



RESUMO EXECUTIVO

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29/04/04

PAUTA

A. Homologação

- a) Habilitação de municípios
- b) Habilitação de estados - informe
- c) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- d) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças
- e) Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária

B. Temas para discussão e pactuação

1. Atenção à Saúde

1.1 Atenção Básica

- a) Incentivo do PSF para pequenos municípios – SAS

1.2 Atenção Hospitalar

- a) Pequenos hospitais – SAS

1.3 Política de Saúde Bucal

- a) Saúde Bucal - SAS

1.4. Política de Alta Complexidade

- a) Políticas de alta complexidade: assistência em traumatologia-ortopedia, atenção ao portador de doença renal, atenção cardiovascular – SAS

2. Política de Vigilância à Saúde

- a) Descentralização dos exames CD 4 e CD8 e carga viral de HIV; monitoramento do incentivo– SVS

- b) Revisão da Portaria/GM 1399/99 - SVS

3. Política de Assistência Farmacêutica

- a) Assistência Farmacêutica - SCTIE

C. Temas para apresentação e debate

1. Financiamento

- a) Alocação de recursos – SE

2. Atenção à Saúde

- a) Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS – SAS/Inca
- b) Cirurgias eletivas - SAS

D. Informes

1. Atenção à Saúde

- a) SAMU

2. Financiamento da Atenção Básica

- a) Atualização dos valores dos incentivos conforme a estimativa da população para estados e municípios - SAS

- b) Aumento do valor do incentivo do ACS – SAS

3. Ciência e Tecnologia

- a) 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (2ª CNCTIS) – SCTIE

II. DESENVOLVIMENTO

A. HOMOLOGAÇÃO:

A.1 Habilitação de municípios – foi homologada a habilitação de 59 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA e 06 municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM para a competência maio. A partir da competência maio estão habilitados conforme a Noas, 1628 municípios em GPABA e 203 municípios em GPSM.

A.2 Habilitação de estados: o coordenador da reunião, Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos informou que a Portaria de habilitação do estado do Piauí em gestão plena de sistema estadual está aguardando a publicação no Diário Oficial. O pleito do estado de Pernambuco, já aprovado na CIT, está aguardando o cumprimento de algumas pendências para a publicação da portaria de habilitação e o pleito do Espírito Santo está aguardando o cumprimento de algumas pendências no processo, para apresentação na CIT.

A.3 Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – não foi apresentado nenhum pleito de municípios ao Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST; foi homologada a decisão da CIB/RS de transferir o valor do incentivo do município de Esteio, que não integra mais o conjunto de municípios que recebem o incentivo, para os municípios já qualificados de Canoas e Sapucaia do Sul que terão o teto aumentado em R\$ 37.500,00.

A.4 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – a CIT homologou a certificação de 15 municípios para competência abril, totalizando 5030 municípios certificados.

A.5 Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária – o representante da Anvisa, José Agenor informou que 12 estados apresentaram as programações sem pendência e outros 07 estados apresentaram a programação com pendências. A CIT homologou a programação dos 12 estados que cumpriram todos os requisitos: PA, PI, PB, RN, SE, BA, MG, PR, SC, MS, MT e GO, para receberem os recursos na competência maio. Foi acordado, ainda, que os estados que até o dia 30 de abril apresentarem as programações, que cumprirem as pendências e enviarem a Resolução da CIB até o dia 10 de maio poderão receber os recursos da competência maio. As programações e Resoluções da CIB apresentadas após este prazo serão homologadas com efeitos financeiros a partir do mês subsequente à homologação da CIT.

