulina Humana NPH 100UI/ml e Insulina Humana Regular 100UI/ml, conforme programação anual encaminhada pelas respectivas Secretarias de Estados, cabendo aos gestores estaduais sua distribuição aos municípios.

O Ministério da Saúde financiará também, com recursos distintos daqueles que se referem a parte da União no financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a aquisição e a distribuição dos medicamentos, dos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, conforme segue:

- I - Distribuição direta aos Municípios das capitais estaduais, ao Distrito Federal e aos municípios com população superior a 500 mil habitantes; e
- II - Entrega às Secretarias de Saúde para posterior distribuição pelos governos estaduais aos demais municípios.

Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher serão adquiridos e distribuídos com base nos parâmetros definidos pela respectiva área técnica do Ministério da Saúde.

8.3.2.1 – Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação

Conforme o artigo 9º da Resolução CIB nº 034/2022, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo, bem como os montantes aplicados pela Secretaria Estadual e pelas Secretarias Municipais de Saúde dar-se-á por meio do Relatório Anual de Gestão – RAG, sabendo-se que:

- I - O Relatório Anual de Gestão, incluindo as ações de Assistência Farmacêutica Básica e sua execução orçamentária, deve ser elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017;
- II - As atividades e os recursos financeiros aplicados na estruturação da Assistência Farmacêutica Básica deverão constar nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão);
- III - A Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde devem manter em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos tripartite deste componente, pelo prazo estabelecido na legislação em vigor;

- IV - O Relatório Anual de Gestão deve estar disponível sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria;
- V - O Relatório Anual de Gestão de aplicação dos recursos financeiros deve ser encaminhado no início do ano subsequente ao setor da Secretaria Estadual de Saúde, responsável pelo controle e monitoramento financeiro;

É de competência dos Escritórios Regionais de Saúde efetivar o monitoramento mensal das metas pactuadas para este componente.

8.3.2.2 - Suspensão dos Recursos da Assistência Farmacêutica

A Resolução CIB nº 034/2022, em seu artigo 10, reitera que a transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios será suspensa, assegurado o direito ao contraditório e a ampla defesa, na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pelas respectivas Secretarias de Saúde (conforme Portaria de Consolidação nº 6/2017), dos valores definidos na referida Resolução, nas seguintes situações:

- I - Quando constatadas, por meio de auditorias dos órgãos de controle interno e externo, irregularidades na utilização dos recursos, asseguradas o direito de defesa; e
- II - Não aplicação dos valores mínimos devidos e pactuados na Resolução CIB nº 034/2022 pelas Secretarias Municipais de Saúde, quando denunciada formalmente por um dos gestores ou constatada por meio de monitoramento e auditorias realizadas por órgãos do controle interno e externo.

O bloqueio dos recursos financeiros será realizado mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias ao gestor, e formalizado por meio de publicação de portaria específica, devidamente fundamentada.

O repasse estadual dos recursos financeiros deste componente será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão.

8.3.3 - Assistência de Média e Alta Complexidade - MAC

As ações e serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar no SUS têm por objetivo atender aos principais problemas e agravos na saúde da população, onde os atendimentos exigem a presença de profissionais especializados e a disposição de tecnologia de maior complexidade.

O Incentivo Financeiro Estadual para custeio dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média complexidade é feito através de transferência financeira realizada pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, definido conforme documento descritivo da situação de saúde do município e conforme a disponibilidade orçamentária e financeira da Secretaria de Estado de Saúde.

8.3.3.1 - Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - PAICI

A Portaria nº. 087/2008/GBSES instituiu o Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PAICI), que visa o repasse de incentivo aos municípios consorciados, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS no Estado de Mato Grosso.

A referida Portaria 087/2008 estabelece que os valores a serem repassados aos municípios consorciados a título de incentivo financeiro estadual, corresponderão a 50% (cinquenta por cento) da cota de participação mensal financeira de cada município ao consórcio. E a base de cálculo para definição do valor do incentivo corresponde à parcela estipulada no termo de compromisso firmado entre a SES/MT e o município, vigente na data de publicação da referida Portaria.

A Portaria 098, de 19 de maio de 2016, estabeleceu os critérios de cofinanciamento estadual

aos municípios partícipes do PAICI e os valores a serem transferidos aos municípios para serem repassados aos respectivos Consórcios.

PORTARIA 176/2016/GBSES, de 9 de agosto de 2016, retificou, em parte a Portaria 098/2016, fazendo a recomposição dos recursos repassados pelo PAICI/2012. Foram incluídos, os municípios que fizeram adesão aos consórcios até dez/2015 e retirados os que solicitaram exclusão a partir de janeiro de 2016.

A Resolução CIB/MT Nº 87, DE 10 de março de 2022 aprovou a atualização dos valores financeiros do Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PAICI para as Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso para o exercício de 2022, de acordo com o Anexo Único.

Foi estabelecido na referida Resolução que a atualização dos valores do PAICI será regulamentada por meio de Portaria do Gabinete do Secretário no prazo de 20 dias a contar da data de assinatura da Resolução 87/2022.

O Consórcio de Saúde deverá atualizar e aprovar nas instâncias de pactuação regional, o Plano Operativo de Metas 2022, de acordo com o anexo da Resolução 87/2022, no prazo de 30 dias.

A Portaria 212/2022-GBSES, de 30 de março de 2022, regulamentou a Resolução CIB 87/22, estabelecendo novos critérios de cofinanciamento estadual aos municípios partícipes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – PAICI e definiu que o incentivo financeiro do PAICI deve ser utilizado pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS, objetivando a complementação de ações e serviços de saúde ofertados junto ao SUS.

Conforme o artigo 2º da Portaria 212/2022, os critérios para o cofinanciamento estadual aos municípios consorciados (PAICI), são:

- I - Estar adimplente com a “per-capita” financeira do município, para tanto, solicitar ao Consórcio de Saúde que remeta à SES/MT extrato de conta corrente do consórcio comprovando o depósito, datado do dia 10 (dez) de cada mês.
- II - Assinar Termo de Compromisso entre o Fundo Estadual de Saúde e Fundo Municipal de Saúde.
- III - Instituir a CAC - Comissão de Acompanhamento de Contratualização Regional, com a finalidade realizar o acompanhamento, monitoramento e avaliação de cumprimento do Plano Operativo de Metas do CIS, celebrado entre os Entes, CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde, Municípios Consorciados e SES/MT.

Financiamento

Conforme o artigo 3º da Portaria 212/2022, “A transferência dos recursos financeiros destinados ao incentivo dos municípios consorciados, listados na planilha, Anexo I, da referida Portaria, correspondem a 50% (cinquenta por cento) da cota “per-capita” de participação mensal financeira de cada Município ao Consórcio.”

A Planilha anexa à referida Portaria, estabelece os valores a serem transferidos do Fundo Estadual para os Fundos Municipais no exercício de 2022.

A Portaria 212/2022, estabelece também que:

- a) Os valores que constam na planilha anexa à portaria tratam da recomposição dos recursos repassados pelo PAICI/2021. Foram incluídos, os municípios que fizeram adesão aos consórcios até dezembro/2021 e retirados os que solicitaram exclusão a partir de janeiro/2022;

- b) Os valores recebidos pelos Municípios consorciados, de que trata o artigo 3º da referida portaria, devem ser repassados integralmente, por meio de transferência financeira, para a conta corrente do Consórcio Intermunicipal de Saúde;
- c) Os reajustes do valor “per capita” pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde só serão considerados pela Secretaria de Estado de Saúde de um exercício financeiro para o outro;
- d) Os remanejamentos poderão ocorrer no decorrer do exercício financeiro, desde que não alterem o valor da região do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde – SES/MT deve publicar, mensalmente, a transferência dos recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, especificando os municípios a serem beneficiados e os respectivos valores, por meio de Portaria.

A Resolução CIB/MT Nº 130, de 27/04/2022, atualizou valores definidos no Anexo Único da Portaria 87/2022 de 10/03/2022 para as Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso, conforme a seguir:

Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação

Anexo Único da Resolução CIB/MT Nº 130.DE 27 /04/2022.

Consórcio de Saúde	População (IBGE/2020)	Rateio Municipal (Média /mês 2021)	PAICI (Mês)	PAICI (Ano)
CIS ALTO TAPAJÓS - CISAT	108.647	152.689,50	76.344,75	916.137,00
CIS ARAGUAIA - CISA	20.837	75.000,00	37.500,00	450.000,00
CIS ARAGUAIA E XINGÚ - CISAX	92.132	188.760,00	94.380,00	1.132.560,00
CIS CENTRO NORTE MT - CISCNMT	60.585	36.257,20	18.128,60	217.543,20
CIS GARÇAS-ARAGUAIA - CISGA	110.080	227.931,14	113.965,57	1.367.586,84
CIS MÉDIO ARAGUAIA - CISMA	121.715	443.205,00	221.602,50	2.659.230,00
CIS MÉDIO NORTE MT - CISMNMT	140.535	147.647,32	73.823,66	885.883,92
CIS NORTE MT - CISNMT	68.686	103.029,00	51.514,50	618.174,00
CIS OESTE MT - CISOMT	206.789	422.264,00	211.132,00	2.533.584,00
CS VALE DO TELES PIRES - CSVTP	452.934	1.055.961,00	527.980,50	6.335.766,00
CIS VALE DO ARINOS - CISVA	53.964	437.000,00	218.500,00	2.622.000,00
CIS VALE DO GUAPORE - CISVG	104.101	104.101,00	52.050,50	624.606,00
CIS VALE DO JURUENA - CISVJ	148.998	282.278,33	141.139,17	1.693.670,04
CIS VALE DO PEIXOTO - CISVP	71.967	160.392,20	80.196,10	962.353,20
CORESS MT	539.030	750.902,62	375.451,31	4.505.415,72
CIS VALE DO RIO CUIABA - CISVARC	126.790	198.030,75	99.015,38	1.188.184,56
TOTAL MENSAL	2.427.790	4.785.449,06	2.392.724,54	28.712.694,48
TOTAL ANUAL	2.427.790	57.425.388,72	28.712.694,48	-

O artigo 5º da Portaria 212/2022, dispõe que “a Secretaria de Estado de Saúde instituirá através de Portaria, a Comissão de Acompanhamento das Metas Pactuadas no Plano Operativo Regional (CAC), para acompanhamento, monitoramento e avaliação dos repasses financeiros relacionados ao cumprimento das metas pactuadas no Plano Operativo Anual de Metas, dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, e posterior publicação de Nota Técnica Explicativa (CAC), respeitando prazo de 15 dias.”

A referida portaria estabelece que “os Consórcios Intermunicipais de Saúde devem encaminhar aos respectivos Escritórios Regionais de Saúde (ERS), após a publicação desta Portaria, respeitando prazo de 30 dias, o Estatuto Social, Regimento Interno, Atos Normativos, Lotacionograma, Relatórios Trimestrais/Prestações de Contas, Resoluções e suas Atualizações Legais Anualmente.”

A Portaria 212/2022 revogou a portaria 098/2016-GBSES e a portaria 176/2016/GBSES, e estabeleceu os efeitos financeiros a partir de março de 2022.

Conforme a Portaria 227, de 30 de março de 2022 foi ordenado aos municípios o repasse dos recursos financeiros do cofinanciamento estadual para o PAICI, referente a competência março/2022, conforme anexo Único.

8.3.3.2 – Programa de Incentivo à Regionalização das Unidades de Reabilitação, Hemoterapia e Saúde Mental do Estado de Mato Grosso

A Portaria GBSES 102/2016, de 19 de maio de 2016 estabeleceu os critérios de cofinanciamento estadual aos municípios contemplados com o PROGRAMA DE INCENTIVO A REGIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE REABILITAÇÃO, HEMOTERAPIA E SAÚDE MENTAL para garantirem ações e serviços de saúde.

Os recursos financeiros serão destinados aos municípios que garantirem as ações e serviços nas áreas de Reabilitação, Hemoterapia e Centros de Atenção Psicossocial/CAPS;

Unidades Descentralizada de Reabilitação (UDR) e Centro Especializado em Reabilitação (CER)

O valor do incentivo mensal destinado aos municípios com Unidades Descentralizada de Reabilitação (UDR) e Centro Especializado em Reabilitação (CER) será definido de acordo com a classificação dos serviços de reabilitação estabelecidos nas Portarias 818/GMMS de 05/06/2001 e 793/GMMS de 24/04/2012, respectivamente:

Unidades Descentralizadas de Reabilitação – UDR:

NÍVEL I - R\$ 1.500,00

NÍVEL II- R\$ 2.500,00

Centros Especializados em Reabilitação - CER, onde considera os pontos de atenção habilitados pelo Ministério da Saúde:

CER II - R\$ 3.000,00

CER III - R\$ 3.500,00

CER IV - R\$ 4.000,00

- a) A UDR deverá funcionar no mínimo 8 horas diárias, de segunda a sexta-feira, com equipe interdisciplinar, considerando o estabelecido para cada modalidade, de acordo com os Anexos I e II da Portaria 818/GM/MS;
- b) O CER deverá funcionar no mínimo 8 horas diárias, de segunda à sexta, com responsável técnico de nível superior, composição e dimensionamento conforme Instrutivo de Reabilitação anexo à Portaria 793/GM/MS;
- c) Os serviços de reabilitação que compõe a Rede Estadual de Reabilitação do Estado de Mato Grosso serão acompanhados periodicamente pela área técnica e pelos Escritórios Regionais de Saúde por meio de relatórios mensais e visitas técnicas.

Hemoterapia

O incentivo de custeio mensal destinado aos municípios com Unidades de Hemoterapia: Agência Transfusional (AT) e Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) é classificado pelo HEMOCENTRO, como:

AGENCIA TRANSFUSIONAL/AT - R\$ 3.000,00

UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO/UCT - R\$ 5.000,00

Critérios para recebimento do incentivo da Hemoterapia:

- a) As unidades de hemoterapia deverão atender período integral com equipe interdisciplinar e com regime de plantão (24 horas);
- b) Toda unidade da Hemorrede tanto AT como UCT, deverá ter como Responsável Técnico (01) um médico Hematologista ou outra especialidade médica desde que tenha sido capacitado pelo MT-HEMOCENTRO para desenvolver suas funções;
- c) As unidades deverão manter funcionando o serviço com um estoque mínimo de insumos, independentemente do número de transfusões;
- d) As unidades de hemoterapia devem atender ao preconizado na Portaria MS/GM 158 de 04 de fevereiro de 2016, a Resolução RDC 34 de 11 de junho de 2014 e do Termo de Compromisso para o alcance das metas do Plano Diretor do Sangue de MT.

Saúde Mental

Incentivo mensal destinado aos municípios com Centro de Atenção Psicossocial – CAPS que garantam as ações e serviços na área de saúde mental:

Unidade não cadastrada pelo Ministério da Saúde - R\$ 7.000,00;

Unidades cadastradas pelo Ministério da Saúde - R\$ 2.000,00.

Critérios para recebimento do incentivo do CAPS:

- a) Os CAPS deverão apresentar, durante as ações de monitoramento, os Projetos Terapêuticos Singulares realizados no Centro de Atenção Psicossocial compondo todas as ações pertinentes neste serviço, conforme a Portaria N.º336/GM/2002;
- b) A assistência prestada nos CAPS deverão incluir atendimentos individuais, grupais e familiares, atividades comunitárias, visitas domiciliares e o fornecimento de alimentação para seus usuários, que permanecerem em um turno de 4 e 8 horas;
- c) Os CAPS deverão ter um horário de funcionamento de acordo com cada modalidade existente, contando com uma equipe interdisciplinar (Médico, Assistente Social, Enfermeiro, Psicopedagogo, Técnico de Enfermagem, Administrativo, Educador Físico e outros) e quantidade de profissionais conforme as modalidades (CAPSI, II, III, AD II, AD III 24h e CAPSi), segundo a Portaria N.º336/GM/2002;
- d) As atividades articuladas com outros pontos de atenção da rede de saúde mental devem promover a diminuição dos encaminhamentos para a internação e o fomento para implantação de leitos especializados em saúde mental nos Hospitais Gerais, segundo a Portaria MS/GM n 3.088/2001).

Adesão ao Programa

A adesão dos municípios ao Programa, será por meio de formalização de Termo de Compromisso, contendo as responsabilidades dos entes federativos. A inclusão e exclusão das unidades bem como a classificação e reclassificação dos mesmos, deverão seguir pactuações CIR/CIB e Ministério da Saúde.

Monitoramento

O monitoramento das ações das unidades dar-se-á através do acompanhamento das áreas técnicas com visita “in loco” e emissão de relatório anual, apresentando o cumprimento dos critérios do Termo de Compromisso que deverá ser encaminhado a Coordenadoria de Rede de Serviços, para continuidade ou suspensão dos repasses.

Anualmente os municípios habilitados terão seus processos reavaliados pelas Áreas técnicas da SES de acordo com:

- I - Cumprimento do Termo de Compromisso do co-financiamento Estadual do Programa a Regionalização.

Transferência e Aplicação dos Recursos

A transferência mensal dos recursos de co-financiamento estadual do Programa a Regionalização será precedida de autorização do Secretário de Estado de Saúde, por meio de Portaria contendo os municípios contemplados e os respectivos valores.

A transferência mensal do incentivo financeiro para os municípios será do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Os recursos financeiros do Programa de Incentivo a Regionalização, Hemoterapia e Saúde Mental são destinados exclusivamente para o custeio, em caráter complementar das ações e serviços.

Suspensão do Incentivo

A suspensão do incentivo dar-se-á pelo não cumprimento dos critérios estabelecidos no Termo de Compromisso e/ou constatação de descumprimento das ações e serviços das Unidades, com emissão de Parecer Técnico pelas áreas CRIDAC, HEMOCENTRO e SAUDE MENTAL.

8.3.3.3 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

A Portaria GM/MS n.º 1.010 de 21/05/2012 define em seu Art. 40 sobre as despesas de custeio compartilhadas de forma tripartite (União, Estados e Municípios);

A Portaria GM/MS n.º 1.473 de 18/07/2013 altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, e redefine 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;

A Portaria Nº 041/2014/GBSES, redefiniu os valores de incentivo financeiro de custeio para manutenção das Unidades Móveis do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU 192 da Central de Regulação Médica das Urgências implantadas e habilitadas pelo Ministério da Saúde.

Conforme a referida Portaria:

Os recursos de custeio das Unidades serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde dos municípios habilitados.

O Valor referente ao Incentivo Estadual para custeio mensal dos componentes do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192, com acréscimo de 30% (trinta por cento) para Municípios situados na região da Amazônia Legal.

- I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre:
 - a) Unidade habilitada - R\$ 8.532,00 (oito mil quinhentos e trintas e dois reais) por mês
 - b) Unidade habilitada e qualificada - R\$ 14.248,00 (quatorze mil, duzentos e quarenta e oito reais) por mês;

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre:

- a) Unidade habilitada - R\$ 25.025,00 (vinte e cinco mil e vinte e cinco reais) por mês;
- b) Unidade habilitada e qualificada - R\$ 31.344,00 (trinta e um mil trezentos e quarentas e quatro reais) por mês.

O Valor referente ao Incentivo Estadual para custeio mensal dos componentes da Central de Regulação Médica das Urgências, com acréscimo de 30% (trinta por cento) para Municípios situados na região da Amazônia Legal.

TOTAIS DE PROFISSIONAIS (24 HORAS) E CUSTEIO MENSAL (HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO) DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS POR PORTE POPULACIONAL					
POPULAÇÃO	MR	TARM	RO	REPASSE SES (HABILITADA) R\$	REPASSE SES (HABILITADA E QUALIFICADA) R\$
Até 350.000	2	3	2	27.300,00	35.194,00
350.001 a 700.000	4	5	2	44.590,00	55.849,00

Os incentivos financeiros de custeio do componente SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências devem ser aprovados pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na Comissão Intergestores Regionais (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo como base as diretrizes estabelecidas na Portaria nº 1.473/GM/MS, de 18 de julho de 2013;

É de competência da Diretoria Geral do SAMU 192 o acompanhamento da aplicação dos incentivos financeiros transferidos para os municípios que será analisada com base no relatório de gestão.

Planilha dos recursos de custeio do SAMU 192 dos municípios habilitados e qualificados

REGIÃO	MUNICIPIO	USB	USA	C.R.U	VALOR	MAIS 30 % AMAZÔNIA LEGAL	VALOR MÊS	
SUL Port.2.040/GM - 05.07.18	RONDONOPOLIS - PORT. 559/GM - 19.03-2009	-	-	1	36.223,25	10.866,97	47.090,22	
		-	1	-	24.110,50	7.233,15	31.343,65	
		3	-	-	32.878,50	9.863,55	42.742,05	
		SUB TOTAL	3	1	1	93.212,25	27.963,67	121.175,92
	CAMPO VERDE - PORT. 309/GM - 25.02.2011	1	-	-	10.959,50	3.287,85	14.247,35	
		SUB. TOTAL	1	-	-	10.959,50	3.287,85	14.247,35
	JACIARA O- PORT. 2750/ GM - 05.12.2012 (DEMAIS)	1	-	-	10.959,50	3.287,85	14.247,35	
		SUB. TOTAL	1	-	-	10.959,50	3.287,85	14.247,35
	PRIMAVERA DO LES- TE - PORT.763/GM - 13.04.2011	1	-	-	10.959,50	3.287,85	14.247,35	
		-	1	-	24.110,50	7.233,15	31.343,65	
	SUB. TOTAL	1	1	-	35.070,00	10.521,00	45.591,00	

SUBTOTAL - SUL		6	2	1	150.201,25	45.060,37	195.261,62
MÉDIO NORTE	TANGARA DA SERRA - PORT. 2700/GM - 29.11.2012	-	-	1	21.000,00	6.300,00	27.300,00
		-	1	-	19.250,00	5.775,00	25.025,00
		2	-	-	13.125,00	3.937,50	17.062,50
	SUB. TOTAL	3	-	1	53.375,00	16.012,50	69.387,50
	CAMPO NOVO DO PA- RECIS -PORT 1532/GM 24.07.2013	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25
SUB. TOTAL	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25	
SUBOTAL MÉDIO NORTE		4	1	1	59.937,50	17.981,25	77.918,75
NOROESTE- Port. 3.161/GM- 2812/2012	JUINA	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25
		-	1	-	19.250,00	5.775,00	25.025,00
	SUB. TOTAL	1	1	-	25.812,50	7.743,75	33.556,25
	COLNIZA	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25
	SUB. TOTAL	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25
	COTRIGUAÇÚ	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25
	SUB. TOTAL	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25
	BRASNORTE	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25
SUB. TOTAL	1	-	-	6.562,50	1.968,75	8.531,25	
SUBTOTAL NOROESTE		4	1	-	45.500,00	13.650,00	59.150,00
TOTAL		14	4	2	255.638,75	76691,62	332.330,37

FONTE: SES/MT

Nota: A Portaria GM/MS Nº 3.574, de 14/12/2021, qualificou a USB - SAMU 192 de Aripuanã, Central de Regulação das Urgências (CRU) - Cuiabá, com valor federal de 137.186,40/Ano (11.432,20/mês), a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado/Município.

8.3.3.4 –Atenção Hospitalar de Referência - MAC

A Portaria Nº 048/2018/GBSES, de 19 de março de 2018 instituiu valores de cofinanciamento estadual não obrigatório para apoio ao custeio mensal das ações e serviços de saúde de atenção hospitalar de referência, com o objetivo de melhorar o acesso dos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Anualmente, a Secretaria de Estado de Saúde prorroga o prazo de vigência da Portaria Nº 048/2018/GBSES/MT.

A Portaria 027/2022 – GBSES, de 18 de janeiro de 2022, prorrogou a vigência da Portaria 048/2018-GBSES até 31 de dezembro de 2022.

Crítérios para adesão ao cofinanciamento, conforme a Portaria 048/2018-GBSES:

- I. Possuir em seu território estabelecimento hospitalar de referência regional ou estadual;
- II. Atender, no mínimo, as clínicas básicas: médica, cirúrgica geral, pediátrica, ginecologia e obstetrícia ou atendimento especializado;
- III. Estar vinculado ao Complexo Regulador do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso - SUS/MT e utilizar o sistema de regulação (SISREG);

- IV. Atender, no mínimo, 10% de pacientes referenciados de municípios da sua região de abrangência, respeitada a Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- V. Garantir estrutura de atendimento hospitalar referenciado aos municípios da região;
- VI. Apresentar, mensalmente, prestação de contas da utilização dos recursos financeiros.

Recursos Financeiros

Os recursos são repassados, mediante comprovação da execução do teto financeiro definidos pela PPI, na Média e Alta Complexidade (MAC), por meio dos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde (SIA e SIHD2).

Os recursos financeiros contemplarão um grupo de estabelecimentos de saúde, considerando sua natureza, tipo e perfil assistencial, que deverão:

- I - Disponibilizar vaga de internação aos municípios da região;
- II- Disponibilizar todo o apoio diagnóstico necessário aos pacientes internados;
- III- Garantir transporte adequado ao paciente internado quando necessário;
- IV- Seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
- V- Alimentar os sistemas oficiais de informação (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/Sistema de Informação Hospitalar- SIHD2).

Os recursos financeiros só poderão ser destinados ao pagamento de despesas com recursos humanos, salário e/ou gratificações, mediante autorização prévia e prestação de contas da sua execução financeira.

Os valores poderão ser revistos a qualquer momento e a partir do Planejamento Regional Integrado.

A Planilha a seguir apresenta os Municípios de Referência que recebem recursos financeiros destinados à Atenção Hospitalar, com base em dezembro/2021.

REGIÃO	MUNICÍPIO	VALOR ATUAL	PORTARIA
BAIXADA CUIABANA	Cuiabá 3.300.000,00	3.300.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
	Várzea Grande	1.300.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
ARAGUAIA XINGÚ	Confresa	500.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
CENTRO NORTE	Diamantino	250.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
GARÇAS ARAGUAIA	Barra do Garças	800.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
NOROESTE	Juína	301.000000	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
NORTE ARAGUAIA KARAJÁ	São Félix do Araguaia	250.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
SUDOESTE	Pontes e Lacerda	450.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
SUL MATOGROSSENSE	Jaciara	100.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
	Primavera do Leste	300.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
	Rondonópolis	1.300.000,00	048/2018/GBSES, de 19/03/2018

VALE DO ARINOS	Juara	250.000000	048/2018/GBSES, de 19/03/2018
VALE DO PEIXOTO	Peixoto de Azevedo	1.300.000,00	RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 144 DE 06 DE AGOSTO DE 2021 RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 268 DE 10 DE DEZEMBRO DE 2021(*)
MÉDIO NORTE MATOGROSSENSE	Arenápolis	450.345,78	RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 50 DE 10 DE FEVEREIRO DE 2022. (*)
MÉDIO NORTE ARAGUAIA	Água Boa	1.300.000,00	RESOLUÇÃO CIB 143 de 06 de agosto de 2021. RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 267 DE 10 DE DEZEMBRO DE 2021. (*)

(*) Cofinanciamento Estadual Temporário e Emergencial.

Responsabilidade do Município

O município deve:

- I - apresentar a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, o contrato/convênio com os prestadores de serviços incluindo metas, modelo contratual, custos e pactuação regional, bem como um Plano de Melhorias dos Serviços Hospitalares;
- II - apresentar relatórios mensais com a prestação de contas da execução financeira relativa aos recursos recebidos, com o quantitativo dos serviços executados, de acordo com as metas pactuadas.

Monitoramento

O monitoramento dos serviços prestados pela Unidade de Saúde que receber os recursos financeiros será realizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, através dos Escritórios Regionais de Saúde - ERS, em conjunto com a área Controle e Avaliação Municipal.

8.3.3.5 – Unidade de Terapia Intensiva - UTI

A Portaria Nº 063/2022 GBSES, de 9 de fevereiro de 2022 alterou os critérios estabelecidos na Portaria nº 020/2018/GBSES, para transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para Fundo Municipal de Saúde em apoio ao custeio mensal de leitos em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrica, Neonatal, Unidade Coronariana - UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal - UCINCO e UCINCA), credenciada/habilitada ou em processo de credenciamento/habilitação junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A referida Portaria revogou totalmente a Portaria 020/2018-GBSES, e seus efeitos financeiros se aplicam a partir da competência janeiro/2022.

Cofinanciamento

As Secretarias Municipais de Saúde com Unidade Hospitalar que dispõe de leitos de UTI para uso, interessados em ofertar o serviço ao Estado de Mato Grosso, deverão atender todas as fases do cofinanciamento estadual, descritos abaixo: (Art. 4º da PT 063/2022)

- I. Funcionamento do serviço e disponibilização oficial dos leitos de UTI a Central de Regulação de Urgência e Emergência;
- II. Solicitação formal do gestor municipal;
- III. Visita e emissão de relatório técnico do Escritório Regional de Saúde da área de abrangência;
- IV. Impacto financeiro do Controle e Avaliação/SPCA/SES;
- V. Submissão a aprovação em CIR (Comissão Intergestores Regional);
- VI. Homologação em CIB (Comissão Intergestores Bipartite).

Após formalização do processo de habilitação dos leitos, fica estabelecido o prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da homologação da Resolução CIB, para a Unidade de Saúde não credenciada/habilitada, regularizar o credenciamento e habilitação junto ao Ministério da Saúde. (Art. 5º da PT 063/2022)

O não cumprimento do prazo estabelecido de 180 dias, resultará em desconto do valor Tabela SUS/SIGTAP advindo da habilitação do Ministério da Saúde. (Parágrafo único do art. 5º da PT 063/2022)

A Portaria 063/2022/GBSES definiu também que:

- I - O município que atender a todas as fases descritas para o cofinanciamento, fará jus ao recebimento do cofinanciamento estadual para os estabelecimentos de saúde em processo de habilitação;
- II - Deverá ser firmado Termo de Compromisso com Gestor Municipal e o Estabelecimento de Saúde, o qual estabelecerá Plano de Providências com cronograma de correção das não conformidades apontadas pela área técnica da Coordenadoria de Vigilância Sanitária, Coordenadoria de Atenção Especializada e Controle e Avaliação, para os leitos de UTI em processo de habilitação, conforme Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM nº 895 de 31 de março de 2017), Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA nº. 07 de 24 de fevereiro de 2010, Portaria nº. 930/GM/MS de 10 de maio de 2012 e Resolução da Diretoria Colegiada ANVISA nº 36 de 25 de julho de 2013;
- III - Não serão cofinanciados estabelecimentos de saúde com número menor que 10 (dez) leitos em processo de habilitação;
- IV - Não serão cofinanciados os leitos de UTI Neonatal dos estabelecimentos de saúde que não possuem maternidade, exceto os já cofinanciados.

Repasse do Recurso Financeiro

Conforme o artigo 10 da Portaria 063/2022, são requisitos para que os municípios sejam contemplados com o cofinanciamento:

- I - Possuir em seu território Unidades Hospitalares com leitos de UTI credenciados/habilitados e/ou em processo de credenciamento/habilitação ao SUS;
- II - Atender aos critérios estabelecidos nas regulamentações do Ministério da Saúde para habilitação dos leitos de UTI ou promover a adequação quando for o caso;
- III - Manter atualizado mensalmente o número de leitos de UTI credenciamento/habilitadas de cada Unidade Hospitalar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- IV - Submeter a solicitação do cofinanciamento estadual à aprovação em CIR e em CIB;
- V - Assinar o Termo de Compromisso e Metas conforme estabelece o Decreto Estadual nº 456 de 24 de março de 2016, conforme modelo Anexo V;
- VI - Apresentar cópia dos Instrumentos Contratuais firmados com os Estabelecimentos de Saúde privados e/ou filantrópicos, em consonância com a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM nº 3.410 de 30 de dezembro de 2013), prevendo na Programação Física-Orçamentária pós-produção, o recurso financeiro do cofinanciamento estadual;
- VII - Disponibilizar 100% (cem por cento) dos leitos de UTI credenciados/habilitados e/ou em processo de credenciamento/habilitação ao SUS para a Central de Regulação de Urgência e Emergência Estadual e Regional;
- VIII - Possuir equipe de Regulação, Controle e Avaliação implantada e em funcionamento.

Critérios de Pagamento

O pagamento do cofinanciamento estadual para custeio mensal de leitos de Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrica, Neonatal, Unidade Coronariana-UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal-UCINCO e UCINCA) NÃO HABILITADOS fica condicionado a formalização e instrução processual de habilitação/credenciamento junto ao Ministério da Saúde e a apresentação do Termo de Compromisso e Metas. (Art. 11 da PT 063/2022)

A Secretaria de Estado de Saúde/SES-MT providenciará a elaboração e envio aos Municípios do Termo de Compromisso e Metas para assinatura. (Art. 12 da PT 063/2022)

Conforme o artigo 13 da Portaria 063/2022, os recursos financeiros para apoio ao custeio mensal dos leitos de UTI estão discriminados de acordo com a tabela abaixo:

LEITOS DE UTI (ADULTO, PEDIÁTRICA, UCO, NEONATAL UCINCO, UCINCA, QUEIMADOS)		VALOR DO INCENTIVO UTI LEITO/DIA/SES (17,65% reajuste) (Fonte: 134)
UTI ADULTO (HABILITADA)	08.02.01.008-3 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI II)	R\$ 1.109,69
	08.02.01.009-1 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO (UTI III)	R\$ 1.181,61
UTI PEDIÁTRICA (HABILITADA)	08.02.01.015-6 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI II)	R\$ 1.109,69
	08.02.01.007-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PEDIATRIA (UTI III)	R\$ 1.181,61
UTI NEONATAL (HABILITADA)	08.02.01.012-1 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO II)	R\$ 1.109,69
	08.02.01.013-0 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN (TIPO III)	R\$ 1.181,61
	08.02.01.023-7 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO)	R\$ 418,16
	08.02.01.024-5 - DIÁRIA DE UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU (UCINCA)	R\$ 348,46
UTI CORONÁRIA (HABILITADA)	08.02.01.021-0 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA-UCO TIPO II	R\$ 1.109,69
	08.02.01.022-9 - DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA-UCO TIPO III	R\$ 1.181,61
PROCESSO DE HABILITAÇÃO	DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM PROCESSO DE HABILITAÇÃO/CREDENCIAMENTO	R\$ 2.000,00

O valor financeiro de custeio mensal disponibilizado pelo Ministério da Saúde para leitos de UTI habilitados e qualificados referente a Rede de Atenção à Urgências/RAU e Rede Cegonha não serão descontados do cofinanciamento estadual.

Transferência dos Recursos

A transferência dos recursos financeiros para apoio ao custeio mensal dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva/UTI será efetuada do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde e será precedida de autorização do Secretário de Estado de Saúde/SES-MT, mediante publicação de Portaria de ordenamento de pagamento. (art. 14 da PT 063/2022)

A Secretaria de Estado de Saúde/SES-MT terá o prazo de até 30 (trinta) dias, após o protocolo da entrega da documentação referente à prestação de serviços para efetuar a transferência dos recursos, salvo se houver impedimento legal. (art. 15 da PT 063/2022)

Instrução Processual para Pagamento

Conforme o artigo 16 da Portaria 063/2022, “o pagamento do cofinanciamento estadual para custeio de leitos *HABILITADOS* em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrica, Neonatal, Unidade Coronariana - UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal - UCINCO e UCINCA) será realizado mediante apresentação dos seguintes documentos:

- I. Espelho de Regulação/SISREG;
- II. Espelho de Autorização de Internação Hospitalar/AIH;
- III. Documento comprobatório de óbito, se houver;
- IV. Relatório quantitativo de diárias autorizadas, faturadas e aprovadas na competência no Sistema SIHDO2 (Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado 02);
- V. Relatório Mensal de Diárias (Anexo I), preenchido pela equipe de Supervisão do Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, assinado pelo Diretor Clínico e/ou Técnico e/ou Administrativo da Unidade Hospitalar e validado pelo médico auditor/supervisor do município e pelo Controle e Avaliação do município.
- VI. Relatório Técnico e Consolidado Físico-Financeiro (Anexo III) emitido pelo Escritório Regional de Saúde, com assinatura da equipe do Controle e Avaliação/ERS e do médico supervisor (na ausência do médico supervisor, o médico regulador, o fará).”

O Art. 17 da Portaria 063/2022, estabelece que “o pagamento do cofinanciamento estadual para custeio de leitos *NÃO HABILITADOS* em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrica, Neonatal, Unidade Coronariana - UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal - UCINCO e UCINCA) será realizado mediante apresentação dos seguintes documentos:

- I. Espelho de Regulação/SISREG do paciente;
- II. Espelho de Autorização de Internação Hospitalar/AIH (lançada para fins de série histórica);
- III. Documento comprobatório de óbito, se houver;
- IV. Relatório Mensal de Diárias (Anexo I) preenchido pela equipe de Supervisão do Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, assinado pelo Diretor Clínico e/ou Técnico e/ou Administrativo da Unidade Hospitalar e validado pelo médico auditor/supervisor do município pelo Controle e Avaliação do município.
- V. Lançamento das diárias VALIDADAS na supervisão médica, conforme inciso anterior, no Sistema SISAHO1 (Sistema de Informação Hospitalar - Entrada de Dados das Autorizações de Internações Hospitalares) para fins de série histórica;
- VI. Relatório Técnico e Consolidado Físico-Financeiro (Anexo III) emitido pelo Escritório Regional de Saúde, com assinatura da equipe do Controle e Avaliação/ERS e do médico supervisor (na ausência do médico supervisor, o médico regulador, o fará).”

Prazos para envio da documentação

O Art. 18 da Portaria 063/2022, estabeleceu os seguintes prazos:

- I. O Município enviará a documentação requerida conforme artigos 12º e 13º, ao Escritório Regional de Saúde de abrangência até o 10º (décimo) dia corrido após o processamento da produção aprovada do SIHD pelo Ministério da Saúde;
- II. O Escritório Regional de Saúde (ERS) emitirá Relatório Técnico até o 10º (décimo) dia corrido após o recebimento da documentação da Secretaria Municipal de Saúde;

- III. A Área técnica do Controle e Avaliação do Nível Central da SES-MT emitirá Parecer Técnico em até 07 (sete) dias corridos após recebimento do processo encaminhado pelo Escritório Regional de Saúde.

Responsabilidades

Da Unidade de Saúde que dispõe de leitos de UTI (Adulto, Pediátrica, Neonatal, Unidade Coronariana-UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal-UCINCO e UCINCA), credenciada/habilitada ou em processo de credenciamento/habilitação (art. 19º da PT 063/2022):

- I - Garantir a continuidade de atendimento aos pacientes dentro de sua própria unidade até a sua alta hospitalar: apoio diagnóstico, avaliação de especialidades quando necessário, leitos clínicos de retaguarda e transporte inter-hospitalar no âmbito municipal;
- II - Disponibilizar 100% dos leitos em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrica, Neonatal, Unidade Coronariana-UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal-UCINCO e UCINCA), credenciada/habilitada ou em processo de credenciamento/habilitação ao SUS, em perfeitas condições de funcionamento e uso, de acordo com as legislações vigentes;
- III - Enviar o Censo Diário para o Complexo Regulador Regional ou Coordenadoria de Regulação de Urgência e Emergência/CRUE, nos seus respectivos endereços eletrônicos (caruelh@ses.mt.gov.br e caruelh2@ses.mt.gov.br), 03 (três) vezes ao dia, sendo às 08h00m, 14h00m e às 20h00m, conforme Anexo I desta Portaria;
- IV - Disponibilizar informações referentes aos atendimentos realizados e garantir amplo acesso dos profissionais habilitados da Secretaria Municipal de Saúde/SMS e da Secretaria de Estado de Saúde/SES à Unidade de Terapia Intensiva e às documentações que comprovem o atendimento;
- V - Manter Taxa de Ocupação mínima de 80% dos leitos em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrica, Neonatal, Unidade Coronariana-UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal-UCINCO e UCINCA), credenciada/habilitada ou em processo de credenciamento/habilitação;
- VI - Assinar o Termo de Compromisso das não conformidades, no caso dos leitos em processo de credenciamento/habilitação;
- VII - Informar, gerenciar e monitorar mensalmente os indicadores oficiais de gestão de leito hospitalar: Taxa de Ocupação de leitos UTI, Média de Permanência, Taxa de Óbito, Taxa de Infecção Hospitalar;
- VIII - Alimentar o Sistema de Internação Hospitalar - Entrada de Dados das Autorizações de Internações Hospitalares (SISAIHO1);
- IX - Apresentar a documentação requerida nos Art. 11º e Art. 12º para fins de instrução do processo de pagamento do cofinanciamento.

Do Município (art. 20 da PT 063/2022)

- I - Realizar mensalmente supervisão médica e administrativa, auditando os serviços prestados in loco;
- II - Verificar o Sistema SIHD02 (Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado 02), gerando relatório a fim de validar as diárias de leitos de UTI aptas para pagamento;
- III - Encaminhar Relatório Mensal de Diárias até o 10º (décimo) dia corrido após o processamento da produção aprovada do SIHD pelo Ministério da Saúde ao Escritório Regional de Saúde/ERS de abrangência;

- IV - Monitorar o censo diário da UTI com as seguintes informações: equipe de plantão, total de leitos existentes em funcionamento, leitos ocupados (nome do paciente, Cartão Nacional do SUS-CNS e código de solicitação do SISREG), número de vagas, reserva para cirurgia autorizada, alta e previsão de alta;
- V - Analisar e monitorar os indicadores oficiais de gestão de leito hospitalar, tais como: Taxa de Ocupação de Leitos de UTI, Média de Permanência, Taxa de Óbito e a Taxa de Infecção Hospitalar em conjunto com a Vigilância em Saúde Municipal.
- VI - Assinar o Termo de Compromisso das não conformidades, no caso dos leitos em processo de credenciamento/habilitação;
- VII - Monitorar o cumprimento do Plano de Providências com o cronograma para correção das não conformidades do processo de habilitação dos leitos.