A.6. Recursos de municípios à CIT – o Conasems solicitou informações sobre os recursos dos municípios de Belém/PA e Amargosa/BA enviados à Secretaria Técnica da CIT em fevereiro de 2004, tendo em vista que decorridos 60 dias não foi dada solução ao assunto. A decisão da CIT em fevereiro foi a seguinte: “todos os recursos de municípios deverão cumprir o fluxo que está estabelecido no item 69 da NOAS 2002: *“as instâncias de recurso para questões relativas à implementação desta Norma são consecutivamente a Comissão Intergestores Bipartite, o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e, em última instância, o Conselho Nacional de Saúde”*. Será solicitado aos Conselhos Estaduais de Saúde que se pronunciem num prazo de 30 dias. O Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, vinculado à Câmara Técnica da CIT terá a atribuição de analisar os recursos, verificar sua admissibilidade e se o citado fluxo foi cumprido, antes do encaminhamento à CIT. Quanto aos recursos que já chegaram à Secretaria Técnica da CIT o Ministério da Saúde comunicou que serão devolvidos aos interessados para o cumprimento do fluxo”. Foi acordado que será feito um contato com os municípios e os Conselhos Estaduais de Saúde para verificar a situação dos recursos e que o GT de Gestão do SUS será convocado para verificar a admissibilidade dos recursos que porventura foram encaminhados aos Conselhos Estaduais de Saúde e não foram resolvidos, para propor encaminhamentos na próxima CIT.

B. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO

Fala do Ministro da Saúde – o ano de 2004 deverá ser um ano muito produtivo para o SUS pois o Ministério da Saúde está empenhado em fazer mais e melhor do que foi realizado em 2003, que foi um ano de implantação de medidas estruturadoras para as mudanças que se pretendem implementar no SUS. Já foram lançadas algumas ações importantes como a implantação da política de Saúde Bucal e o SAMU e nos próximos dias a farmácia popular. Há um conjunto de outras ações que têm sido debatidas na CIT como a assistência farmacêutica, a reestruturação de hospitais de pequeno porte e cirurgias eletivas, que terão um impacto importante na sua implantação. Foi lançado o projeto do SAMU cuja meta de cobertura até o final do ano é de implantação em 1700 municípios e a aquisição e distribuição de 1480 ambulâncias. Foram aprovados 119 projetos para a instalação de 152 centrais de regulação. Foram assinados dois Protocolos de Intenções: com a Polícia Rodoviária

Federal para utilizar as unidades móveis que aquele órgão dispõe nas estradas federais e utilização de helicópteros da Polícia Rodoviária articulados com o SAMU, visando o transporte aéreo de pacientes; com o Ministério da Defesa foi assinado um Protocolo de Intenções para a realização de trabalhos com a Marinha, que tem uma presença importante nos estados do norte, para integração com o SAMU naquela região e com a Aeronáutica para regulação do transporte de pacientes pelo socorro aéreo daquele órgão, entre municípios ou entre estados. Ressaltou a necessidade de resolver as questões pendentes da política de saúde bucal tendo em vista a importância da expansão dessas ações para maior acesso da população. Cumprimentou a Diretoria do Conass que foi reconduzida para mais um ano de trabalho à frente do Conass.