Da Central Regional de Regulação e/ou Central Estadual de Regulação de Urgência e Emergência/CRUE/SES-MT (art. 21 da PT 063/2022):

- I - Atualizar diariamente o boletim de regulação na plataforma SISREGIII com as informações pertinentes à internação do paciente no leito de UTI;
- II - Realizar diariamente o acompanhamento do Censo Diário da UTI enviado pelas Unidades de Saúde através da Central de Regulação Estadual/Regional e Escritórios Regionais de Saúde/ERS

Da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MT (art.22 da PT 063/2022)

- I - Definir como indicadores oficiais: Taxa de Ocupação de Leitos de UTI, Média de Permanência, Taxa de Óbito, Taxa de Infecção Hospitalar, podendo a qualquer momento alterar ou inserir novos indicadores;
- II - Realizar o monitoramento dos serviços prestados pela Unidade de Saúde, através do Nível Central e Escritórios Regionais de Saúde/ERS, em conjunto com a Central de Regulação Estadual/Regional e Municipal;
- III - Encaminhar a auditoria dos órgãos competentes, quando constatado, irregularidades dos serviços prestados;
- IV - Apoiar institucionalmente os municípios para implantação/implementação dos processos de regulação, controle e avaliação.
- V - Emitir Relatórios e Parecer Técnico para instrução do processo de pagamento do cofinanciamento estadual, atendendo o Fluxo e Check List para instrução do processo de pagamento conforme o Anexo V da Portaria 063/2022.

Conforme o artigo 23 da portaria 023/2022, os efeitos financeiros se aplicam a partir da competência janeiro/2022.

8.3.3.6 - Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas

A Resolução CIB Nº 093, de 02 de setembro de 2009, dispõe sobre a pactuação dos municípios proponentes e a contrapartida da SES/MT e das Secretarias Municipais de Saúde para organização e implantação de novas Unidades de Pronto Atendimento no Estado de Mato Grosso”.

A Resolução CIB Nº 080, de 01 de dezembro de 2016, dispõe sobre o estabelecimento de fluxo para solicitação do incentivo financeiro estadual de custeio para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24hs no Estado de Mato Grosso.

A Resolução CIB nº 265, de 10 de dezembro de 2021, revogou a Resolução CIB 080/2016 e aprovou o cofinanciamento estadual para as Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h no Estado de Mato Grosso, conforme Anexo I, II, III e IV.

Os Anexos de que trata o Artigo 1º da Resolução CIB 265/2021, são os descritos a seguir:

Anexo I - Estabelecimento de Fluxo, Critérios e Monitoramento para Solicitação do Cofinanciamento Estadual;

Anexo II - Check List do Cofinanciamento de Habilitação e da Avaliação Anual;

Anexo III - Termo de Compromissos e Metas;

Anexo IV - Relatório Técnico de Monitoramento Trimestral.

Os recursos de UPA são definidos conforme o tipo do estabelecimento (I, II, III) e situação do credenciamento. (habilitada ou habilitada e qualificada).

Atualmente, 8 (oito) municípios recebem repasse do Estado para custeio de UPA.

A seguir Planilha que demonstra o repasse estadual para UPAs - base: competência janeiro/2022 (PT 050/2022-GBSES):

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	TIPO	MÊS/R\$
BAIXADA CUIABANA	CUIABÁ	UPA III - MORADA DO OURO - conf. Resol. CIB n.º 188 de 03/07/2014	325.000,00
		UPA III - PASCOAL RAMOS - conf. Resol. CIB n.º 075 de 11/10/2017 - Hab. E Resol. CIB n.º 097 de 12/12/2019 - Opção VIII - Qualificada	325.000,00
	VÁRZEA GRANDE	UPA III - IPASE - conf. Resol. CIB n.º 079 de 09/11/2017 - Hab. (1) e Resol. CIB n.º 080 de 09/11/2017 - Qualificada	325.000,00
		UPA II - CRISTO REI - conf. Resol. CIB n.º 098 de 12/12/2019 - Opção V - Habilitada	113.750,00
Subtotal - Baixada Cuiabana			1.088.750,00
GARÇAS ARAGUAIA	BARRA DO GARÇAS	UPA II - BARRA DO GARÇAS - conf. Resol. CIB n.º 099 de 12/12/2019 - Opção V - Habilitada	113.750,00
Subtotal - Garças Araguaia			113.750,00
NOROESTE	JUÍNA	UPA I - conf. Resol. CIB n.º 255 de 28/11/2012	65.000,00
Subtotal - Noroeste			65.000,00
SUL MATOGROSSENSE	RONDONÓPOLIS	UPA III - conf. Resol. CIB n.º 083 de 07/12/2017 - Opção VIII - Habilitada	162.500,00
	PRIMAVERA DO LESTE	UPA II - conf. Resol. CIB n.º 013 de 04/04/2019 - Opção VII - Habilitada	140.725,00
Subtotal - Sul Mato-grossense			303.225,00
TELES PIRES	SORRISO	UPA I - conf. Resol. CIB n.º 017 de 07/04/2016	65.000,00
	SINOP	UPA II - conf. Resol. CIB n.º 078 de 09/11/2017 - Habilitada	113.750,00
Subtotal - Noroeste			178.750,00
TOTAL			1.749.475,00

Fonte SES/MT

Os anexos I, II, III e IV da Resolução CIB 265/2021 estão disponíveis na página de internet CIB/portal SES.

8.3.3.7 - Hanseníase

O Plano Estratégico para enfrentamento da Hanseníase foi aprovado pela Portaria GBSES Nº 17/2018, de 01/02/2019, para execução no período de 2018/2020.

O Plano propôs alguns municípios para atuarem como ponto de partida para a estruturação da linha de cuidado da Hanseníase, por meio da Implantação do Ambulatório de Atenção Especializada Regionalizado em HANSENÍASE/AAER. Os Municípios foram escolhidos devido já possuírem equipes qualificadas para execução das ações de referência em hanseníase.

Atualmente, são 6 (seis) municípios que recebem incentivo no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) /mês para o desenvolvimento das ações da Hanseníase: Alta Floresta, Barra do Garças, Juara, Juína, Tangará da Serra e Várzea Grande.

A Secretaria de Estado de Saúde tem prorrogado, anualmente, o prazo de vigência da Portaria nº 017/GBSES.

A Portaria 026/2022 - GBSES, de 18 de janeiro de 2022, prorrogou a vigência do Plano Estratégico de Enfrentamento da Hanseníase em Mato Grosso, até 31 de dezembro de 2022.

8.3.3.8 - Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade – PNAISP

A Portaria Nº 136/2020/GBSES, publicada em 29 de abril de 2020, define a estruturação do cofinanciamento estadual aos municípios que aderirem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP, no âmbito do Estado de Mato Grosso.

O cofinanciamento estadual será na proporção de 20% (vinte por cento) do valor repassado pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS. O recebimento do cofinanciamento de custeio mensal do estado condiciona-se à habilitação das Equipes de Saúde no Sistema Prisional - ESP pelo Ministério da Saúde - MS, considerando os seguintes critérios:

- I - Adesão municipal à PNAISP, publicada no Diário Oficial da União por ato específico do MS;
- II - Habilitação da equipe, através da publicação de ato específico de habilitação pelo MS;
- III - A transferência do incentivo estadual será na competência subsequente ao repasse Federal das Equipes de Saúde no Sistema Prisional - ESP habilitadas.

Os municípios que fizeram adesão a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) são: **Várzea Grande, Barra do Garças, Diamantino, Rosário Oeste e Rondonópolis.**

A seguir, Planilha do Cofinanciamento Estadual aos municípios que aderiram a PNAISP – conforme Portaria 152/2022 – GBSES – base: competência fevereiro/2022.

ERS/MUNICÍPIOS	UNIDADE PRISIONAL	PAGAMENTO FEDERAL (Comp. Janeiro/2022)	PAGAMENTO ESTADUAL 20%
Várzea Grande	CP. Várzea Grande	R\$ 37.509,64	R\$ 7.501,93
BAIXADA CUIABANA			
Barra do Garças	CP. Barra do Garças	R\$ 0,00	R\$ 0,00
GARÇAS ARAGUAIA			
Diamantino (*)	CP. Diamantino	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Rosário Oeste (*)	CP. Rosário Oeste	R\$ 0,00	R\$ 0,00
CENTRO NORTE MATO-GROSSENSE			
Rondonópolis	Penitenciária de Rondonópolis	R\$ 56.264,45	R\$ 11.252,89
SUL MATO-GROSSENSE			
MATO GROSSO			R\$ 18.754,82

Fonte: SES/MT

(*) Suspensão de transferência de incentivo financeiro pelo MS.

8.3.3.9 - Fundo Estadual de Equilíbrio Fiscal de Mato Grosso - FEEF/MT*Legislação*

- Lei Estadual 10.709, de 28/06/2018 – instituiu o FEEF/MT
- Decreto Estadual 1.563, de 29/06/2018 – regulamentou a Lei 10.709/2018.
- Portaria 194 GBSSES, de 10/08/2018 que aprovou critérios para normatizar a receita e estabeleceu a obrigatoriedade às entidades filantrópicas de prestar contas mensal da aplicação dos recursos, em forma de planilha, com o quantitativo de serviços executados, conforme as metas pactuadas.
- Lei Estadual 11.135 de 15 de maio de 2020, revogou a alínea “c” e acrescenta as alíneas “g”, “h”, “i”, “j”, “k”, “m”, “n” e “o” ao inciso I e modifica o Parágrafo 2º. do artigo 10 da Lei nº. 10.709, de 28 de junho de 2018, que institui o Fundo Estadual de Equilíbrio Fiscal de Mato Grosso - FEEF/MT, incluindo outras Instituições de Saúde.
- Lei Estadual 11.487, de 04 de agosto de 2021, alterou a Lei 10.709/2018, referente recurso oriundos das receitas advindas da arrecadação do Fundo Estadual de Equilíbrio Fiscal de Mato Grosso - FEEF/MT para despesas de custeio para complementação da Tabela SUS, referente ao saldo disponível no FES/MT até 03/08/2021.
- Lei Estadual 11.564, de 11 de novembro de 2021, alterou a redação do § 2º do art.10 da
- Lei nº 10.709, de 28 de junho de 2018.

Conforme a referida Lei a distribuição do percentual das receitas do FEEF/MT obedecerá aos critérios de produção e complexidade conforme o Anexo I da Lei, a seguir:

MUNICÍPIOS	SCNES/HOSPITAIS	PERCENTUAL
1 - CUIABÁ	2659107 HOSPITAL GERAL	21,79%
2 - RONDONÓPOLIS	2396866 SANTA CASA RONDONÓPOLIS	17,39%
3 - CUIABÁ	2311682 HOSPITAL SANTA HELENA	17,00%
4 - CUIABÁ	2534444 HOSPITAIS DE CÂNCER DE MATO GROSSO	17,02%
5 - SINOP E CLAUDIA	2795671 HOSPITAL SANTO ANTÔNIO **(2398443 HOSP.DONA NILZA)	8,58%
6 - CÁCERES	2395037 HOSPITAL SAO LUIZ	1,69%
7 - LUCAS DO RIO VERDE	2767953 HOSPITAIS SÃO LUCAS DO RIO VERDE*	3,20%
8 - POCONÉ	2391449 HOSPITAL GERAL DE POCONÉ DR. NICOLAU FONTANILHAS FRAGELI	1,17%
9 - RONDONÓPOLIS	2396424 CASA DE SAÚDE PAULO DE TARSO	1,80%
10 - VILA BELA DA SANTÍSSIMA TRINDADE	2752603 HOSPITAL EVANGÉLICO DE MATO GROSSO	1,14%
11 - POXORÉO	2397684 HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOÃO BATISTA	1,47%
12 - CUIABÁ	2534436 INSTITUTO LIONS DA VISÃO	6,00%
13 - PONTES E LACERDA	2752654 HOSPITAIS VALE DO GUAPORE	1,75%
	TOTAL	100,00%

A Lei 11.564/2021 acrescentou o § 2º e reenumerou o parágrafo único do art.12 da Lei nº 10.709, de 28 de junho de 2018, que passaram a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12 (...)

§ 1º Os saldos financeiros eventualmente disponíveis do fundo serão distribuídos de acordo com o previsto nesta Lei, desde que não tenham sido empenhados até o dia 30 de junho de 2021.

§ 2º A distribuição dos saldos financeiros eventualmente disponíveis no fundo que não tenham sido empenhados até o dia 30 de junho de 2021 referente ao percentual fixado inciso I do caput do art. 10 será distribuída entre as instituições arroladas nas alíneas do inciso I do art. 10, obedecendo os critérios de produção e complexidade estabelecidos no Anexo I desta Lei.”

A Portaria 040 GBSES, de 02 de fevereiro de 2022, aprovou a sistemática de monitoramento, controle e avaliação da aplicação da receita advinda da arrecadação do FEEF/MT em investimentos e em despesas de custeio complementar da tabela SUS, em âmbito hospitalar e ambulatorial, nas instituições beneficiárias e nas ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde Mato Grosso (RAS/MT).

O monitoramento, controle e avaliação da aplicação dos recursos advindos do FEEF/MT e transferidos aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios com sede das instituições beneficiárias, dar-se-á por meio da apuração dos resultados alcançados por cada instituição, considerando o perfil da instituição e/ou sua vocação correspondente na Rede de Atenção à Saúde Mato Grosso (RAS/MT), mensurado por indicadores, conforme anexo da referida Portaria.

Com base na Portaria 040/2022, a Portaria Nº 041 – GBSES, de 3 de fevereiro de 2022 e a Portaria 056/2022, de 8 de fevereiro de 2022 ordenaram repasses financeiros das receitas advindas da arrecadação do Fundo Estadual de Equilíbrio Fiscal de Mato Grosso - FEEF/MT para despesas de custeio para complementação da Tabela SUS, na forma indicada no inciso “I”, do Art. 10, da Lei nº. 10.709/2018, cuja distribuição de percentual obedece o Art. 1º. da Lei nº. 11.564/2021, referente ao período de julho /2021 a dezembro/2021, aos municípios de Cuiabá, Rondonópolis, Poconé, Poxoréu, Lucas do Rio Verde, Ponte de Lacerda e Vila Bela da Santíssima Trindade, bem como para Cáceres e Sinop, respectivamente, conforme planilha Anexo Único das referidas Portarias.

8.3.3.10 – Cirurgias Cardíacas com Toracotomia

Considerando a Portaria 1.169/GM/MS, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular;

Considerando as disposições da Portaria SAS/MS n.º 210, de 15 de junho de 2004, que estabelece regulamentos para credenciamento de Unidade de Assistência em Alta complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular,

A Portaria Nº 041/2018/GBSES, de 5 de março de 2018, instituiu critérios de financiamento estadual para custeio mensal de cirurgias cardíacas por Toracotomia e procedimentos de Angioplastia Coronariana com Stent Farmacológico, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Conforme a referida Portaria:

A Secretaria de Estado de Saúde repassará recurso financeiro do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde de Cuiabá-MT e ao Fundo Municipal de Saúde de Rondonópolis-MT, conforme a seguir:

- I – repasse mensal de recurso para o custeio de Cirurgias Cardíacas com Toracotomia a ser realizado pelos Serviços de Saúde habilitados em cirurgias cardiovasculares de alta complexidade, sendo fixado o valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), por cirurgia de toracotomia, repassados pós-produção;

II - repasse, mensal de recurso para o custeio de procedimentos de Angioplastia Coronariana com Stent Farmacológico, a ser realizado pelos Serviços de Saúde habilitados em procedimentos cardiovasculares de alta complexidade, no valor de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais), por Stent Coronário Farmacológico, repassado pós-produção.

Critérios para recebimento dos recursos:

Para que o município seja contemplado nesta modalidade de financiamento é necessário:

- I. Possuir em seu território estabelecimentos hospitalares habilitados como Unidade de Assistência em Alta complexidade Cardiovascular ou Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular;
- II. Contratualizar e executar 100% (cem por cento) das metas físicas previstas na habilitação de cada estabelecimento, conforme Portaria Ministerial;
- III. Regular e autorizar 100% (cem por cento) via Sistema de Regulação - SISREG, os procedimentos de cirurgia cardiovascular de alta complexidade;
- IV. Garantir que as unidades atendam as normas estabelecidas nas Portarias Ministeriais para habilitação das Unidades e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, devendo possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças do sistema cardiovascular;
- V. Garantir que as unidades tenham continuidade de atendimento aos pacientes dentro da Unidade até a sua alta hospitalar: apoio diagnóstico, avaliação de especialidades quando necessários, leitos de retaguarda e transporte inter-hospitalar adequado;
- VI. Garantir a disponibilização de informações e amplo acesso às documentações referentes aos atendimentos quando solicitadas pelos entes federativos.

Responsabilidades dos municípios:

- I - estabelecer a relação contratual com o prestador sob sua Gestão e estabelecerá critérios de avaliação, controle e monitoramento.
- II - instruir, mensalmente, o processo correspondente ao repasse financeiro, contendo os relatórios gerenciais de produção e relação nominal dos pacientes atendidos com cópia do relatório do SISREG (espelho).

O Escritório Regional de Saúde procederá com a análise documental e parecer, e posterior envio ao nível central da Secretaria de Estado de Saúde para prosseguir com os trâmites para pagamento.

A Secretaria de Estado de Saúde e ao Município formalizarão o Termo de Compromisso com pactuação de metas dos procedimentos previstos para custeio, nos termos do anexo único da Portaria 041/2018/GBSES, de 05/03/2018, formas de controle e avaliação, supervisão médica e auditoria do desempenho das atividades, bem como a correta aplicação dos recursos.

A transferência de recursos será suspensa nos casos em que houver irregularidades na prestação de serviços e o não cumprimento do acordado no Termo de Compromisso celebrado entre Estado e Município.

8.3.3.11 – Cirurgias Cardíacas Pediátricas

A Portaria 150/2020 – GBSES, de 9 de março de 2022 atualizou os critérios para transferência de recursos financeira em apoio ao custeio mensal de Cirurgias Cardíaca Pediátricas, estabelecidos pela Portaria 143/2018- GBSES.

Conforme o artigo 3º da referida Portaria, para que o município seja contemplado, deverá atender os seguintes critérios:

- I. Possuir em seu território estabelecimento hospitalar habilitado como Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular Pediátrica;
- II. Contratualizar com cada unidade hospitalar as metas físicas previstas na habilitação de Alta Complexidade Cardiovascular Pediátrica, conforme Portaria Ministerial, incluindo cláusula específica para execução de 100% (cem por cento) das metas;
- III. Regular, via Sistema de Regulação - SISREGIII, 100% (cem por cento) dos procedimentos de cirurgia cardiovascular pediátrica de Média e Alta Complexidade;
- IV. Garantir que as unidades hospitalares atendam as normas estabelecidas nas Portarias do Ministério da Saúde para habilitação das Unidades e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular Pediátrica, devendo possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de Assistência Especializada aos Portadores de Doenças do Sistema Cardiovascular;
- V. As unidades hospitalares deverão registrar mensalmente os procedimentos ambulatoriais e hospitalares nos sistemas oficiais do Ministério da Saúde (Sistema de Informação Ambulatorial-SIA e Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado-SIHD)
- VI. Garantir que os pacientes tenham continuidade de atendimento dentro da Unidade de Saúde até a sua alta hospitalar: serviço de apoio diagnóstico, avaliação de especialidades quando necessários, leitos de retaguarda e transporte inter-hospitalar adequado;
- VII. Garantir a disponibilização de informações e amplo acesso à documentação referente aos atendimentos quando solicitadas pelos entes federativos.
- VIII. Estabelecer relação contratual com o prestador sob sua gestão, o qual deverá dispor de critérios de avaliação, controle e monitoramento

Os recursos financeiros para apoio ao custeio mensal de Cirurgias Cardíacas Pediátricas estão discriminados na tabela constante da Portaria 150/2022, sendo fixado o valor de R\$ 19.500,00 (dezenove mil e quinhentos reais) por procedimento, repassado pós-produção, sendo que no valor fixado já estão inclusos os exames complementares não contemplados no procedimento, parecer de especialidades não contemplados, alimentação parenteral, caso de internações mais longas (baixo peso), risco de complicações, equipe de UTI Neo e pediatras permanentes, medicação de alto custo. (art. 4º da Portaria 150/2022-GBSES).

Para o repasse inanceiro, o município instruirá o processo mensalmente contendo os relatórios gerenciais de produção emitidos pelos sistemas oficiais do Ministério da Saúde e a relação nominal dos pacientes atendidos com espelho de regulação do SISREGIII e espelho da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O Escritório Regional de Saúde da área de abrangência do município procederá com a análise documental, emissão de relatório técnico e posterior envio ao Nível Central da SES-MT para prosseguir com os trâmites para pagamento. (art. 5º da Portaria 150/2022-GBSES).

8.3.3.12 – Outros Cofinanciamentos Estaduais

A Secretaria de Estado de Saúde com o objetivo de melhorar o acesso para atendimento ao usuário do SUS no território do Estado de Mato Grosso e visando promover a descentralização dos serviços e das ações de saúde, bem como a obrigação de prestar apoio técnico e financeiros aos municípios, realiza outros repasses financeiros pontuais e excepcionais de custeio e investimentos para os municípios por meio de transferências do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, conforme pactuação nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Exemplo:

- Recursos para a descentralização da Vigilância Sanitária;
- Recursos para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares eletivos de média e alta complexidade do Programa Mais MT Cirurgias 2021 (Cirurgias Eletivas);
- Cofinanciamento estadual, em caráter excepcional, para custeio de Leitos Clínicos para atendimento exclusivo aos pacientes em tratamento da COVID 19;
- Recursos de custeio e investimentos para as Unidades Descentralizadas de Reabilitação - UDRs;
- Cofinanciamento estadual, em caráter excepcional de custeio e investimentos para manutenção e qualificação dos serviços de atenção básica e/ou média e alta complexidade;
- Reestruturação e ampliação de serviços de Média e Alta Complexidade de Hospitais municipais;
- Cofinanciamento estadual para custeio mensal de leitos em Unidade de Terapia Intensiva - UTI - Adulto, temporariamente habilitada junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento exclusivo de pacientes acometidos pela COVID-19;
- Cofinanciamento estadual excepcional de investimento em transporte sanitário destinado ao deslocamento de usuários para realização de procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS.

9 - EMENDAS PARLAMENTARES

9.1 - Emendas Parlamentares Federais

A Portaria GM/MS nº 684, de 30 de março de 2022, “dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SU), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2022;

Regem também sobre aplicação de recursos de Emenda Parlamentar a Cartilha de Emendas Parlamentares PL2022 e a Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017 atualizada.

A Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015 tornou obrigatória a execução orçamentária e financeira das emendas individuais inseridas pelos parlamentares na LOA.

Pelo menos, metade do valor das Emendas Parlamentares deverá ser destinada pelos parlamentares às Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS (art. 166, § 9º da Constituição Federal)), inclusive custeio, sendo vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais (art. 166, § 10 da Constituição Federal).

Existem quatro tipos de Emendas Parlamentares:

Emenda Individual

São de autoria de cada senador ou deputado.

Emenda de Comissão Técnicas da Câmara e do Senado.

São Emendas coletivas, propostas pelas Mesas Diretoras das duas Casas.

Devem estar acompanhadas da ata da reunião que decidiu pela sua apresentação.

Devem ter caráter institucional e devem representar interesse nacional.

Devem identificar o objeto com precisão; e

Não podem destinar recursos para entidades privadas, salvo se a programação estiver contemplada no projeto.

Emendas da Relatoria

São feitas pelo deputado ou senador que, naquele determinado ano, foi escolhido para produzir o parecer final sobre o Orçamento – o chamado relatório geral.

Tem também as emendas dos relatores setoriais, destacados para dar parecer sobre assuntos específicos divididos em dez áreas temáticas do orçamento.

Todas as emendas são submetidas à votação da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização.

Emenda de Bancada

São emendas coletivas, de autoria das bancadas estaduais ou regionais.

Conforme regulamento vigente, as Bancadas Estaduais no Congresso Nacional poderão apresentar emendas ao projeto, relativas a matérias de interesse de cada Estado ou Distrito Federal e devem estar acompanhadas da ata da reunião que decidiu pela sua apresentação; Deve representar o interesse estadual ou do Distrito Federal;

Necessário identificar o objeto com precisão, sendo vedada a designação genérica de programação que possa contemplar obras distintas ou resultar em transferências voluntárias para mais de um ente federativo ou entidade privada.

No caso de projeto, devem contemplar, a projeto de grande vulto, conforme definido na lei do plano plurianual ou projeto estruturante, nos termos do Parecer Preliminar, especificando-se o seu objeto e a sua localização.

No caso de atividades ou operações especiais, restringir-se às modalidades de aplicação 30 (trinta - governo estadual) e 90 (noventa - aplicação direta).

A justificação deve conter elementos necessários para avaliar o custo-benefício da ação pretendida e seus aspectos econômico-sociais; o valor estimado, a execução orçamentária e física acumulada e o cronograma da execução a realizar, em caso de projeto e as fontes de financiamento e eventuais contrapartidas.

As emendas de bancada são voltadas aos Estados ou Distrito Federal.

Emendas Individuais

- A Emenda Constitucional nº 86/2015, de 17/03/2015, tornou obrigatória a execução orçamentária e financeira das emendas individuais inseridas pelos parlamentares na Lei Orçamentária Anual, aprovada a cada ano, que rege o Orçamento Federal.

Pelo menos, metade do valor das Emendas Parlamentares deverá ser destinada pelos parlamentares às Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS (art. 166, § 9º), inclusive custeio, sendo *vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais* (art. 166, § 10 da Constituição Federal).

Portanto, além da destinação para investimentos, as emendas individuais também poderão estar alocadas para incrementar, em caráter temporário, o Piso de Atenção Básica e os procedimentos do Teto da Média e Alta Complexidade desde que sejam obedecidos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Também, conforme o artigo 166, § 14 da Constituição Federal, a União não executará as emendas impositivas nos casos de impedimentos de ordem técnica.

Visando regulamentar estes dispositivos constitucionais, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 684, de 30 de março de 2022, que trata da aplicação de recursos oriundos de Emenda Parlamentar.

Destinação dos Recursos:

O parágrafo único do artigo 1º dispõe sobre as destinações dos recursos oriundos de emendas parlamentares, conforme a seguir:

- I - incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção primária à saúde e de Atenção Especializada à Saúde, para cumprimento de metas;
- II - financiamento do transporte de pacientes no âmbito do SAMU 192 e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- III - financiamento do transporte sanitário eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realização de procedimentos de caráter eletivo;
- IV - financiamento de ações voltadas para a melhoria da qualidade do Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados - SINASAN no âmbito do SUS;
- V - financiamento da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, destinada às ações de vigilância laboratorial;
- VI - financiamento das Unidades de Vigilância de Zoonoses - UVZI;
- VII - financiamento para coleiras impregnadas com inseticida para o uso em cães, visando à prevenção e ao controle da leishmaniose visceral;
- VIII - financiamento para as unidades de vigilância de arboviroses no âmbito do SUS;
- IX - financiamento de ações voltadas para manutenção e fomento de estudos, pesquisas e capacitações no âmbito da vigilância em saúde;
- X - financiamento dos programas estaduais, distritais e municipais de vigilância, prevenção, controle e eliminação da malária no âmbito do SUS;
- XI - financiamento para o fortalecimento dos serviços estaduais, distritais e municipais de vigilância epidemiológica de covid-19, influenza e outros vírus respiratórios;
- XII - financiamento de ações de coordenação, implementação e acompanhamento de políticas de vigilância em saúde ambiental, saúde do trabalhador e emergências em saúde pública; e
- XIII - financiamento de ações voltadas para a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Execução dos Recursos

A execução dos recursos de emenda parlamentar deverá observar a legislação sobre execução orçamentária e financeira, devendo ser observados:

- I - o disposto no art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017;
- II - a vedação à aplicação de recursos oriundos de emendas individuais no pagamento de despesas com pessoal e encargos sociais relativas a ativos e inativos, com pensionistas e com encargos referentes ao serviço da dívida; e
- III - os requisitos e limites estabelecidos que, uma vez não atendidos, configurarão impedimentos de ordem técnica à obrigatoriedade da execução orçamentária e financeira das emendas parlamentares.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde e a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde disponibilizarão, no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, os valores máximos que poderão ser adicionados temporariamente, conforme a seguir:

- I - ao Piso da Atenção Primária à Saúde de cada Município e Distrito Federal, considerando o âmbito de financiamento do Previde Brasil:
 - a) Agentes Comunitários de Saúde;
 - b) incentivo financeiro da APS - Capacitação Ponderada;
 - c) incentivo financeiro da APS - Desempenho;
 - d) incentivo para Ações Estratégicas;
 - e) programa de Informatização da APS; e

II - aos recursos da Média e Alta Complexidade, devendo ser considerado:

- a) o conjunto da produção por unidades públicas, cadastradas no Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, limitado em até 100% (cem por cento) da produção total aprovada na média e alta complexidade dessas unidades no exercício de 2021, segundo os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH) que compõem a base nacional de informações do SUS; e
- b) o conjunto da produção por estabelecimentos de saúde, no caso de entidades privadas sem fins lucrativos, cadastradas no SCNES, limitado em até 100% (cem por cento) da produção aprovada na média e alta complexidade da unidade no exercício de 2021, segundo sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH) que compõem a base nacional de informações do SUS.

Procedimentos para a Transferência dos Recursos

- I - o gestor do fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município acessará o Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas do Fundo Nacional de Saúde, disponível no portalfns.gov.br, e indicará como objeto o incremento temporário do Piso de Atenção Primária à Saúde ou da Média e Alta Complexidade; e
- II - caso o gestor do fundo de saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município tenha indicado como objeto o incremento temporário da Média e Alta Complexidade, deverá informar o número do CNES:
 - a) dos estabelecimentos de saúde, quando os recursos forem destinados a entidades privadas sem fins lucrativos; ou
 - b) da Secretaria de Saúde municipal ou estadual, quando os recursos forem destinados ao conjunto das unidades públicas sob gestão do ente federativo.

Na hipótese de o gestor do fundo de saúde não realizar a indicação, o saldo de recursos será devolvido ao parlamentar autor da emenda para nova indicação.

Aplicação dos Recursos

I - Incremento Temporário do Piso da Atenção Primária em Saúde – APS

As emendas parlamentares individuais para o incremento temporário do Piso da APS serão aplicadas na manutenção de unidades de atenção básica à saúde, para desenvolvimento de ações e serviços relacionados à atenção primária, e, especialmente, nas ações que contribuam para o alcance de desempenho dos indicadores do Previnir Brasil, a exemplo de iniciativas como a contratação de serviços para informatização, e que custeiem a estrutura necessária para o alcance dos indicadores de desempenho.

Os municípios, quando participantes de Consórcio Público Municipal de Saúde, poderão destinar os recursos oriundos de emenda parlamentar de incremento Piso da Atenção Primária à Saúde – APS para a remuneração de produção de serviços vinculados ao respectivo consórcio. Nesse caso, a produção refere-se exclusivamente aos serviços executados para a APS. Por exemplo: contratação de serviços para informatização; contratação de serviços de manutenção de equipamentos de informática da atenção básica, etc.

II - Incremento Temporário da Média e Alta Complexidade – MAC

Os recursos do incremento temporário da Média e Alta Complexidade destinam-se:

- I - à manutenção de unidades públicas sob gestão dos Estados, Distrito Federal e Município;
- II - à manutenção de unidades de propriedade ou gerenciadas por entidades privadas sem fins lucrativos contratadas, conveniadas ou com instrumento congênere firmado com o ente beneficiado.

Os recursos de que trata o inciso I serão aplicados na manutenção das unidades públicas sob gestão do ente federativo, devendo ser dirigidos à ampliação da oferta e/ou qualificação dos serviços disponibilizados pelas unidades próprias em ações e serviços relativos à atenção em média e alta complexidade.

Para a transferência dos recursos previstos no inciso II, o gestor local do SUS deverá observar a necessidade de contrato, convênio ou instrumento congênere com o ente federativo, nos termos do parágrafo único do art. 24 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cujo valor englobe a totalidade dos recursos a serem repassados para o desenvolvimento de ações e serviços relativos à atenção de média e alta complexidade para cumprimento de metas.

“Art. 24 da Lei 8080/1990. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. ”

“Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. ”

Os Municípios quando participantes de Consórcio Público Municipal de Saúde poderão destinar os recursos oriundos de emenda parlamentar de incremento MAC para a remuneração de produção de serviços vinculados ao respectivo consórcio.

Os planos de trabalho relacionados à execução dos recursos de incremento MAC, tanto para manutenção de unidades próprias do ente como de unidades de propriedade ou gerenciadas por entidades privadas sem fins lucrativos contratadas, conveniadas ou com instrumento congênere firmado com o ente beneficiado, deverão ser publicados nos sítios oficiais dos entes.

Os contratos, convênios ou instrumentos congêneres, ou os aditivos aos instrumentos já existentes, deverão considerar o caráter temporário dos recursos financeiros a serem transferidos, para o estabelecimento de compromissos e metas que não ocasionem ampliação permanente dos recursos repassados à entidade privada sem fins lucrativos contratada.

As metas a serem definidas poderão ser quantitativas ou qualitativas, devendo ser justificada a escolha da entidade privada sem fins lucrativos, quando houver mais de uma entidade contratualizadas com o ente.

Metas quantitativas - poderão englobar, dentre outros, o excedente de produção previamente autorizado e o atendimento às necessidades pontuais como a redução da fila da regulação, devendo estar de acordo com o Plano Municipal de Saúde e com a Programação Anual de Saúde.

Metas qualitativas - poderão considerar, dentre outros, o aperfeiçoamento de práticas e condições de funcionamento das unidades, como implantação de protocolos, adoção de políticas de humanização e de adequação da ambiência e o tempo médio de realização de procedimentos.

É fundamental que se planeje, organize e pactue com os prestadores as metas a serem alcançadas com a Contratualização, a fim de evitar problemas legais para as transferências dos recursos.

A não observância dos requisitos e limites previstos para execução dos recursos da MAC configurará impedimento de ordem técnica à obrigatoriedade da execução orçamentária e financeira da emenda parlamentar.

Despesas com Incrementos Temporários da APS e MAC

As despesas referem-se a recursos de custeio em que na aplicação deve-se observar o que dispõe as seguintes legislações:

- I - Portaria MS/GM nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 que “Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde”;

- II - Portaria GM/MS 828, de 16 de março de 2020 que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 para dispor sobre os Grupos de Identificação das Transferências Federais e recursos da saúde;
- III - Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de janeiro de 20125 que “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 nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências”;
- IV - Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 20176 que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”;
- V - Legislações que dispõem sobre a execução orçamentária e financeira dos recursos da saúde.

De acordo com as normas legais acima citadas, em consonância com a definição do que seja “despesas de custeio” – que são as despesas de manutenção das atividades dos órgãos da administração pública, e no caso da saúde, manutenção das ações e serviços públicos de saúde, a Gestão de Saúde Municipal poderá, custear com recursos do Incremento Temporário do Piso da Atenção Primária - PAP e Teto da Média e Alta Complexidade – MAC:

Principais Gastos:

I - Material de consumo para as Unidades, como:

- a) materiais de enfermagem, materiais de expediente, material de cama/mesa/banho, material de limpeza, material de copa e cozinha, material elétrico e eletrônico
- b) material de proteção e segurança;
- c) equipamento de proteção individual (EPI);
- d) material laboratorial;
- e) combustível para veículos utilizados para a atenção básica ou MAC;
- f) peças para veículos utilizados pela atenção básica à saúde ou MAC;
- g) material de Informática para atender demandas dos serviços da atenção básica ou MAC;
- h) materiais destinados à conservação de bens móveis, exclusivo da atenção básica ou MAC;
- i) materiais para conservação de bens imóveis, onde funciona Unidade da atenção básica ou MAC;
- j) outros materiais de consumo.

II - Serviços de Terceiros para as Unidades, como:

- a) manutenção de veículos utilizados pela atenção básica em saúde ou MAC;
- b) adequações de espaços das Unidades Básicas de Saúde como confecção de placas de identificações, totens, pinturas de unidades básicas de saúde ou MAC;
- c) manutenções realizadas por terceiros, de qualquer natureza, desde que seja realizada no âmbito das unidades básicas de saúde ou MAC;
- d) pagamentos de água, luz, telefone, internet, realizados no âmbito das Unidades Básicas de Saúde ou MAC;
- e) serviços gráficos / impressão de material de utilização nas Unidades Básicas de Saúde ou MAC;
- f) gastos com serviços de conservação, pequenas reforma e adaptação de bens imóveis, dentre outros, relacionados as Unidades Básica de Saúde ou Estabelecimentos da Atenção Especializada (MAC). (Aqui se fala de pequenas obras de manutenção, como reparo da rede elétrica e/ou hidráulica; reparos em portas e janelas – podendo haver a

substituição destas, pintura parcial ou total, troca de piso parcial ou total, reparo em telhado, e coisa do gênero);

- g) contratação de serviços para informatização para atenção básica;
- h) contratação de serviços de manutenção de equipamentos de informática da atenção básica;
- i) Pagamento de treinamento de pessoal lotado nas unidades básicas de saúde ou MAC;
- j) Outros serviços de terceiros.

Os recursos destinados ao Incremento Temporário da MAC podem ser utilizados na mesma forma que os recursos do Incremento Temporário PAB, mas destina-se, especificamente, para as Unidades Especializadas próprias Ambulatoriais e Hospitalares e Unidades Auxiliares de Diagnósticos próprias.

Conforme a Portaria 3.771, de 21/12/2021, a emenda parlamentar que financiar a aquisição de veículo deverá ser realizada:

- I - na ação orçamentária 8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial; ou
- II - na ação orçamentária 8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde, quando referente ao SAMU 192 ou ao transporte sanitário adaptado no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Grupo de Natureza de Despesa - GND 4.

É vedada a destinação de recursos de emendas parlamentares individuais para pagamento de pessoal ou encargos sociais (art. 166, § 10 da Constituição Federal). Portanto, os recursos de Emendas Parlamentares Individuais NÃO podem pagar despesas de pessoal e encargos sociais relativas a ativos e inativos, com pensionistas e com encargos referentes ao serviço da dívida.

A prestação de contas dos recursos transferidos fundo a fundo, por meio das emendas parlamentares é realizada no Relatório Anual de Gestão - RAG, conforme dispõe a Portaria de Consolidação MS/GM nº 6/2017.

9.2 – Emendas Parlamentares Estaduais

Aplicação de Recursos de incremento temporário ao custeio dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Atenção Especializada à Saúde (MAC), referente a Emendas Parlamentares Individuais do Estado de Mato Grosso.

A Portaria Nº 155/2022-GBSES, de 10 de março de 2022, instituiu a modalidade de transferência de recursos Fundo a Fundo para as despesas com ações e serviços públicos de saúde advindos de Emendas Parlamentares do Legislativo Estadual, referente ao exercício orçamentário e financeiro de 2022.

Repasses de Recursos

Os repasses de recursos aos Fundos Municipais de Saúde contemplados serão efetuados de acordo com a programação específica disponibilizada no Sistema de Planejamento, Contabilidade e Finanças do Estado de Mato Grosso – FIPLAN.

Habilitação para Recebimento de Emendas

A habilitação dos municípios ao recebimento dos recursos oriundos das Emendas Parlamentares se dará mediante formalização de Termo de Compromisso, o qual conterá, dentre outras e no mínimo:

- a) o objeto;
- b) montante e fonte dos recursos destinados;
- c) a fiscalização e prestação de contas;
- d) das obrigações do município e da Secretaria de Estado de Saúde;
- e) a vigência e (im) possibilidade de prorrogação do prazo para aplicação do recurso e demais que se façam pertinentes.

O Eventual descumprimento do pactuado no Termo de Compromisso, poderá acarretar na suspensão dos repasses, caso não seja realizado em parcela única, ou devolução dos recursos recebidos.

Vedação

É vedada a aplicação de recursos de custeio para pagamento de pessoal, encargos sociais e/ou qualquer outro objeto alheio à destinação pactuada.

Movimentação dos Recursos

O município deverá fazer a abertura de uma conta bancária específica para as Emendas Parlamentares e, após o recebimento dos recursos, deverá aplicar em fundos de aplicação, conforme normas do Banco Central, para que os rendimentos oriundos sejam utilizados no objeto pactuado na referida Emenda Parlamentar.

Execução dos Recursos

O município deverá executar o recurso financeiro em até 01 (um) ano após o recebimento do repasse.

Caso seja necessário e desde que haja disponibilidade orçamentária para tal, poderá haver complementação financeira do município para realização do objeto comprometido.

O município deverá apresentar, à Secretaria de Estado de Saúde, relatório resumido da execução da ação, anexando registros fotográficos e documentos fiscais e bancários para comprovação do cumprimento do objeto comprometido.