B. 1. Incentivo do PSF para pequenos municípios – a Secretaria de Atenção à Saúde apresentou um conjunto de proposições referentes a mudanças no financiamento da atenção básica a partir das competências de maio e julho. A partir da competência maio: a) atualização da base populacional dos municípios (IBGE 2003); b) reajuste nos valores dos incentivos financeiros do PACS (custeio e adicional – 13º repasse). A partir da competência julho, deverá ser implantado o Incentivo à equidade em saúde cujo objetivo é ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social, por meio da estratégia Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da equidade. A proposta foi apresentada em quatro blocos. Bloco 1: Revisão dos parâmetros de cobertura dos ACS na zona rural dos municípios da Amazônia Legal - redução do número de pessoas acompanhadas por Agente Comunitário de Saúde que passa a ser de no mínimo 280 e máximo de 320, com um impacto previsto de 7.435 novos ACS, com incremento de R\$ 1.784.400,00 mensais. Bloco 2: crescer em 50% o valor dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal, transferidos mensalmente, pagos em correspondência à faixa de cobertura nos municípios com as seguintes características: situados na Amazônia Legal, com IDH $\leq 0,7$ e ≤ 50 mil habitantes e nas demais Regiões com IDH $\leq 0,7$ e ≤ 30 mil habitantes. Bloco 3: Municípios incluídos no PITS não selecionados pelos critérios do Bloco 2, crescer em 50% o valor dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal, transferidos mensalmente, pagos em correspondência à faixa de cobertura. Bloco 4: População remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de municípios não selecionados pelos critérios dos Blocos 2 e 3, crescer em 50% o valor dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal pagos atualmente, em correspondência à faixa de cobertura, de acordo com o número máximo de equipes necessárias e implantadas para assistir a essas populações; o número máximo de equipes será calculado dividindo-se o total de habitantes residentes em assentamentos ou comunidades remanescentes de quilombos por 2.400 e publicado em Portaria. Um representante do Conasems solicitou que seja feita uma redução na cobertura populacional também do PSF para a Amazônia e não apenas do PACS; o Conasems solicitou que o incentivo de equidade social também seja estendido às áreas de baixo IDH de todos os municípios, independente do porte e região; quanto ao financiamento ressaltou que para garantir a equidade deve ser levado em conta o porte do município e precisa ser pactuado qual o valor que cada esfera vai contribuir para o PSF, inclusive os estados, pois os municípios estão arcando com um gasto muito grande; mencionou a necessidade de discutir o pacto de gestão da atenção básica. O Conass enfatizou a necessidade de se buscar alternativas de financiamento para o saúde da família como por exemplo um incentivo de avaliação de desempenho, pois considera importante o acompanhamento e a avaliação desse projeto para que se verifique se os resultados alcançados são os esperados; ponderou ainda sobre a necessidade de financiamento diferenciado para municípios de fronteira. Foi indicado que a Câmara Técnica da CIT estude uma proposta de financiamento da atenção básica com a participação das três esferas, para ser discutida na CIT. **As mudanças propostas no financiamento da atenção básica foram aprovadas.**

B.2. Pequenos hospitais – a proposta de mudanças no financiamento e na contratualização dos hospitais de pequeno porte está inserida na Reforma da Atenção Hospitalar que propõe a redefinição do Modelo Assistencial, o redesenho do modelo organizativo, a reforma do modelo de gestão, a reconstrução do relacionamento com o SUS, a reorientação do Ensino e da Pesquisa e a revisão dos mecanismos de financiamento. Os critérios para participar da nova proposta são os seguintes: hospitais públicos e filantrópicos de 5 a 30 leitos instalados em municípios ou microrregião com até 30.000 habitantes, com cobertura do PSF maior que 70% e adesão do município. Perfil assistencial desejável: atenção ao parto normal em gestante de baixo risco, especialidades básicas, odontologia (predominantemente urgência e referência especializada), pequenas cirurgias e cirurgias ambulatoriais, dependendo do modelo e posição do município no

PDR e integrar o sistema regional de urgência e emergência. O Conass sugeriu que a cobertura do PSF não seja um critério para adesão, mas um critério que esteja contemplado no projeto, para ser alcançado na sua execução; a importância de acompanhamento do projeto pelos Conselhos Municipais de Saúde; ter a flexibilidade de contemplar as experiências que já existem em alguns estados e considerar os recursos que estão sendo aplicados pelos estados como contrapartida nesse projeto; o perfil assistencial deve ser discutido nas CIB para atender a lógica de cada estado; a possibilidade dos recursos de contrapartida dos estados ser discutido na CIB para que não seja impedimento à adesão dos municípios no caso do estado não aderir à proposta naquele momento; a Comissão de Acompanhamento e avaliação dos projetos deve ser vinculada à CIT. O Conasems ponderou que os hospitais devem ser incorporados à atenção básica, com gestão municipal e a gerência, sempre que possível, municipal; devem estar integrados ao sistema municipal como elemento importante na construção de um novo modelo de gestão; a contrapartida estadual precisa ser definida e pactuada e não é favorável à adesão de municípios se os estados não definirem claramente a sua participação no financiamento. **Foi aprovado:** a) que o estado que não puder aderir de imediato, aos critérios de financiamento propostos define um cronograma para a adesão desses serviços na CIB e no caso de um estado pactuar um financiamento diferenciado, a excepcionalidade deve ser analisada e pactuada na CIT; b) no que se refere ao financiamento do custeio dos hospitais de cinco até sete leitos a base deve ser R\$ 10.000,00 e a partir daí o parâmetro é o número de leitos; c) ao invés de ser criado um conselho gestor para a unidade, esse papel pode ser exercido pelo Conselho Municipal de Saúde ou por uma comissão nomeada por ele, devido ao pequeno porte desses municípios.