Dilação de Prazo

Em caso de não utilização do recurso para a finalidade que se destina dentro do prazo estabelecido, poderá ser requerida dilação de prazo por mais 01 (um) ano, desde que devidamente justificado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), devendo, para tanto, ser prontamente remetido pedido formal e aprovado pelo (CMS) à Secretaria de Estado de Saúde (SES).

Prestação de Contas

O município que receber recursos na forma estabelecida na Portaria 155/2022/GBSES estará sujeito a prestar contas da sua boa e regular aplicação mediante Prestação de Contas sobre a execução da Emenda Parlamentar, cujos critérios serão fixados por meio das cláusulas específicas no Termo de Compromisso firmado com cada municipalidade e seu respectivo objeto, e concomitantemente, deverão ser realizadas pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG).

Quando a prestação de contas não for encaminhada no prazo estabelecido no Termo de Compromisso, a Secretaria de Estado de Saúde estabelecerá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para sua apresentação, ou recolhimento dos recursos, incluídos os rendimentos da aplicação no mercado financeiro, atualizados monetariamente e acrescido de juros de mora, na forma da lei, com base na Portaria Interministerial nº. 507/2011, art. 72 a 76.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei Nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Brasil, Ministério do Orçamento e Gestão. Portaria Nº 42, de 14 de abril de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências.

Brasil, Ministério da Fazenda, Secretaria de Orçamento Federal do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria do Tesouro Nacional-STN. Portaria Nº 163, de 04 de maio de 2001.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Brasil. Lei Federal Nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

Brasil. Portaria 220, de 30 de janeiro de 2007, regulamentou a operacionalização da cessão de crédito, relativo aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade, para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Estaduais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

Brasil. Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso. Resolução de Consulta nº 39/2010. Saúde. Fundo Municipal de Saúde. Natureza Jurídica. CNPJ. Orçamento. Contabilidade. Administração. Gestão. Prestação de Contas.

Brasil. Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Brasil. Presidência da República. Lei Nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 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”, para dispor sobre as comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Lei Complementar nº 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 nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993 e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 53, de 16 de janeiro de 2013. Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazo para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Com-

plementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretriz para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.083, de 23 de maio de 2014. Institui o incentivo financeiro de custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, de que trata o art. 24 e parágrafo único da Portaria nº 1.082/GM/MS, de 23 de maio de 2014.

Brasil. Portaria Interministerial Nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

Brasil. Governo do Estado de Mato Grosso. Decreto Nº 456, de 24 de março de 2016. Institui o Sistema de Transferência de Recursos Financeiros Fundo a Fundo com o objetivo de viabilizar o repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 02, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017. Título V, Capítulo I, Das Diretrizes do Processo de Planejamento no âmbito do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3.992, de 28 de dezembro de 2017 – altera a portaria de Consolidação nº 6/2017 para dispo sobre o financiamento e transferências de recursos federais para ações e serviços públicos de saúde do SUS

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 18/2018-CSIOPS/DESID/SE/MS. Divulga as Fontes de Recursos utilizadas pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) a partir do Exercício Financeiro de 2018.

Brasil. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 041/2018/GBSES, de 5 de março de 2018. Institui critérios de financiamento estadual para custeio mensal de cirurgias cardíacas por Toracotomia e procedimentos de Angioplastia Coronariana com Stent

Farmacológico, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso

Brasil. Lei Federal Nº 13.708, de 14 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 para instituir o Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), no âmbito do SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.539, de 29 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde – APS âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS. Previne Brasil – Manual Instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde (Portaria 2.979, de 12/11/2019).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Determina os indicadores do pagamento por desempenho previsto na Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, define as ações estratégicas e os indicadores do ano de 2020, e estabelece as ações estratégicas para definição dos indicadores dos anos de 2021 e 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5/GM/MS de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 828, de 17 de abril de 2020. Organizou os Blocos de Financiamento por Grupos para identificação das transferências conforme o nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde.

Brasil. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 278/2020/GBSES, de 6 de agosto de 2020. Estabelecer os Critérios para Normatizar o Monitoramento, Controle e Avaliação da aplicação das receitas advindas da arrecadação do Fundo Estadual de Equilíbrio Fiscal de Mato Grosso - FEEF/MT em despesas de custeio para complementação da Tabela SUS, conforme o Inciso I do Art. 10 da Lei 10.709 de 28 de junho de 2018 alterado pela Lei nº. 11.135 de 15/05/2020, publicada no DOE em 18/05/2020

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAPS/MS Nº 60, 26 de novembro de 2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha SIOPS de Orientações 2020. 1ª edição, 1ª impressão, Brasília-DF 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 163, de 27 de janeiro de 2021. Divulga os montantes de recursos federais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, correspondentes ao cofinanciamento das ações e serviços públicos de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Teto MAC), e altera prazo no processo de remanejamento interestadual.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 166, de 27 de janeiro de 2021. Dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 238, de 8 de fevereiro de 2021. Estabelece os valores do incentivo financeiro com base em critério populacional referente às 4 (quatro) primeiras competências financeiras do ano de 2021, no âmbito do Programa Previnem Brasil, de que trata a Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 247, de 9 de fevereiro de 2021. Alterou a Portaria 166, de 27 de janeiro de 2021, sobre o cálculo do incentivo de capitação ponderada em 2021, estabelecendo que o cálculo possa ultrapassar a população definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE quando o município possuir quantitativo de pessoas cadastradas superior à população total definida pelo IBGE.

Brasil. Manual de Contabilidade Aplicada do Setor Público (MCASP) – 8ª Edição – Classificação Orçamentária por Fonte/Destinação Orçamentária de recursos. Portaria Conjunta STN/SOF/ME Nº 21, de 23 de fevereiro de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de Consolidação CIT Nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções CIT do Sistema Único de Saúde – SUS.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 985, de 17 de maio de 2021. Prorroga o prazo dos incisos I e III do art. 2º da Portaria GM/MS nº 166, de 27 de janeiro de 2021, que dispõe, excepcionalmente, sobre a transferência dos incentivos financeiros federais de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Programa Previne Brasil, para o ano de 2021. Até a competência financeira agosto de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAPS/MS Nº 32, de 19 de maio de 2021. Altera a Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020, que define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio, e o seu Anexo I.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.255, de 18 de junho de 2021. Diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua, alterando a Portaria de Consolidação Nº 2, de 28/09/2017, Anexo XVI – Regulamenta a Política Nacional para a População em situação de Rua.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 2 de julho de 2021. Consolida as Normas da Atenção Primária à Saúde – APS. Regulamenta a Política Nacional da APS.

Brasil. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. CIB/MT. Resolução CIB Nº 265, de 10 de dezembro de 2021. Dispõe sobre o cofinanciamento estadual para as Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h no Estado de Mato Grosso

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 26, de 7 de janeiro de 2022. Estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil, e o valor do incentivo financeiro.

Brasil. Portaria GM/MS Nº 28, de 7 de janeiro de 2022. Divulga os montantes anuais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao cofinanciamento das ações e serviços públicos de saúde no grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Teto MAC).

Brasil. Portaria GM/MS Nº 33, de 10 de janeiro de 2022. Atualiza, para o ano de 2022, os valores dos repasses de recursos financeiros federais referente ao Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PF Visa), do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde para os estados, o Distrito Federal e municípios, destinados à execução das ações de vigilância sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o Art. 463, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Brasil. Portaria GM/MS Nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 3/2022-DESF/SAPS/MS 1. Indicador de Paga-

mento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, publicada no diário oficial da união em 21 de janeiro de 2022 na edição nº 15, seção nº 1, página: 197 que alterou a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

Brasil. Portaria GM/MS Nº 124, de 24 de janeiro de 2022. Divulga os montantes anuais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios relativos ao Incentivo de Custeio às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST/Aids e Hepatites Virais do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, Nº 125, de 24 de janeiro de 2022. Divulga os montantes anuais alocados aos Municípios e Distrito Federal relativos à Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e ao Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACE (IF) no Grupo de Vigilância em Saúde do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 128, de 24 de janeiro de 2022. Divulga os montantes anuais alocados aos Estados, Distrito Federal e Municípios relativos ao Piso Fixo de Vigilância em Saúde e ao incentivo aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública no Grupo de Vigilância em Saúde do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 160, de 27 de janeiro de 2022(republicação). Concede reajuste nos valores dos procedimentos de Diária de Unidade de Terapia Intensiva.

Brasil. Portaria GM/MS Nº 232, de 7 de fevereiro de 2022. Aprova os novos valores da transferência fundo a fundo do Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, do Grupo de Vigilância em Saúde e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 261, de 8 de fevereiro de 2022. Divulga os montantes anuais de referência destinados ao cofinanciamento federal de recursos do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde no Grupo de Atenção Primária a serem repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no ano de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 330, de 15 de fevereiro de 2022(republicação). Divulga, de forma detalhada, os repasses de recursos federais aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, referente ao exercício de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SPO Nº 1, 25 de janeiro de 2022. Divulga a relação das programações orçamentárias oneradas por transferências de recursos, na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, bem como a vinculação desses programas de trabalho com os blocos de financiamento de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Brasil. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 026/2022/GBSES, de 18 de janeiro 2022. Prorroga a vigência da Portaria Nº 017/GBSES/MT/2018, de 01 de fevereiro de 2018, que aprovou o “Plano Estratégico de Enfrentamento da Hanseníase em Mato Grosso”, até 31 de dezembro de 2022.

Brasil. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria N.º 027/2022/GBSES, de 18 de janeiro de 2022. Prorroga a vigência da Portaria Nº 048/2018/GBSES/MT, publicada no D.O.E Nº 27.228 em 26 de março de 2018, “que institui valores de Cofinanciamento Estadual não obrigatório para apoio ao custeio mensal das Ações e Serviços de Saúde de Atenção Hospitalar de Referência/MAC, com o objetivo de melhorar o acesso dos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS do Estado de Mato Grosso, até 31 de dezembro de 2022.

Brasil. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 040/2022/GBSES, de 2 de fevereiro de 2022. Aprova a sistemática de monitoramento, controle e avaliação da aplicação das receitas advindas da arrecadação do FEE/MT aplicado na Rede de Atenção à Saúde – RAS.

Brasil. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 063/2022/GBSES, de 9 de fevereiro de 2022. Altera os critérios estabelecidos na Portaria nº 020/2018/GBSES para transferência de recursos financeiros em apoio ao custeio mensal de leitos em Unidade de Terapia Intensiva/UTI (Adulto, Pediátrica, Neonatal, Unidade Coronariana-UCO, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal - UCINCO e UCINCA), credenciada/habilitada ou em processo de credenciamento/habilitação junto ao Sistema Único de Saúde, no território do Estado de Mato Grosso.

Brasil. Estado de Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde. CIB/MT. Resolução Nº 034, de 10 de fevereiro de 2022. Dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, como parte da Política Estadual de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Brasil. Estado de Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde. CIB/MT. Resolução Nº 50, de 10 de fevereiro de 2022. Dispõe sobre a prorrogação de vigência da Resolução CIB/MT Nº 102 de 11 de junho de 2021 que retifica a Resolução CIB/MT Nº 070 de 07 de maio de 2021, referente Cofinanciamento Estadual em caráter Temporário e Emergencial para o Fundo Municipal de Arapólis para o período de até 31 de dezembro de 2022.

Brasil. Estado de Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 117/2022/GBSES, de 21 de fevereiro de 2022. Aprova a planilha de pagamento do Programa de Incentivo a Assistência Farmacêutica na atenção básica e do Programa Diabetes Mellitus, conforme ANEXO I, referente à competência de janeiro/ 2022 A JUNHO/2022, bem como autorizar a aplicação dos valores nela indicados, para os efeitos financeiros a que se destinam.

11. GLOSÁRIO

- ACE – Agente de Combate às Endemias
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
- ANS – Agência Nacional de Saúde
- Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- AT – Agência Transfusional
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAU – Conselho de Arquitetura e Urbanismo
- CBO – Código Brasileiro de Ocupação
- CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
- CERESTs – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
- CGR – Colegiado de Gestores Regionais
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CIR – Colegiado Intergestores Regionais
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
- CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
- CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
- CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Operativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso
CREA – Conselho Regional de Engenharia e Agronomia
DAB – Departamento de Atenção Básica
DST – Doença Sexualmente Transmissível
e -SUS AB - Novo Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica
DigiSUS - plataforma móvel de serviços digitais oficial do Ministério da Saúde.
EAB – Equipe de Atenção Básica
EPI - Equipamento de Proteção Individual
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
FES – Fundo Estadual de Saúde
FGAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensações
FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em
FINLACEN – Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica
IAPI - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV – Índice de Condições de Vida
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INTEGRASUS - Incentivo de Integração do SUS
LC – Lei Complementar
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC - Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
MT – Mato Grosso
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB – Piso de Atenção Básica
PACIS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde
PACS – Programa de Agente Comunitário de Família
PAS – Programação Anual de Saúde
PAVS – Programação das Ações da Vigilância em Saúde
PCDT – Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas
PEAPS – Piso Estadual da atenção Primária à Saúde
PFVISA – Piso Fixo da Vigilância Sanitária
PFVS – Piso Fixo da Vigilância em Saúde

PGASS – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMRm – Limite Mínimo de Repasse Municipal
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAB – Programa Nacional de Atenção Básica
PPA – Plano Plurianual
PRONASCI – Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PS – Plano de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
PVVISA – Piso Variável da Vigilância Sanitária
PVVS – Piso Variável da Vigilância em Saúde
QUALIFA-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAG – Relatório Anual de Gestão
RELSP – Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RENEM – Rede Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes
RNLSP – Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
RREO – Relatório Resumido da Execução Orçamentária
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU
Saúde – FIDEPS
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAM – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde
SI-PNI – Programa Nacional de Imunização
SISAB – Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica
SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
STN/MF – Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS/MS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCE/MT – Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCT – Unidade de Coleta Transfusional
UDR – Unidade Descentralizada de Reabilitação
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
VISA – Vigilância Sanitária

12 – ANEXOS

Anexo I - PORTARIA Nº 448, DE 13 DE SETEMBRO DE 2002 - MF/STN

Divulga o detalhamento das naturezas de despesas 339030, 339036, 339039 e 449052.

O SECRETÁRIO DO TESOUREIRO NACIONAL, no exercício das atribuições que lhe foram conferidas pela Portaria MF/GM nº 71, de 08 de abril de 1996, e;

Considerando o disposto no parágrafo 2º, do artigo 50 da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, que atribui encargos ao órgão central de contabilidade da União;

Considerando o contido no inciso I do artigo 4º do Decreto nº 3.589, de 06/09/2000, que confere à Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda – STN/MF a condição de órgão central do Sistema de Contabilidade Federal;

Considerando as competências do órgão central do Sistema de Contabilidade Federal, estabelecidas no artigo 5º do Decreto nº 3.589, de 06/09/2000, complementadas pela atribuição definida no inciso XVI, do artigo 8º do Decreto nº 3.366, de 26/02/2000 e conforme artigo 18 da Lei nº 10.180, de 06 de fevereiro de 2001;

Considerando, ainda, a necessidade de desenvolver mecanismos que assegurem, de forma homogênea, a apropriação contábil de subitens de despesas para todas as esferas de governo, de forma a garantir a consolidação das contas exigida pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

RESOLVE:

Art. 1º - Divulgar o detalhamento das naturezas de despesa, 339030 - Material de Consumo, 339036 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Física, 339039 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica e 449052 - Equipamentos e Material Permanente, de acordo com os anexos I, II, III, IV, respectivamente, para fins de utilização pela União, Estados, DF e Municípios, com o objetivo de auxiliar, em nível de execução, o processo de apropriação contábil da despesa que menciona.

Art. 2º - Para efeito desta Portaria, entende-se como material de consumo e material permanente:

- I - Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei n. 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada à dois anos;
- II - Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Art. 3º - Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente:

- I - Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de dois anos;
- II - Fragilidade, cuja estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiço ou deformável, caracterizando-se pela irreversibilidade e/ou perda de sua identidade;
- III - Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;
- IV - Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal; e
- V - Transformabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

Art. 4º - As unidades da administração indireta, sujeitas à observância da Lei nº 6.404/76, poderão considerar, ainda, o limite para dedução como despesa operacional de bens adquiridos para suas operações, de acordo com a legislação vigente.

Art. 5º - Os componentes relacionados esgotam todos os tipos de bens, materiais ou serviços possíveis de ser adquirido ou contratado pelos órgãos, razão pela qual os executores deverão utilizar o grupo que mais se assemelha às características do item a ser apropriado, quando não expressamente citado. Por outro lado, o fato de um material ou serviço estar exemplificado ementário não significa que não possa ser classificado em outro do mesmo elemento de despesa, desde que possua uma outra aplicação específica.

Art. 6º - A despesa com confecção de material por encomenda só deverá ser classificada como serviços de terceiros se o próprio órgão ou entidade fornecer a matéria-prima. Caso contrário, deverá ser classificada na natureza 449052, em se tratando de confecção de material permanente, ou na natureza 339030, se material de consumo.

Art. 7º - Para a classificação das despesas de pequeno vulto deverá ser utilizada a conta cuja função seja a mais adequada ao bem ou serviço.

Art. 8º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, tendo seus efeitos aplicados a partir de 1º de janeiro de 2003.

EDUARDO REFINETTI GUARDIA

Anexo I – 339030 – Material de Consumo, da Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002.

COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES AUTOMOTIVOS

Registra o valor das despesas com combustíveis para motores a combustão interna de veículos rodoviários, tratores em geral, embarcações diversas e grupos geradores estacionados ou transportáveis e todos os óleos lubrificantes destinados aos sistemas hidráulicos, hidramáticos, de caixa de transmissão de força e graxas grafitadas para altas e baixas temperaturas, tais como: aditivos, álcool hidratado, fluido para amortecedor, fluido para transmissão hidráulica, gasolina, graxas, óleo diesel, óleo para carter, óleo para freio hidráulico e afins.

COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES DE AVIAÇÃO

Registra o valor das despesas com combustíveis e lubrificantes destinados a qualquer tipo de aeronave, tais como: aditivos, gasolina, graxas, óleos e fluidos em geral, querosene e afins.

COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES PARA OUTRAS FINALIDADES

Registra o valor das despesas com combustíveis e lubrificantes para outras finalidades que não se classificam em itens anteriores: carbureto, carvão mineral, carvão vegetal, lenha, querosene comum, combustíveis e lubrificantes de uso ferroviário e afins.

GÁS ENGARRAFADO

Registra o valor das despesas com gases de uso industrial, de tratamento de água, de iluminação, destinados a recarga de extintores de incêndio, de uso médico, bem como os gases nobres para uso em laboratório científico, tais como: acetileno, carbônico freon, hélio, hidrogênio, liquefeito de petróleo, nitrogênio, oxigênio e afins.

EXPLOSIVOS E MUNIÇÕES

Registra o valor das despesas com as cargas de projeção utilizadas em peças de artilharia, mísseis guiados e não guiados cápsulas ou estojos para recarga e explosivos de uso militar e paramilitar; balas e similares, estopim, explosivos, tais como: artefatos explosivos, artigos pirotécnicos, cápsulas de detonação, dinamite, espoleta, fogos de artifício, granada, pólvora e afins.

ALIMENTOS PARA ANIMAIS

Registra o valor das despesas com alimentos destinados a gado bovino, eqüino, muar e bufalino, caprinos, suínos, ovinos, aves de qualquer espécie, como também para animais silvestres

em cativeiro (jardins zoológicos ou laboratórios) e afins, tais como: alfafa, alpiste, capim verde, farelo, farinhas em geral, fubá grosso, milho em grão, ração balanceada, sal mineral, suplementos vitamínicos e afins.

GÊNEROS DE ALIMENTAÇÃO

Registra o valor das despesas com gêneros de alimentação ao natural, beneficiados ou conservados, tais como: açúcar, adoçante, água mineral, bebidas, café, carnes em geral, cereais, chás, condimentos, frutas, gelo, legumes, refrigerantes, sucos, temperos, verduras e afins.

ANIMAIS PARA PESQUISA E ABATE

Registra o valor das despesas com animais para pesquisa e abate. Incluem-se nesta classificação os peixes e mariscos, todas as espécies de mamíferos, abelhas para estudos, pesquisa e produção de mel, bem assim qualquer outro animal destinado a estudo genético ou alimentação, tais como: boi, cabrito, cobaias em geral, macaco, rato, rã e afins.

MATERIAL FARMACOLÓGICO

Registra o valor das despesas com medicamentos ou componentes destinados à manipulação de drogas medicamentosas, tais como: medicamentos, soro, vacinas e afins.

MATERIAL ODONTOLÓGICO

Registra o valor das despesas com materiais utilizados com pacientes na área odontológica, bem como os utilizados indiretamente pelos protéticos na confecção de próteses diversas: agulhas, amálgama, anestésicos, broca, cimento odontológico, espátula odontológica, filmes para raios-X, platina, seringas, sugador e afins.