B.3. Política de Saúde Bucal – foram discutidos os critérios, para apresentação de propostas de implantação dos Centros de Atenção Especializada em Odontologia, os requisitos a serem cumpridos e os requisitos para seleção das propostas. a) Critérios: lógica de organização preconizada na NOAS; intenção de estabelecer na PPI, programação de referência de procedimentos de odontologia especializada para o município pleiteante. b) Requisitos: estar caracterizado como Sede de Módulo Assistencial e, preferencialmente, como Sede de Região de Saúde; dispor de Equipe de Saúde da Família e Equipe de saúde bucal da família qualificadas e informadas ou demonstrar o compromisso de fazê-lo no prazo máximo de 60 dias a partir da data de envio da proposta; dispor de Sistema de Abastecimento de Água Fluoretada ou demonstrar compromisso de implantá-lo no prazo máximo de 12 meses a partir da data de envio da proposta; municípios caracterizados como Sede de Módulo Assistencial, preferencialmente, Sede de Região de Saúde com proposta de implantação restrita à Região de Saúde; estados com propostas para implantação em todo o seu território, com aprovação na Comissão Intergestores Bipartite. c) Critérios de seleção: o Ministério da Saúde fornecerá equipamentos para um Centro de Especialidades em Regiões de Saúde com menos de 500 mil habitantes; em Regiões de Saúde com mais de 500 mil habitantes poderá ser implantado mais de um Centro, considerando que cada novo Centro corresponderá a uma faixa populacional de 1 a 500 mil habitantes; implantar pelo menos um Centro em cada Estado em 2004 desde que haja formalização de proposta; maior cobertura populacional por Equipes de Saúde Bucal do Saúde da Família no município pleiteante; maior cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família no município pleiteante; maior cobertura populacional por Equipe de saúde bucal na Região de Saúde; maior cobertura populacional por Equipe de Saúde da Família na Região de Saúde. O Conass ponderou que o ponto de partida para localização dos Centros deve ser o PDR; 500.000 habitantes por unidade é um número excessivo e compromete a capacidade resolutiva do Centro e considerou que o corte populacional deve ser a partir da sede das microrregiões, observando o desenho do PDR; a CIT deve homologar as propostas de implantação dos Centros enviadas pelos estados; o prazo para envio das propostas deve ser a partir da data da publicação da portaria; quanto ao custeio devem ser revistos os valores dos procedimentos odontológicos na Tabela do SIA/SUS e deve ser feita a revisão dos tetos financeiros, em função do provável impacto desses procedimentos nos tetos. **O mérito da proposta foi aprovado** e o Grupo de Trabalho vai continuar a discussão do financiamento do custeio e da cobertura populacional dos Centros.

B.4. Políticas de alta complexidade: assistência em traumatologia-ortopedia, atenção ao portador de doença renal, atenção cardiovascular – a SAS deu informações sobre a situação atual de discussão no Grupo de Trabalho: ainda estão em debate a definição do fluxo do credenciamento das unidades que vão oferecer os serviços, a indicação e localização dos Centros de Referência e o financiamento das políticas. O Conass ressaltou que no caso dos pacientes de doença renal haverá

um incremento da oferta de serviço na média complexidade o que vai gerar um impacto no financiamento, a necessidade de prever o incremento anual de novos pacientes e a necessidade de adoção de encontro de contas para compensar os meses de extrapolação dos valores e os meses em que há saldo de recursos; no caso da política de cardiologia e ortopedia é importante ter clareza do financiamento, pois muitos serviços estão aguardando a definição da política para a efetivação do seu cadastramento. O Conasems ressaltou a necessidade de definir o financiamento das políticas apresentadas, mas com especial cuidado à política de atenção ao doente renal. **Foram aprovadas** as diretrizes das políticas e o Grupo de Trabalho continuará discutindo a definição do fluxo do credenciamento das unidades que vão oferecer os serviços, a indicação e localização dos Centros de Referência e o financiamento das políticas.