MATERIAL QUÍMICO

Registra o valor das despesas com todos os elementos ou compostos químicos destinados ao fabrico de produtos químicos, análises laboratoriais, bem como aqueles destinados ao combate de pragas ou epizootias, tais como: ácidos, inseticidas, produtos químicos para tratamento de água, reagentes químicos, sais, solventes, substâncias utilizadas para combater insetos, fungos e bactérias e afins.

MATERIAL DE COUDELARIA OU DE USO ZOOTÉCNICO

Registram o valor das despesas com materiais utilizados no arreamento de animais destinados a montaria, com exceção da sela, como também aqueles destinados ao adestramento de cães de guarda ou outro animal doméstico, tais como: argolas de metal, arreamento, barrigueiras, bridões, cabrestos, cinchas, cravos, escovas para animais, estribos, ferraduras, mantas de pano, material para apicultura, material de ferragem e contenção de animais, peitorais, raspadeiras e afins.

MATERIAL DE CAÇA E PESCA

Registra o valor das despesas com materiais utilizados na caça e pesca de animais, tais como: anzóis, cordoalhas para redes chumbadas, iscas, linhas de nylon, máscaras para visão submarina, molinetes, nadadeiras de borracha, redes, roupas e acessórios para mergulho, varas e afins.

MATERIAL EDUCATIVO E ESPORTIVO

Registra o valor das despesas com materiais utilizados ou consumidos diretamente nas atividades educativas e esportivas de crianças e adultos, tais como: apitos, bolas, bonés, botas especiais, brinquedos educativos, calções, camisas de malha, chuteiras, cordas, esteiras, joelheiras, luvas, materiais pedagógicos, meias, óculos para motociclistas, patins, quimonos, raquetes, redes para prática de esportes, tênis e sapatilhas, tornozeleiras, touca para natação e afins.

MATERIAL PARA FESTIVIDADES E HOMENAGENS

Registra o valor das despesas com materiais de consumo utilizados em festividades e homenagens, incluindo artigos para decoração e buffet, tais como: arranjos e coroas de flores, bebidas, doces, salgados e afins.

MATERIAL DE EXPEDIENTE

Registra o valor das despesas com os materiais utilizados diretamente os trabalhos administrativos, nos escritórios públicos, nos centros de estudos e pesquisas, nas escolas, nas universidades etc, tais como: agenda, alfinete de aço, almofada para carimbos, apagador, apontador de lápis, arquivo para disquete, bandeja para papéis, bloco para rascunho bobina papel para calculadoras, borracha, caderno, caneta, capa e processo, carimbos em geral, cartolina, classificador, clipe cola, colchete, corretivo, envelope, espátula, estêncil, estilete, extrator de grampos, fita adesiva, fita para máquina de escrever e calcular, giz, goma elástica, grafite, grampeador, grampos, guia para arquivo, guia de endereçamento postal, impressos e formulário em geral, intercalador para fichário, lacre, lápis, lapiseira, limpa tipos, livros de ata, de ponto e de protocolo, papéis, pastas em geral, percevejo, perfurador, pinça, placas de acrílico, plásticos, porta-lápis, registrador, régua, selos para correspondência, tesoura, tintas, toner, transparências e afins.

MATERIAL DE PROCESSAMENTO DE DADOS

Registra o valor das despesas com materiais utilizados no funcionamento e manutenção de Sistemas de processamento de dados, tais como: cartuchos de tinta, capas plásticas protetoras para micros e impressoras, CD-ROM, virgem, disquetes, etiqueta em formulário contínuo, fita magnética, fita para impressora, formulário contínuo, mouse PAD peças e acessórios para computadores e periféricos, recarga de cartuchos de tinta, toner para impressora laser, cartões magnéticos e afins.

MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA USO VETERINÁRIO

Registra o valor das despesas com materiais e medicamentos para uso veterinário. Vacinas, medicamentos e afins.

MATERIAL DE ACONDICIONAMENTO E EMBALAGEM

Registra o valor das despesas com materiais aplicados diretamente nas preservações, acomodações ou embalagens de qualquer produto, tais como: arame, barbante, caixas plásticas, de madeira, papelão e isopor, cordas, engradados, fitas de aço ou metálicas, fitas gomadoras, garrafas e potes, linha, papel de embrulho, papelão, sacolas, sacos e afins.

MATERIAL DE CAMA, MESA E BANHO

Registra o valor das despesas com materiais utilizados em dormitórios coletivos, residenciais, hotéis, restaurantes etc, tais como: cobertores, colchas, colchonetes, fronhas, guardanapos, lençóis, toalhas, travesseiros e afins.

MATERIAL DE COPA E COZINHA

Registra o valor das despesas com materiais utilizados em refeitórios de qualquer tipo, cozinhas residenciais, de hotéis, de hospitais, de escolas, de universidades, de fábricas etc, tais como: abridor de garrafa, açucareiros, artigos de vidro e plástico, bandejas, coadores, colheres, copos, embutidores, facas, farinheiras, fósforos, frigideiras, garfos, garrafas térmicas, paliteiros, panelas, panos de cozinha, papel alumínio, pratos, recipientes para água, suportes de copos para cafezinho, tigelas, velas, xícaras e afins.

MATERIAL DE LIMPEZA E PRODUÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO

Registra o valor das despesas com materiais destinados a higienização pessoal, de ambientes de trabalho, de hospitais etc, tais como: álcool etílico, anticorrosivo, aparelho de barbear

descartável, balde plástico, bomba para inseticida, capacho, cera, cesto para lixo, creme dental, desinfetante, desodorizante, detergente, escova de dente, escova para roupas e sapatos, espanador, esponja, estopa, flanela, inseticida, lustre-móveis, mangueira, naftalina, pá para lixo, palha de aço, panos para limpeza, papel higiênico, pasta para limpeza de utensílios, porta-sabão, removedor, rodo, sabão, sabonete, saco para lixo, saponáceo, soda cáustica, toalha de papel, vassoura e afins.

UNIFORMES, TECIDOS E AVIAMENTOS

Registra o valor das despesas com uniformes ou qualquer tecido ou material sintético que se destine à confecção de roupas, com linhas de qualquer espécie destinadas a costuras e afins materiais de consumo empregados direta ou indiretamente na confecção de roupas, tais como: agasalhos, artigos de costura, aventais, blusas, botões, cadarços, calçados, calças, camisas, capas, chapéus, cintos, elásticos, gravatas, guarda-pós, linhas, macacões, meias, tecidos em geral, uniformes militares ou de uso civil, zíperes e afins.

MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS IMÓVEIS

Registra o valor das despesas com materiais de consumo para aplicação, manutenção e reposição de qualquer bem público, tais como: amianto, aparelhos sanitários, arames liso e farpado, areia, basculante, boca de lobo, bóia, brita, brocha, cabo metálico, cal, cano, cerâmica, cimento, cola, condutores de fios, conexões, curvas, esquadrias, fechaduras, ferro, gaxetas, grades, impermeabilizantes, isolantes acústicos e térmicos, janelas, joelhos, ladrilhos, lavatórios, lixas, madeira, marcos de concreto, massa corrida, niple, papel de parede, parafusos, pias, pigmentos, portas e portais, pregos, rolos solventes, sifão, tacos, tampa para vaso, tampão de ferro, tanque, tela de estuque, telha, tijolo, tinta, torneira, trincha, tubo de concreto, válvulas, verniz, vidro e afins.

MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEIS

Registra o valor das despesas com componentes, peças, acessórios e sobressalentes para aplicação, manutenção e reposição em bens móveis em geral, tais como: cabos, chaves, cilindros para máquinas copiadoras, compressor para ar condicionado, esferas para máquina datilográfica, mangueira para fogão margaridas, peças de reposição de aparelhos e máquinas em geral, materiais de reposição para instrumentos musicais e afins.

MATERIAL ELÉTRICO E ELETRÔNICO

Registra o valor das despesas com materiais de consumo para aplicação, manutenção e reposição dos sistemas, aparelhos e equipamentos elétricos e eletrônicos, tais como: benjamins, bocais, calhas, capacitores e resistores, chaves de ligação, circuitos eletrônicos, condutores, componentes de aparelho eletrônico, diodos, disjuntores, eletrodos, eliminador de pilhas, espelhos para interruptores, fios e cabos, fita isolante, fusíveis, interruptores, lâmpadas e luminárias, pilhas e baterias, pinos e plugs, placas de baquelite, reatores, receptáculos, resistências, starts, suportes, tomada de corrente e afins.

MATERIAL DE MANOBRA E PATRULHAMENTO

Registra o valor das despesas com materiais de consumo utilizados em campanha militar ou paramilitar, em manobras de tropas, em treinamento ou em ação em patrulhamento ostensivo ou rodoviário, em campanha de saúde pública etc, tais como: binóculo, carta náutica, cantil, cordas, flâmulas e bandeiras de sinalização, lanternas, medicamentos de pronto-socorro, mochilas, piquetes, sacolas, sacos de dormir, sinaleiros e afins.

MATERIAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA

Registra o valor das despesas com materiais de consumo utilizados diretamente na proteção de pessoas ou bens públicos, para socorro de pessoas e animais ou para socorro de veículos,

aeronaves e embarcações assim como qualquer outro item aplicado diretamente nas atividades de sobrevivência de pessoas, na selva, no mar ou em sinistros diversos, tais como: botas, cadeados, calçados especiais, capacetes, chaves, cintos, coletes, dedais, guarda-chuvas, lona, luvas, mangueira de lona, máscaras, óculos e afins.

MATERIAL PARA ÁUDIO, VÍDEO E FOTO

Registra o valor das despesas com materiais de consumo de emprego direto em filmagem e revelação, ampliações e reproduções de sons e imagens, tais como: aetze especial para chapa de papel, álbuns para retratos, alto-falantes, antenas, artigos para gravação em acetato, filmes virgens, fitas virgens de áudio e vídeo, lâmpadas especiais, material para radiografia, microfilmagem e cinematografia, molduras, papel para revelação de fotografias, pegadores, reveladores e afins.

MATERIAL PARA COMUNICAÇÕES

Registra o valor das despesas com materiais utilizados em comunicações assim como os componentes, circuitos impressos ou integrados, peças ou partes de equipamentos de comunicações, como materiais para instalações, tais como: radiofônicas, radiotelegráficas, telegráficas e afins.

SEMENTES, MUDAS DE PLANTAS E INSUMOS

Registra o valor das despesas com qualquer tipo de semente destinada ao plantio e mudas de plantas frutíferas ou ornamentais, assim como todos os insumos utilizados para fertilização, tais como: adubos, argila, plantas ornamentais, borbulhas, bulbos, enxertos, fertilizantes, mudas envasadas ou com raízes nuas, sementes, terra, tubérculos, xaxim e afins.

SUPRIMENTO DE AVIAÇÃO

Registra o valor das despesas com aquisição de materiais empregados na manutenção e reparo de aeronaves, tais como: acessórios, peças de reposição de aeronaves, sobressalentes e afins.

MATERIAL PARA PRODUÇÃO INDUSTRIAL

Registra o valor das despesas com matérias-primas utilizadas na transformação, beneficiamento e industrialização de um produto final, tais como: borracha, couro, matérias-primas em geral, minérios e afins.

SOBRESSALENTES, MÁQUINAS E MOTORES DE NAVIOS E EMBARCACÕES

Registra o valor das despesas com a aquisição de material utilizado na manutenção e reparo de máquinas e motores de navios, inclusive da esquadra e de embarcações em geral.

MATERIAL LABORATORIAL

Registra o valor das despesas com todos os utensílios usados em análises laboratoriais, tais como: almofarizes, bastões, bico de gás, cálices, corantes, filtros de papel, fixadoras, frascos, funis, garra metálica, lâminas de vidro para microscópio, lâmpadas especiais, luvas de borracha, metais e metaloides para análise, pinças, rolhas, vidraria, tais como: balão volumétrico, Becker, conta-gotas, Erlemeyer, pipeta, proveta, termômetro, tubo de ensaio e afins.

MATERIAL HOSPITALAR

Registra o valor das despesas com todos os materiais de consumo utilizados na área hospitalar ou ambulatorial, tais como: agulhas hipodérmicas, algodão, cânulas, cateteres, compressa de gaze, drenos, esparadrapo, fios cirúrgicos, lâminas para bisturi, luvas, seringas, termômetro clínico e afins.

SOBRESSALENTES DE ARMAMENTO

Registra o valor das despesas com aquisição de material utilizado na manutenção e reparo de armamento, tais como: material de manutenção e armamento, peças de reposição e afins.

SUPRIMENTO DE PROTEÇÃO AO VÔO

Registra o valor das despesas com peças de reposição de radares e sistema de comunicação.

MATERIAL PARA MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS

Registra o valor das despesas com materiais para aplicação e manutenção de veículos rodoviários, viaturas blindadas e tratores em geral, tais como: água destilada, amortecedores, baterias, borrachas, buzina, cabos de acelerador, cabos de embreagem, câmara de ar, carburador completo, cifa, colar de embreagem, condensador e platinado, correias, disco de embreagem, ignição, junta homo cinética, lâmpadas e lanternas para veículos, lonas e pastilhas de freio, mangueiras, material utilizado em lanternagem e pintura, motor de reposição, para-brisa, para-choque, platô, pneus, reparos, retentores, retrovisores, rolamentos, tapetes, válvula da marcha - lenta e termostática, velas e afins.

MATERIAL BIOLÓGICO

Registra o valor das despesas com amostras e afins itens de materiais biológicos utilizados em estudos e pesquisas científicas em seres vivos e inseminação artificial, tais como: meios de cultura, sêmen e afins.

MATERIAL PARA UTILIZAÇÃO EM GRÁFICA

Registra o valor das despesas com todos os materiais de consumo de uso gráfico, tais como: chapas de offset, clichês, cola, espirais, fotolitos, logotipos, papel, solventes, tinta, tipos e afins.

FERRAMENTAS

Registra o valor das despesas com todos os tipos de ferramentas utilizadas em oficinas, carpintarias, jardins etc., tais como: alicate, broca, caixa para ferramentas, canivete, chaves em geral, enxada, espátulas, ferro de solda, foice, lâmina de serra, lima, machado, martelo, pá, picareta, ponteira, primo, serrote, tesoura de podar, trena e afins.

MATERIAL PARA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Registra o valor das despesas com materiais utilizados em programas de reabilitação profissional: bastões, bengalas, joelheiras, meias elásticas e assemelhados, óculos, órteses, pesos, próteses e afins.

MATERIAL DE SINALIZAÇÃO VISUAL E AFINS

Registra o valor das despesas com materiais utilizados para identificação, sinalização visual, endereçamento e afins, tais como: placas de sinalização em geral, tais como, placas indicativas para os setores e seções, placas para veículos, plaquetas para tombamento de material, placas sinalizadoras de trânsito, cones sinalizadores de trânsito, crachás, botons identificadores para servidores e afins.

MATERIAL TÉCNICO PARA SELEÇÃO E TREINAMENTO

Registra o valor das apropriações das despesas com materiais técnicos utilizados em processos de seleção e treinamento pela própria unidade ou para distribuição não gratuita, tais como: apostilas e similares, folhetos de orientação, livros, manuais explicativos para candidatos e afins.

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO NÃO IMOBILIZÁVEL

Registra o valor das despesas com material bibliográfico não destinado a bibliotecas, cuja defasagem ocorre em um prazo máximo de dois anos, tais como: jornais, revistas, periódicos em geral, anuários médicos, anuário estatístico e afins (podendo estar na forma de CD-ROM).

AQUISIÇÃO DE SOFTWARES DE BASE

Registra o valor das despesas com aquisição de softwares de base (de prateleira) que são

aqueles incluídos na parte física do computador (hardware) que integram o custo de aquisição desse no Ativo Imobilizado. Tais softwares representam também aqueles adquiridos no mercado sem características fornecidas pelo adquirente, ou seja, sem as especificações do comprador. (Embargo declaratório em recurso extraordinário nº 199.464-9 STF).

BENS MÓVEIS NÃO ATIVÁVEIS

Registra o valor das despesas com aquisição de bens móveis de natureza permanente não ativas, ou seja, aqueles considerados como despesa operacional, para fins de dedução de imposto de renda, desde que atenda as especificações contidas no artigo 301 do RIR (Regulamento de Imposto de Renda). Conta utilizada exclusivamente pelas unidades regidas pela Lei nº 6.404/76.

BILHETES DE PASSAGEM

Registra o valor das despesas com aquisição de bilhetes de passagem para guarda em estoque.

BANDEIRAS, FLÂMULAS E INSÍGNIAS

Registra o valor das despesas com aquisição de bandeiras, flâmulas e insígnias, a saber, tais como: brasões, escudos, armas da república, selo nacional e afins.

MATERIAL DE CONSUMO – PAGTO ANTECIPADO

Registra o valor das apropriações das despesas, referentes ao pagamento de suprimento de fundos, para posterior prestação de contas, onde o saldo excedente a 5% do total do agrupamento deverá ser classificado nos subitens específicos, dentro do mesmo grupo.

OUTROS MATERIAIS DE CONSUMO

Registra o valor da apropriação da despesa com outros materiais de consumo não classificadas nos subitens anteriores.

Anexo II – 339036 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física, da Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002.

CONDOMÍNIOS Registra o valor das apropriações das despesas com taxas condominiais a conta do locatário, quando previstas no contrato de locação.

DIÁRIAS A COLABORADORES EVENTUAIS NO PAÍS

Registra o valor das despesas com diárias, no país, pagas a prestadores de serviços, de caráter eventual, sem vínculo com a administração pública.

DIÁRIAS A COLABORADORES EVENTUAIS NO EXTERIOR

Registra o valor das despesas com diárias, no exterior, pagas a prestadores de serviços de caráter eventual, sem vínculo com a administração pública.

COMISSÕES E CORRETAGENS

Registra o valor das apropriações das despesas com comissões e corretagens decorrentes de serviços prestados por, tais como: corretores, despachantes, leiloeiros e afins.

DIREITOS AUTORAIS

Registra o valor das despesas com direitos autorais sobre obras científicas, literárias ou em que a divulgação seja de interesse do governo.

SERVIÇOS TÉCNICOS

Registra o valor das despesas com serviços prestados por profissionais técnicos, profissionais nas seguintes áreas, tais como: administração, advocacia, arquitetura, contabilidade, economia, engenharia, estatística, informática e outras.

ESTAGIÁRIOS

Registra o valor das despesas com serviços prestados por estudantes na condição de estagiários ou monitores.

BOLSA DE INICIAÇÃO AO TRABALHO

Registra o valor das despesas com remuneração a candidatos participantes de curso de formação para o exercício de cargo decorrente de concurso público.

SALÁRIOS DE INTERNOS EM PENITENCIÁRIAS

Registra o valor das despesas com remuneração a presos e internos, de acordo com a Lei nº 3.274, de 02/10/57.

PRÓ-LABORE A CONSULTORES EVENTUAIS

Registra o valor das apropriações de despesas com pró-labore a consultores eventuais, inclusive referente ao programa PADCT (membros do colegiado do PADCT, exceto servidores públicos), nos termos do parecer da Advocacia Geral da União nº 60-76, de 30/06/1995.

CAPATAZIA, ESTIVA E PESAGEM

Registra o valor das despesas com remuneração de serviços utilizados na movimentação e pesagem de cargas (mercadorias e produtos).

CONFERÊNCIAS E EXPOSIÇÕES

Registra os valores referentes às despesas com o pagamento direto aos conferencistas e/ou expositores pelos serviços prestados.

ARMAZENAGEM

Registra o valor das despesas com remuneração de serviços de aluguel de galpões, silos e outros locais destinados à armazenagem de mercadorias e produtos. Inclui, ainda, os dispêndios de garantia dos estoques armazenados.

LOCAÇÃO DE IMÓVEIS

Registra o valor das despesas com remuneração de serviços de aluguel de prédios, salas e outros imóveis de propriedade de pessoa física.

LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS E INTANGÍVEIS

Registra o valor das despesas com serviços de aluguel de máquinas, equipamentos, telefone fixo e celular e outros bens móveis de propriedade de pessoa física.

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de tais como: máquinas e equipamentos de processamento de dados e periféricos, máquinas e equipamentos gráficos, aparelhos de fax, aparelhos de medição e aferição, aparelhos médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais, calculadoras, eletrodomésticos, máquinas de escrever e afins.

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VEÍCULOS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, consertos e revisões de veículos, tais como: estofamento, funilaria, instalação elétrica, lanternagem, mecânica, pintura e afins.

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS MÓVEIS DE OUTRAS NATUREZAS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de bens móveis não classificados em subitens específicos.

ANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de bens imóveis, tais como: pedreiro, carpinteiro e serralheiro, pintura, reparos em instalações elétricas e hidráulicas, reparos, recuperações e adaptações de biombos, carpetes, divisórias e lambris e afins.

FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO

Registra o valor das despesas com aquisição de refeições preparadas, inclusive lanches e similares.