B.5. Revisão da Portaria/GM 1399/99 – o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde analisou a portaria e apontou algumas mudanças no que se refere às responsabilidades dos três gestores, programação e acompanhamento e financiamento, inclusive a proposta de criação de mais um estrato para o cálculo dos Tetos de epidemiologia e controle de doenças e a contrapartida dos estados. O Conass solicitou uma revisão na redação da Portaria, observou que a Instrução Normativa proposta deve ser aprovada na CIT e a necessidade de planejar um incremento nos valores do TFECD para 2005. O Conasems ponderou que os recursos são insuficientes, que alguns estados não têm colocado contrapartida e propôs mudança na proposta do percentual de distribuição dos recursos aos municípios certificados. **Foi aprovada** a publicação da Portaria como apresentada, com ressalva no item que trata do percentual mínimo de recursos que serão distribuídos às capitais e municípios de região metropolitana certificados, que deverá ser discutido no Grupo de Trabalho para retornar na próxima CIT; se houver consenso na mudança dos valores da proposta, a diferença será repassada com efeito retroativo.

B.6. Descentralização dos exames CD 4 e CD8 e carga viral de HIV – apresentada a seguinte proposta de reestruturação da Rede de Monitoramento da Infecção pelo HIV: a) instituir processo de qualificação de estados e municípios com a apresentação de proposta de organização da Rede Estadual para o Monitoramento Terapêutico da Infecção pelo HIV/Aids à CIB, definindo referências para realização dos procedimentos envolvidos e delineando as relações entre os serviços, municípios e os laboratórios de referência; b) redefinir o mecanismo de financiamento com a aquisição dos reagentes necessários à realização dos exames pelo MS e pagamento dos procedimentos via APAC; com recursos oriundos do FAEC; os demais insumos e recursos humanos necessários, ficam sob responsabilidade de estados e municípios qualificados; c) simplificar a emissão/autorização da APAC - o sistema informatizado para controle logístico dos exames de CD4 e Carga Viral (SISCEL) permitirá a emissão da APAC magnética com a numeração devidamente autorizada e sua implementação torna-se obrigatória; d) Revisão trimestral dos limites físicos e financeiros - a Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/Aids em conjunto com a Secretaria de Atenção a Saúde procederão , a cada noventa dias, avaliação e redefinição das metas físicas e os valores anuais dos procedimentos envolvidos, por Unidade Federada. **A proposta foi aprovada** e o Conass solicitou a oportunidade de discutir no Grupo de Trabalho o instrumento normativo que trata da compra centralizada e das questões operacionais.

Encerramento - tendo em vista o adiantado da hora a reunião foi suspensa e os temas não discutidos terão prioridade na pauta da próxima reunião. A reunião da CIT de maio foi transferida do dia 20 para o dia 27 de maio.

Anexo I

Relação de municípios que apresentaram pleitos de habilitação em GPAB-A e GPSM na reunião da CIT de 29/04/2004

GPAB-A

CEARÁ
CROATA
JARDIM
MILAGRES
PALMACIA
PORTEIRAS
GOIÁS
SENADOR CANEDO
MARANHÃO
COELHO NETO
SAO JOAO BATISTA
SAO LUIS GONZAGA DO MARANHAO
SAO MATEUS DO MARANHAO
VITORIA DO MEARIM
MINAS GERAIS
BALDIM
BOA ESPERANCA
BRASILANDIA DE MINAS
BUENO BRANDAO
CAPINOPOLIS
CARMO DE MINAS
CASCALHO RICO
CENTRALINA
CONSELHEIRO PENA
COQUEIRAL
CRISTINA
DIVISA ALEGRE
ELOI MENDES
ESMERALDAS
GURINHATA
ILICINEA
ITUIUTABA
MATOZINHOS
NATERCIA
NEPOMUCENO
PARAOPEBA
PARAISOPOLIS
SANTA RITA DE CALDAS
SANTA VITORIA
SAO BENTO ABADE
SAO LOURENCO

SAO TOME DAS LETRAS
TRES CORACOES
PARAÍBA
BARRA DE SANTA ROSA
BOA VISTA
BONITO DE SANTA FE
FAGUNDES
PARANÁ
MIRASELVA
PRADO FERREIRA
PERNAMBUCO
CUPIRA
RIO GRANDE DO NORTE
SAO JOSE DE MIPIBU
RIO GRANDE DO SUL
PINHAL GRANDE
SILVEIRA MARTINS
SANTA CATARINA
BALNEARIO CAMBORIU
SÃO PAULO
BARBOSA
DUARTINA
ESTRELA D'OESTE
IRACEMAPOLIS
MARINOPOLIS
RUBIACEA
SANTA RITA D'OESTE
SANTA SALETE
SAO FRANCISCO

GPSM

CEARÁ
HORIZONTE
MORADA NOVA
TAUÁ
UBAJARA
SÃO PAULO
SANTA IZABEL
MATO GROSSO DO SUL
SÃO GABRIEL D'OESTE

Anexo II

Certificação de municípios ao Incentivo de Epidemiologia e Controle de Doenças, por estado

UF	CERTIFICAÇÃO		PENDÊNCIAS
	Estado	Municípios	
Goiás	Já certificado	01	✓ Não
Maranhão	Já certificado	03	✓ Faltam os ofícios dos municípios de Graça Aranha, Altamira do Maranhão, Sucupira do Riachão
Pará	Já certificado	01	✓ Não
Paraíba	Já certificado	02	✓ Não
Rio Grande do Sul	Já certificado	08	✓ Não
TOTAL		15	

CIT-Abril/2004

Anexo III

Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST

Dados até 26 de abril de 2004.

Total de **Estados** Qualificados: **27**

Total de **Municípios** Qualificados: **405**

ESTADOS COM PLEITO PARA A FÓRMULA INFANTIL - Portaria 1.071 (24)		
Acre	Mato Grosso	Rio Grande do Sul
Alagoas	Mato Grosso do Sul	Rondônia
Amazonas	Minas Gerais	Roraima
Bahia	Pará	São Paulo
Ceará	Paraíba	Santa Catarina
Distrito Federal	Paraná	Sergipe
Espírito Santo	Pernambuco	
Goiás	Piauí	
Maranhão	Rio de Janeiro	

Municípios ainda **não qualificados**: Luziânia-GO, Ouricuri-PE, Teresópolis-RJ, Hortolândia-SP, Presidente Venceslau-SP

O Prazo máximo para os que estão sem previsão de qualificação será a CIT de Junho. A partir deste mês os estados deverão indicar o município que substituirá os não qualificados. Esta substituição deverá ser pactuada na CIB.

Informamos que o município de Esteio-RS não integra mais o conjunto de municípios da Portaria 2313. Conforme a Resolução Nº 35/04 – CIB/RS, o valor do incentivo será dividido entre os municípios já qualificados de Canoas e Sapucaia do Sul que terão o teto aumentado em R\$ 37.500,00.

Desta forma o total de municípios passa de 411 para 410.

		Em milhões
<u>Orçamento aprovado (2004)</u>	= R\$	111.307.634,52
Valor Incentivo a ser pago até dezembro de 2004	= R\$	105.133.866,53
<u>Valor da Fórmula Infantil a ser pago até dezembro de 2004</u>	= R\$	865.351,49
<u>Saldo orçamentário</u>	= R\$	5.308.416,50

[Informações sobre o Incentivo: http://www.aids.gov.br/incentivo](http://www.aids.gov.br/incentivo)