SERVIÇOS DE CARÁTER SECRETO OU RESERVADO

Registra o valor das despesas com serviços de caráter sigiloso constantes em regulamento do órgão.

SERVIÇOS DE LIMPEZA E CONSERVAÇÃO

Registra o valor das despesas com serviços de limpeza e conservação de bens imóveis, tais como: dedetização, faxina e afins.

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

Registra o valor das despesas com serviços domésticos prestados por pessoa física sem vínculo empregatício, tais como: cozinha, lavagem de roupas e afins.

SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL

Registra o valor das despesas com serviços de comunicação geral prestados por pessoa física, tais como: confecção de material para comunicação visual; geração de materiais para divulgação por meio dos veículos de comunicação; e afins.

SERVIÇO DE SELEÇÃO E TREINAMENTO

Registra as despesas prestadas nas áreas de instrução e orientação profissional, recrutamento e seleção de pessoal e treinamento, por pessoa física.

SERVIÇOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS

Registra o valor das despesas com serviços médicos e odontológicos prestados por pessoa física, sem vínculo empregatício, tais como: consultas, Raio-X, tratamento odontológico e afins.

SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Registra o valor das despesas realizadas com serviços de reabilitação profissional prestados por pessoa física sem vínculo empregatício, tais como: transporte e locomoção urbana, alimentação e inscrição em cursos profissionalizantes, instrumentos de trabalho e implementos profissionais de órtese e prótese.

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Registra o valor das despesas realizadas com serviços de assistência social prestados por pessoa física sem vínculo empregatício a servidores, segurados carentes, abrigados, internados e a seus dependentes, tais como: ajuda de custo supletiva, gêneros alimentícios, documentação, transporte e sepultamento.

SERVIÇOS DE PERÍCIAS MÉDICAS POR BENEFÍCIOS

Registra o valor das despesas realizadas com serviços de perícias médicas por benefícios devidos aos médicos credenciados, para exames realizados em segurados e/ou servidores.

SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL

Registra o valor das despesas com serviços de natureza eventual prestados por pessoa física

sica, tais como: assistência técnica, capina, jardinagem, operadores de máquinas e motoristas, recepcionistas, serviços auxiliares e afins.

SERVIÇO DE CONSERVAÇÃO E REBENEFICIAMENTO DE MERCADORIAS

Registra o valor das despesas com serviços de natureza eventual prestados por pessoa física na conservação e beneficiamento de mercadorias.

CONFECÇÃO DE MATERIAL DE ACONDICIONAMENTO E EMBALAGEM

Registra o valor das despesas com serviços prestados por pessoa física na confecção de, tais como: bolsas, caixas, mochilas, sacolas e afins.

CONFECÇÃO DE UNIFORMES, BANDEIRAS E FLÂMULAS

Registra o valor das despesas com serviços de costureiras, alfaiates e outros utilizados na confecção de uniformes, bandeiras, flâmulas, brasões e estandartes.

FRETES E TRANSPORTES DE ENCOMENDAS

Registra o valor das despesas com serviços prestados por pessoa física, tais como: fretes e carretos, remessa de encomendas, transporte de mercadorias e produtos e afins.

ENCARGOS FINANCEIROS DEDUTÍVEIS

Registra o valor das despesas com correção monetárias incidente sobre obrigações devidas a pessoa física (considerada como despesa operacional para efeito de apuração do lucro tributável).

MULTAS DEDUTÍVEIS

Registra o valor das despesas com multas incidentes sobre obrigações devidas a pessoas físicas (consideradas como despesa operacional para efeito de apuração do lucro tributável).

JUROS

Registra o valor das despesas com juros incidentes sobre obrigações decorrentes de cláusula contratual ou pagamento após vencimento.

ENCARGOS FINANCEIROS INDEDUTÍVEIS

Registra o valor das despesas com correção monetária incidente sobre obrigações, devidos a pessoas físicas (não considerada como despesa operacional para efeito de apuração do lucro tributável).

MULTAS

Registra o valor das despesas com multas incidentes sobre obrigações, devidas a INDEDUTÍVEIS pessoas físicas (não consideradas como despesa operacional para efeito de apuração do lucro tributável).

JETONS A CONSELHEIROS

Registra o valor das despesas realizadas a título de remuneração (jetons) a membros de órgãos de deliberação coletiva (conselhos).

DIÁRIAS A CONSELHEIROS

Registra o valor das despesas realizadas a título de pagamento de diárias a membros de órgãos de deliberação coletiva (conselhos).

SERVIÇOS DE ÁUDIO, VÍDEO E FOTO

Registra o valor das despesas com serviços de filmagens, gravações e fotografias, prestados por pessoa física.

MANUTENÇÃO DE REPARTIÇÕES, SERVIÇO EXTERIOR

Registra o valor das despesas com serviços utilizados na manutenção de embaixadas, consulados, vice-consulados, missões diplomáticas e outras repartições sediadas no exterior.

OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PFPAGTO ANTECIPADO

Registra o valor das apropriações das despesas, referentes ao pagamento de suprimento de fundos, para posterior prestação de contas, onde o saldo excedente a 5% do total do agrupamento deverá ser classificado nos subitens específicos, dentro do mesmo grupo.

OUTROS SERVIÇOS DE PESSOA FÍSICA

Registra o valor das despesas com serviços de natureza eventuais prestados por pessoa física, não classificada nos subitens específicos.

Anexo III – 339039 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica, da Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002.

ASSINATURAS DE PERIÓDICOS E ANUIDADES

Registra o valor das despesas com assinaturas de TV por assinatura (TV a cabo), jornais, inclusive diário oficial, revistas, recortes de publicações, podendo estar na forma de disquete, cd-rom, boletins e outros, desde que não se destinem a coleções ou bibliotecas.

CONDOMÍNIOS

Registra o valor das despesas com taxas condominiais a conta do locatário, quando previstas no contrato de locação.

COMISSÕES E CORRETAGENS

Registra o valor das despesas com comissões e corretagens decorrentes de serviços prestados por empresas de intermediação e representação comercial.

DIREITOS AUTORAIS

Registra o valor das despesas com direitos autorais sobre obras científicas, literárias ou em que a divulgação seja de interesse do governo.

SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS

Registra o valor das despesas com serviços prestados por empresas especializadas nas seguintes áreas, tais como: advocacia, arquitetura, contabilidade, economia, engenharia, estatística e outras.

CAPATAZIA, ESTIVA E PESAGEM

Registra o valor das despesas com remuneração de serviços utilizados na movimentação e pesagem de cargas (mercadorias e produtos).

DESCONTOS FINANCEIROS CONCEDIDOS

Registra o valor das despesas com descontos financeiros concedidos a clientes em virtude de bonificação decorrente da venda de mercadorias ou prestação de serviços.

MANUTENÇÃO DE SOFTWARE

Registra o valor das despesas com serviços, atualização e adaptação de softwares, suporte técnico, manutenção, revisão, correção de problemas operacionais, análise para acrescentar novas funções, aumento da capacidade de processamento, novas funções e manutenção de software.

ARMAZENAGEM

Registra o valor das despesas com remuneração de serviços de aluguel de galpões, silos e outros locais destinados à armazenagem de mercadorias e produtos. Inclui, ainda, os dispêndios de garantia dos estoques armazenados.

LOCAÇÃO DE IMÓVEIS

Registra o valor das despesas com remuneração de serviços de aluguel de prédios, salas e afins imóveis de interesse da administração pública.

LOCAÇÃO DE SOFTWARES

Registra o valor das despesas com remuneração de serviços de aluguel de programas de processamento de dados.

LOCAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Registra os valores das despesas com remuneração de serviços de aluguel de máquinas e equipamentos, tais como: aparelhos de medição e aferição, aparelhos médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais, aparelhos telefônicos, telex e fax, calculadoras, eletrodomésticos, equipamentos de processamento de dados e periféricos, equipamentos gráficos, máquinas de escrever, turbinas e afins.

LOCAÇÃO BENS MÓVEIS E OUTRAS NATUREZAS E INTANGÍVEIS

Registra o valor das despesas com remuneração de serviços de aluguel de bens móveis não contemplados em subitens específicos e bens intangíveis, como, tais como: locação de linha telefônica e afins.

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de bens imóveis, pintura, reparos e reformas de imóveis em geral, reparos em instalações elétricas e hidráulicas, reparos, recuperações e adaptações de biombos, carpetes, divisórias e lambris, manutenção de elevadores, limpeza de fossa e afins.

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de máquinas e equipamentos, aparelhos de fax e telex, aparelhos de medição e aferição, aparelhos médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais, calculadoras, eletrodomésticos, equipamentos de proteção e segurança, equipamentos gráficos, equipamentos agrícolas, máquinas de escrever, turbinas e afins.

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE VEÍCULOS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, consertos e revisões de veículos, tais como: alinhamento e balanceamento, estofamento, funilaria, instalação elétrica, lanternagem, mecânica, pintura, franquia e afins.

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS MÓVEIS DE OUTRAS NATUREZAS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, consertos, revisões, inspeções e adaptações de bens móveis não classificados em subitens específicos.

MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE ESTRADAS E VIAS

Registra o valor das despesas com serviços de reparos, recuperações e adaptações de estradas, ferrovias e rodovias.

EXPOSIÇÕES, CONGRESSOS E CONFERÊNCIAS

Registra o valor das despesas com serviços utilizados na instalação e manutenção de, tais como: conferências, congressos, exposições, feiras, festejos populares, festivais e afins.

FESTIVIDADES E HOMENAGENS

Registra o valor das despesas com serviços utilizados na organização de eventos, tais como: coquetéis, festas de conagração, recepções e afins.

MULTAS DEDUTÍVEIS

Registra o valor das despesas com multas incidentes sobre obrigações, devidas a pessoas jurídicas (consideradas como despesa operacional para efeito de apuração do lucro tributável), bem como aquelas decorrentes de penalidades aplicadas em função de infração a uma legislação existente.

MULTAS INDEDUTÍVEIS

Registra o valor das despesas com multas incidentes sobre obrigações devidas a pessoas jurídicas (não consideradas como despesa operacional para efeito de apuração do lucro tributável), bem como aquelas decorrentes de penalidades aplicadas em função de infração a uma legislação existente.

JUROS

Registra o valor das despesas com juros incidentes sobre obrigações decorrentes de cláusula contratual ou pagamento após vencimento.

ENCARGOS FINANCEIROS DEDUTÍVEIS

Registra o valor das despesas com correção monetária incidente sobre obrigações, devidas a pessoas jurídicas (considerada como despesa operacional para efeito de apuração do lucro tributável).

ENCARGOS FINANCEIROS INDEDUTÍVEIS

Registra o valor das despesas com correção monetária incidente sobre obrigações, devidas a pessoas jurídicas (não considerada como despesa operacional para efeito de apuração do lucro tributável).

PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR

Registra o valor das despesas com o fornecimento de alimentação a empregados, em que a pessoa jurídica possua programa de alimentação aprovado pelo Ministério do Trabalho e possa usufruir benefício fiscal.

FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO

Registra o valor das despesas com aquisição de refeições preparadas, inclusive lanches e similares.

SERVIÇOS DE CARÁTER SECRETO OU RESERVADO

Registra o valor das despesas com serviços de caráter sigiloso constantes em regulamento do órgão.

SERVIÇOS DE ENERGIA ELÉTRICA

Registra o valor das despesas com tarifas decorrentes da utilização dos serviços de energia elétrica.

SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO

Registra o valor das despesas com tarifas decorrentes da utilização dos serviços de água e esgoto.

SERVIÇOS DE GÁS

Registra o valor das despesas com tarifas decorrentes da utilização de gás canalizado.

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

Registra o valor das despesas com serviços domésticos prestados por pessoa jurídica, sem vincula empregatício, tais como: cozinha, lavagem de roupas e afins.

SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO EM GERAL

Registra o valor das despesas com serviços de comunicação, prestados por pessoa jurídica, tais como: correios e telégrafos, publicação de editais, extratos, convocações e assemelhados desde que não tenham caráter de propaganda e afins.

SERVIÇO DE SELEÇÃO E TREINAMENTO

Registra o valor das despesas com serviços prestados nas áreas de instrução e orientação profissional, recrutamento e seleção de pessoal (concurso público) e treinamento.

PRODUÇÕES JORNALÍSTICAS

Registra o valor das apropriações das despesas com a edição de jornais revistas, noticiários e materiais jornalísticos para vídeos.

SERVIÇO MÉDICOHOSPITAL, ODONTOLÓGICO E LABORATORIAIS

Registra o valor das despesas com serviços médico-hospitalares, odontológicos e laboratoriais, prestados por pessoas jurídicas sem vínculo empregatício, tais como: análises clínicas, cirurgias, consultas, ecografias, endoscopias, enfermagem, esterilização, exames de laboratório, Raio-X, tomografias, tratamento odontológico, ultrassonografias e afins.

SERVIÇOS DE ANÁLISES E PESQUISAS CIENTÍFICAS

Registra o valor das despesas com serviços de análises físico-químicas e pesquisas científicas, não relacionadas com apoio ao ensino, tais como: análise mineral, análises de solo, análises químicas, coleta de dados em experimentos, tratamento e destinação de resíduos e afins.

SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Registra o valor das despesas realizadas com serviços de reabilitação profissional, tais como: transporte e locomoção urbana, alimentação e inscrição em cursos profissionalizantes, instrumentos de trabalho e implementos profissionais e órtese e prótese devidas aos segurados em programa de reabilitação profissional.

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Registra o valor das despesas realizadas com serviços de assistência social prestada a servidores, segurados carentes, abrigados, internados e a seus dependentes, tais como: ajuda de custo supletiva, gêneros alimentícios, documentação, transporte e sepultamento e afins.

SERVIÇOS DE CRECHES E ASSISTÊNCIA PRÉ-ESCOLAR

Registra o valor das despesas com serviços prestados por entidades de assistência social para atender os dependentes de servidores do órgão, habilitados a usufruírem desse benefício.

SERVIÇOS DE PERÍCIAS MÉDICAS POR BENEFÍCIOS

Registra o valor das despesas com serviços de perícias médicas por benefício, devidas a entidades médicas credenciadas, para exames realizados em segurados e/ou servidores.

SERVIÇOS DE PROCESSAMENTO DE DADOS

Registra o valor das despesas com serviços de processamento de dados prestados por empresas especializadas na área de informática.

SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES

Registra o valor das despesas com tarifas decorrentes da utilização desses serviços, inclusive telefonia celular, centrex 2000 e tarifa de habilitação.

SERVIÇOS DE ÁUDIO, VÍDEO E FOTO

Registra o valor das despesas com serviços de filmagens, gravações, revelações, ampliações e reproduções de sons e imagens, tais como: confecção de álbuns, confecção de crachás funcionais por firmas especializadas, emolduramento de fotografias, imagens de satélites, revelação de filmes, microfilmagem e afins.

SERVIÇOS DE MANOBRA E PATRULHAMENTO

Registra o valor das despesas com serviços utilizados com o objetivo de dar suporte às operações especiais realizadas por órgãos das forças armadas.

SERVIÇOS DE SOCORRO E SALVAMENTO

Registra o valor das despesas com serviços prestados para proteção, socorro e salvamento de pessoas e bens públicos, serviços prestados tais como: ambulâncias particulares – UTI Móveis e afins.

SERVIÇOS DE PRODUÇÃO INDUSTRIAL

Registra o valor das despesas com serviços utilizados na transformação beneficiamento e industrialização de matérias-primas que resultarão em um produto final.

SERVIÇOS GRÁFICOS

Registra o valor das despesas com serviços de artes gráficas prestados por pessoa jurídica, tais como: confecção de impressos em geral, encadernação de livros jornais e revistas, impressão de jornais, boletins, encartes, folder e assemelhados e afins.

SERVIÇOS DE APOIO AO ENSINO

Registra o valor das despesas de todos os serviços utilizados com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do ensino, em todos os níveis, inclusive pesquisas experiências e assemelhados.

SERVIÇOS JUDICIÁRIOS

Registra o valor das despesas com custas processuais decorrentes de ações judiciais, diligências (inclusive condução) salários e honorários dos avaliadores, peritos judiciais e oficiais de justiça e serviços de cartório.

SERVIÇOS FUNERÁRIOS

Registra o valor das despesas com serviços de remoções, sepultamentos e transladações.

SERVIÇO DE CONSERVAÇÃO E REBENEFICIAMENTO DE MERCADORIAS

Registra o valor das despesas com serviços utilizados na conservação e rebeneficiamento de mercadorias.

SEGUROS EM GERAL

Registra o valor das despesas com prêmios pagos por seguros de qualquer natureza, inclusive cobertura de danos causados a pessoas ou bens de terceiros, prêmios de seguros de bens do estado ou de terceiros, seguro obrigatório de veículos.

CONFECÇÃO DE UNIFORMES, BANDEIRAS E FLÂMULAS

Registra o valor das despesas com serviços utilizados na confecção de, tais como: bandeiras,

brasões, estandartes, flâmulas, uniformes (inclusive as despesas relacionadas com auxílio far-damento descritos na Lei nº 8.237/91) e afins.

CONFECÇÃO DE MATERIAL DE ACONDICIONAMENTO E EMBALAGEM

Registra o valor das despesas com serviços utilizados na confecção de materiais destinados destinados a preservação, acomodação ou embalagem de produtos diversos, tais como: Bolsas, caixas, mochilas, sacolas e afins.

VALE-TRANSPORTE

Registra o valor das despesas com aquisição de vale-transporte para os servidores.

TRANSPORTE DE SERVIDORES

Registra o valor das despesas com serviços prestados por empresas para transportar servidores no percurso residência-local de trabalho, mediante a utilização de ônibus, micro-ônibus e afins.

FRETES E TRANSPORTES DE ENCOMENDAS

Registra o valor das despesas com serviços de transporte de mercadorias e produtos diversos, prestados por pessoa jurídica, tais como: fretes e carretos, remessa de encomendas e afins.

CLASSIFICAÇÃO DE PRODUTOS

Registra o valor das despesas com serviços de classificação de produtos de origem animal, mineral e vegetal.

VIGILÂNCIA OSTENSIVA

Registra o valor das despesas com serviços de vigilância e segurança de repartições públicas, de autoridades (nos casos em que o contrato não especifique o quantitativo físico do pessoal a ser utilizado).

LIMPEZA E CONSERVAÇÃO

Registra o valor das despesas com serviços de limpeza, higienização, conservação e asseio dos órgãos públicos (nos casos em que o contrato não especifique o quantitativo físico do pessoal a ser utilizado).

SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO, TÉCNICO E OPERACIONAL

Registra o valor das despesas com serviços prestados por pessoa jurídica a título de apoio as atividades administrativas, técnicas e operacionais dos órgãos públicos, nos casos em que o contrato não especifique o quantitativo físico do pessoal a ser utilizado, a saber: assistência técnica, comissária aérea e apoio solo, jardinagem, operadores de máquinas e motoristas, recepcionistas e afins.

HOSPEDAGENS

Registra o valor das despesas com serviços de hospedagens e alimentação de servidores e convidados do governo em viagens oficiais pagos diretamente a estabelecimentos hoteleiros (quando não houver pagamento de diárias).

SERVIÇOS BANCÁRIOS

Registra o valor das despesas com comissões, tarifas e remunerações decorrentes de serviços prestados por bancos e outras instituições financeiras.

SERVIÇOS DE CÓPIAS E REPRODUÇÃO DE DOCUMENTOS

Registra o valor das despesas com serviços de cópias xerográficas e reprodução de documentos, inclusive a locação e a manutenção de equipamentos reprográficos.

SERVIÇOS EM ITENS REPARÁVEIS DE AVIAÇÃO

Registra o valor das apropriações das despesas com a contratação de serviços específicos para a manutenção de itens reparáveis de aviação, tais como: asas, motores, fuselagem, equipamento de bordo, recuperação de material de aviação e afins.

SERVIÇOS RELACIONADOS À INDUSTRIALIZAÇÃO AEROSPACIAL

Registra o valor das despesas com serviços de lançamento e colocação em órbita de satélites.

SERVIÇOS DE PUBLICIDADE E PROPAGANDA

Registra o valor das despesas com serviços de publicidade e propaganda, prestados por pessoa jurídica, incluindo a geração e a divulgação por meio dos veículos de comunicação.

MANUTENÇÃO DE REPARTIÇÕES – SERVIÇO EXTERIOR

Registra o valor das despesas com serviços utilizados na manutenção de embaixadas, consulados, vice-consulados, missões diplomáticas e outras repartições sediadas no exterior.

AQUISIÇÃO DE SOFTWARES DE APLICAÇÃO.

Registra o valor das despesas com aquisição de programas de processamento de dados.

MANUTENÇÃO CONSERVAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROCESSAMENTO DE DADOS

Registra o valor das despesas com serviços manutenção e conservação de equipamentos de processamento de dados – hardware.

OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ- PAGTOANTECIPADO

Registra o valor das apropriações das despesas, referentes ao pagamento de suprimento de fundos, para posterior prestação de contas, onde o saldo excedente a 5% do total do agrupamento deverá ser classificado nos subitens específicos, dentro do mesmo grupo.

DESPESAS DE TELEPROCESSAMENTO

Registra o valor das despesas com serviços de teleprocessamento, tais como: locação de circuito de dados locais ou interurbanos para atendimento de nos de comutação, concentração e nos de acesso da rede de comunicação, serviços de rede privativa virtual, SLDD, topnet, data-satplus, datasat-bi, atmnet, internet, IP direto, STM400, fastnet, rernav e afins.

OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS, PESSOA JURÍDICA

Registra o valor das despesas com serviços de natureza eventual, não classificados em subitens específicos.

Anexo IV – 449052 – Equipamentos e Material Permanente, da Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002.

AERONAVES

Registra o valor das despesas com qualquer tipo de aeronave de asa fixa ou asa rotativa, tais como: avião, balão, helicóptero, planador, ultraleve e afins.

APARELHOS DE MEDIÇÃO E ORIENTAÇÃO

Registra o valor das despesas com todos os aparelhos de medição ou contagem. Quando estes aparelhos forem incorporados a um equipamento maior serão os mesmos considerados componentes, tais como: amperímetro, aparelho de medição meteorológica, balanças em geral, bússola, calibrador de pneus, cronômetro, hidrômetro, magnetômetro, manômetro, medidor de gás, mira-falante, níveis topográficos, osciloscópio, paquímetro, pirômetro, planímetro, psicômetro, relógio medidor de luz, sonar, sonda, taquímetro, telêmetro, teodolito, turbímetro e afins.

APARELHOS E EQUIPAMENTOS DE COMUNICAÇÃO

Registra o valor das despesas com todo material considerado permanente, portátil ou transportável, de uso em comunicações, que não se incorporem em instalações, veículos de qualquer espécie, aeronaves ou embarcações, tais como: antena parabólica, aparelho de telefonia, bloqueador telefônico, central telefônica, detector de chamadas telefônicas, fac-símile, fonógrafo, interfone, PABX, rádio receptor, rádio telegrafia, rádio telex, rádio transmissor, secretaria eletrônica, tele speaker e afins.

APARELHOS, EQUIPAMENTOS, UTENSÍLIOS MÉDICO ODONTOLÓGICO, LABORATORIAL E HOSPITALAR

Registra o valor das despesas com qualquer aparelho, utensílio ou equipamento de uso médico, odontológico, laboratorial e hospitalar que não se integrem a instalações, ou a outros conjuntos monitores. No caso de fazerem parte de instalações ou outros conjuntos, deverão ser considerados componentes, tais como: afastador, alargador, aparelho de esterilização, aparelho de Raio X, aparelho de transfusão de sangue, aparelho infravermelho, aparelho para inalação, aparelho de ultravioleta, balança pediátrica, berço aquecido, biombo, boticão, cadeira de dentista, cadeira de rodas, câmara de infravermelho, câmara de oxigênio, câmara de radioterapia, carro-maca, centrifugador, destilador, eletro-analisador, eletrocardiográfico, estetoscópio, estufa, maca, medidor de pressão arterial (esfigmomanômetro), megatoscópio, mesa para exames clínicos, microscópio, tenda de oxigênio, termo cautério e afins.

APARELHOS E EQUIPAMENTOS PARA ESPORTES E DIVERSÕES

Registra o valor das despesas com instrumentos, aparelhos e utensílios destinados a qualquer modalidade de esportes e diversões de qualquer natureza, desde que não integrados a instalações de ginásios de esportes, centros esportivos, teatro, cinema, etc, tais como: arco, baliza, barco de regata, barra, bastão, bicicleta ergométrica, carneiro de madeira, carrossel, cavalo, dardo, deslizador, disco, halteres, martelo, peso, placar, remo, vara de salto e afins.

APARELHOS E UTENSÍLIOS DOMÉSTICOS

Registra o valor das despesas com aquisição de eletrodomésticos em geral e utensílios, com durabilidade superior a dois anos, utilizados em serviços domésticos, tais como: aparelhos de copa e cozinha, aspirador de pó, batedeira, botijão de gás, cafeteira elétrica, chuveiro ou ducha elétrica, circulador de ar, condicionador de ar (móvel), conjunto de chá/café/jantar, escada portátil, enceradeira, exaustor, faqueiro, filtro de água, fogão, forno de microondas, geladeira, grill, liquidificador, máquina de lavar louca, máquina de lavar roupa, máquina de moer café, máquina de secar pratos, secador de prato, tábua de passar roupas, torneira elétrica, torradeira elétrica, umidificador de ar e afins.

ARMAMENTOS

Registra o valor das despesas com armas de porte, portáteis transportáveis auto propulsadas, de tiro tenso, de tiro curvo, central de tiro, rebocáveis ou motorizadas, rampas lançadoras de foguetes motorizadas e outros apetrechos bélicos, tais como: Fuzil, metralhadora, pistola, revolver e afins.

COLEÇÕES E MATERIAIS BIBLIOGRÁFICOS

Registra o valor das despesas com coleções bibliográficas de obras científicas, românticas, contos e documentários históricos, mapotecas, dicionários para uso em bibliotecas, enciclopédias, periódicos encadernados para uso em bibliotecas, palestras, tais como: álbum de caráter educativo, coleções e materiais bibliográficos informatizados, dicionários, enciclopédia, ficha bibliográfica, jornal e revista (que constitua documentário), livro, mapa, material folclórico, partitura musical, publicações e documentos especializados destinados a bibliotecas, repertório legislativo e afins.

DISCOTECAS E FILMOTECAS

Registra o valor das despesas com discos, CD e coleções de fitas gravadas com músicas e fitas cinematográficas de caráter educativo, científico e informativo, tais como: disco educativo, fita de áudio e vídeo com aula de caráter educativo, microfilme e afins.

EMBARCAÇÕES

Registra o valor das despesas com todas as embarcações fluviais, lacustres ou marítimas exceto os navios graneleiros, petroleiros e transportadores de passageiros que são considerados como bens imóveis, tais como: canoa, casa flutuante, chata, lancha, navio, rebocador, traineira e afins.

EQUIPAMENTOS DE MANOBRA E PATRULHAMENTO

Registra o valor das despesas com todos os materiais permanentes utilizados em manobras militares e paramilitares, bem assim, aqueles utilizados em qualquer patrulhamento ostensivo, tais como: barraca, bloqueios, cama de campanha, farol de comunicação – mesa de campanha, paraquedas, pistola de sinalização, sirene de campanha e afins.

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO, SEGURANÇA E SOCORRO

Registra o valor das despesas com todos os materiais permanentes utilizados na proteção e segurança de pessoas ou bens públicos, como também qualquer outro utilizado para socorro diverso, ou sobrevivência em qualquer ecossistema, tais como: alarme, algema, arma para vigilante, barraca para uso não militar, boia salva-vidas, cabine para guarda (guarita), cofre, extintor de incêndio, para-raios, sinalizador de garagem, porta giratória, circuito interno de televisão e afins.

INSTRUMENTOS MUSICAIS E ARTÍSTICOS

Registra o valor das despesas com todos os instrumentos de cordas, sopro ou percussão, como também outros instrumentos utilizados pelos artistas em geral: clarinete, guitarra, piano, saxofone, trombone, xilofone e afins.

MÁQUINAS E EQUIPAM. DE NATUREZA INDUSTRIAL

Registra o valor das despesas com qualquer máquina, aparelho ou equipamento empregado na fabricação de produtos ou no acondicionamento de afins, tais como: balcão frigorífico, betoneira, exaustor industrial, forno e torradeira industrial, geladeira industrial, máquina de fabricação de laticínios, máquina de fabricação de tecidos e afins.

MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS ENERGÉTICOS

Registra o valor das despesas com máquinas, aparelhos e equipamentos não incorporáveis a instalações, destinados a geração de energia de qualquer espécie, tais como: alternador energético, carregador de bateria, chave automática, estabilizador, gerador, haste de contato, NO-BREAK, poste de iluminação, retificador, transformador de voltagem, trilho, truck-tunga, turbina (hidrelétrica) e afins.

MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS GRÁFICOS

Registra o valor das despesas com todas as máquinas, aparelhos e equipamentos utilizados em reprografia ou artes gráficas, tais como: aparelho para encadernação, copiadora, cortadeira elétrica, costuradora de papel, duplicadora, grampeadeira, gravadora de extenso, guilhotina, linotipo, máquina de Offset, operadora de ilhoses, picotadeira, tele impressora e receptadora de páginas e afins

EQUIPAMENTOS PARA ÁUDIO, VÍDEO E FOTO

Registra o valor das despesas com aquisição de equipamentos de filmagem, gravação e re-

produção de sons e imagens, bem como os acessórios de durabilidade superior a dois anos, tais como: amplificador de som, caixa acústica, data show, eletrola, equalizador de som, filmadora, flash eletrônico, fone de ouvido, gravador de som, máquina fotográfica, micro filmadora, micro-fone, objetiva, projetor, rádio, rebobinadora, retroprojetor, sintonizador de som, tanques para revelação de filmes, tape-deck, televisor, tela para projeção, toca-discos, videocassete e afins.

MÁQUINAS, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS DIVERSOS

Registra o valor das despesas com máquinas, aparelhos e equipamentos que não estejam classificados em grupo específico, tais como: aparador de grama, aparelho de ar condicionado, bebedouro – carrinho de feira, container, furadeira, maleta executiva, urna eleitoral, ventilador de coluna e de mesa e afins.

EQUIPAMENTOS DE PROCESSAMENTO DE DADOS

Registra o valor das despesas com todas as máquinas, aparelhos e equipamentos utilizados em processamento de dados de qualquer natureza, exceto quando for aquisição de peças destinadas à reposição diretamente ao equipamento ou mesmo para estoque, tais como: caneta óptica, computador, controladora de linhas, data show – fitas e discos magnéticos, impressora, kit multimídia, leitora, micro e minicomputadores, mesa digitalizadora, modem, monitor de vídeo, placas, processador, scanner, teclado para micro, urna eletrônica e afins.

MÁQUINAS, INSTALAÇÕES E UTENS DE ESCRITÓRIO

Registra o valor das despesas com todas as máquinas, aparelhos e utensílios utilizados em escritório e destinados ao auxílio do trabalho administrativo, tais como: aparelho rotulador, apontador fixo (de mesa), caixa registradora, carimbo digitador de metal, compasso, estojo para desenho, globo terrestre, grampeador (exceto de mesa), máquina autenticadora, máquina de calcular, máquina de contabilidade, máquina de escrever, máquina franqueadora, normógrafo, pantógrafo, quebra-luz (luminária de mesa), régua de precisão, régua T, relógio protocolador e afins.

MÁQUINAS, FERRAMENTAS E UTENSÍLIOS DE OFICINA

Registra o valor das despesas com máquinas, ferramentas e utensílios utilizados em oficinas mecânicas, marcenaria, carpintaria e serralheria, não incluindo ferramentas que não façam parte de um conjunto, nem tão pouco materiais permanentes utilizados em oficinas gráficas, tais como: analisador de motores, arcos de serra, bomba para esgotamento de tambores, compressor de ar, conjunto de oxigênio, conjunto de solda, conjunto para lubrificação, desbastadeira, desempenadeira, elevador hidráulico, esmerilhadeira, extrator de precisão, forja, fundidora para confecção de broca, laminadora, lavadora de carro, lixadeira, macaco mecânico e hidráulico, mandril, marcador de velocidade, martelo mecânico, níveis de aço ou madeira, pistola metalizadora, polidora, prensa, rebitadora, recipiente de ferro para combustíveis, saca-pino, serra de bancada, serra mecânica, talhas, tanques para água, tarracha, testadora, torno mecânico, vulcanizadora e afins.

EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS HIDRÁULICOS E ELÉTRICOS

Registra o valor das despesas com equipamentos destinados a instalação conservação e manutenção de sistemas hidráulicos e elétricos, tais como: bomba d'água, bomba de desentupimento, bomba de irrigação, bomba de lubrificação, bomba de sucção e elevação de água e de gasolina carneiro hidráulico, desidratadora, máquina de tratamento de água, máquina de tratamento de esgoto, máquina de tratamento de lixo, moinho, roda d'água e afins.

MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS AGRÍCOLAS E RODOVIÁRIOS

Registra o valor das despesas com todas as máquinas, tratores e equipamentos utilizados na agricultura, na construção e conservação de estradas, tais como: arado, carregadora, ceifadeira, compactador, conjunto de irrigação, conjunto moto bomba para irrigação, cultivador, desintegrador, escavadeira, forno e estufa de secagem ou amadurecimento, máquinas de bene-

ficiamento, microtrator – misturador de ração, moinho agrícola, moto niveladora, motosserra, pasteurizador, picador de forragens, plaina terraceadora, plantadeira, pulverizador, de tração animal ou mecânica, rolo compressor, roçadeira, semeadeira, silo para depósito de cimento, sulcador, trator de roda e esteira e afins.

MOBILIÁRIO EM GERAL

Registra o valor das despesas com móveis destinados ao uso ou decoração interior de ambientes, tais como: abajur, aparelho para apoiar os braços, armário, arquivo de aço ou madeira, balcão (tipo atendimento), banco, banqueta, base para mastro, cadeira, cama, carrinho fichário, carteira e banco escolar, charter negro, cinzeiro com pedestal, criado-mudo, cristaleira, escrivaninha, espelho moldurado, estante de madeira ou aço, estofado, flipsharter, guarda-louça, guarda roupa, mapoteca, mesa, penteadeira, poltrona, porta-chapéus, prancheta para desenho, quadro de chaves, quadro imantado, quadro para editais e avisos, relógio de mesa/parede/ponto, roupeiro, sofá, suporte para tv e vídeo, suporte para bandeira (mastro), vitrine e afins.

OBRAS DE ARTE E PEÇAS PARA MUSEU

Registra o valor das despesas com objetos de valor artístico e histórico destinados a decoração ou exposição em museus, tais como: alfaias em louça, documentos e objetos históricos, esculturas, gravuras, molduras, peças em marfim e cerâmica, pedestais especiais e similares, pinacotecas completas, pinturas em tela, porcelana, tapeçaria, trilhos para exposição de quadros e afins.

SEMOVENTES E EQUIPAMENTOS DE MONTARIA

Registra o valor das despesas com animais para trabalho, produção, reprodução ou exposição e equipamentos de montaria, tais como: animais não destinados a laboratório ou corte, animais para jardim zoológico, animais para produção, reprodução e guarda, animais para sela e tração, selas e afins.

VEÍCULOS DIVERSOS

Registra o valor das despesas com veículos não classificados em subitens específicos, tais como: bicicleta, carrinho de mão, carroça, charrete, empilhadeira e afins.

VEÍCULOS FERROVIÁRIOS

Registra o valor das despesas com veículos empregados em estradas de ferro, tais como: locomotiva, prancha, reboque, tender, vagão para transporte de carga ou passageiros e afins.

PEÇAS NÃO INCORPORÁVEIS A IMÓVEIS

Registra o valor das despesas com materiais empregados em imóveis e que possam ser removidos ou recuperados, tais como: biombos, carpetes (primeira instalação), cortinas, divisórias removíveis, estrados, persianas, tapetes, grades e afins.

VEÍCULOS DE TRAÇÃO MECÂNICA

Registra o valor das despesas com veículos de tração mecânica, tais como: ambulância, automóvel, basculante, caçamba, caminhão, carro-forte, consultório volante, furgão, lambreta, micro-ônibus, motocicleta, ônibus, rabecão, vassoura mecânica, veículo coletor de lixo e afins.

CARROS DE COMBATE

Registra o valor das despesas com veículos utilizados em manobras militares, tais como: auto choque, blindado, carro-bomba, carro-tanque e afins.

EQUIPAMENTOS, PEÇAS E ACESSÓRIOS AERONÁUTICOS

Registra o valor das despesas com equipamentos, peças e acessórios aeronáuticos, tais como: hélice, microcomputador de bordo, turbina e afins.

EQUIPAMENTOS, PEÇAS E ACESSÓRIOS DE PROTEÇÃO AO VÔO

Registra o valor das despesas com equipamentos, peças e acessórios de proteção ao vôo, tais como: radar, rádio e afins.

ACESSÓRIOS PARA AUTOMÓVEIS

Registra o valor das despesas com acessórios para automóveis que possam ser desincorporados, sem prejuízo dos mesmos, para aplicação em outro veículo, tais como: ar condicionado, capota, rádio/toca-fitas e afins.

EQUIPAMENTOS DE MERGULHO E SALVAMENTO

Registra o valor das despesas com equipamentos destinados as atividades de mergulho e salvamento marítimo: escafandro, jet-ski, tanque de oxigênio e afins.

EQUIPAMENTOS, PEÇAS E ACESSÓRIOS MARÍTIMOS

Registra o valor das despesas com equipamentos, peças e acessórios marítimos, tais como: instrumentos de navegação, instrumentos de medição do tempo, instrumentos óticos, Instrumentos geográficos e astronômicos, instrumentos e aparelhos meteorológicos e afins.

EQUIPAMENTOS E SISTEMA DE PROTEÇÃO E VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Registra o valor das despesas com equipamentos e sistema de proteção e vigilância ambiental.

EQUIPAMENTOS, SOBRESSALVENTES DE MÁQUINAS, MOTOR DE NAVIOS DE ESQUADRA

Registra o valor das despesas com componentes de propulsão de navios da esquadra e maquinarias de convés.

OUTROS MATERIAIS PERMANENTES

Registra o valor das despesas com materiais e equipamentos não classificados em subitens específicos.

ANEXO II – PORTARIA SPO Nº 1, DE 25 DE JANEIRO DE 2022. (DOU 27/01/22)

Divulga a relação das programações orçamentárias oneradas por transferências de recursos, na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, bem como a vinculação desses programas de trabalho com os blocos de financiamento de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

O SUBSECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, SUBSTITUTO, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas pelo Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde, e

CONSIDERANDO o disposto na Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001, que institui os órgãos setoriais do Sistema de Planejamento e de Orçamento Federal, aos quais compete, entre outros itens, estabelecer normas e procedimentos necessário à elaboração e à implementação dos orçamentos federais;

CONSIDERANDO a necessidade de divulgar e dar transparência aos repasses federais a Estados, Municípios e Distrito Federal no âmbito do Sistema Único de Saúde; e

CONSIDERANDO previsão, pelo artigo 1154 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, alterada pela Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, de que o órgão setorial do Sistema Federal de Planejamento e Orçamento divulgará, anualmente, o detalhamento dos programas de trabalho das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde onerados pelas transferências na modalidade fundo a fundo referentes a cada bloco de financiamento; resolve:

Art. 1º Divulgar, na forma do Anexo, a relação das programações orçamentárias oneradas por transferências de recursos, na modalidade fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, bem como a vinculação desses programas de trabalho com os blocos de financiamento de que trata a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Art. 2º A relação de que trata o artigo 1º será disponibilizada no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br

Art. 3º Sempre que necessário, versão atualizada do Anexo será disponibilizada na forma do artigo 2º.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARIONALDO BOMFIM ROSENDO

ANEXO

Bloco de Financiamento	Programas de Trabalho (Função/Subfunção/Programa/Ação)
I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde	10.301.5019.21CE - Implementação de Políticas de Atenção Primária à Saúde
	10.301.5019.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde
	10.301.5019.217U - Apoio à Manutenção dos Pólos de Academia da Saúde
	10.301.5019.2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Primária à Saúde para Cumprimento de Metas
	10.302.5018.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade
	10.302.5018.20SP - Operacionalização do Sistema Nacional de Transplantes
	10.302.5018.21CD - Implementação de Políticas de Atenção Especializada à Saúde
	10.302.5018.2E90 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas
	10.303.5017.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde
	10.303.5017.20AH - Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS
	10.303.5020.20K5 - Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS
	10.303.5017.4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
	10.303.5018.6516 - Aperfeiçoamento e Avaliação dos Serviços de Hemoterapia e Hematologia
	10.304.5023.20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária
	10.305.5023.20AL - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde
	10.305.5023.20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
10.306.5033.20QH - Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde	
II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde	10.301.5019.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde
	10.301.5019.20YL - Estruturação de Academias da Saúde
	10.302.5018.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde
	10.302.5018.8933 - Estruturação de Serviços de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Assistencial
	10.303.5017.20AH - Organização dos Serviços de Assistência Farmacêutica no SUS
	10.303.5018.21D9 - Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia
	10.303.5020.20K5 - Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS
	10.305.5023.20YJ - Fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
10.306.5033.20QH - Implementação da Segurança Alimentar e Nutricional na Saúde	

Cuiabá – Mato Grosso
Ano 2022 - 3ª Edição



**Conselho de Secretarias Municipais
de Saúde de Mato Grosso
Cosems-MT**

