



## **RESUMO EXECUTIVO**

**Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 15/07/04**

### **PAUTA**

#### **1. Homologação**

- 1) Habilitação de municípios - SE
- 2) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- 3) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças - SVS
- 4) Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária

#### **2. Temas para discussão e pactuação**

##### **2.1 Política de Vigilância em Saúde**

- a) Financiamento de Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids – SVS
- b) Monitoramento das Metas e recursos do incentivo de controle da Aids - SVS

##### **2.2 Atenção à Saúde**

- a) Equipe em transição para o Saúde da Família - SAS
- b) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – SAS

##### **2.3 Gestão**

- a) Fluxo dos recursos de estados e municípios aos fóruns de pactuação e de deliberação – SE
- b) Regionalização/Qualificação de microrregiões - SE

##### **2.4 Assistência Farmacêutica**

- a) Política de Assistência Farmacêutica - SCTIE

#### **3. Temas para apresentação e debate**

##### **3.1 Atenção à Saúde**

- a) Terapia Nutricional Hospitalar - SAS

##### **3.2 Informação e Informática**

- a) Operacionalização da Política de Informação e Informática – cartão SUS e descentralização do SIH – Datasus/SAS

#### **4. Informes**

- a) Política de Educação Permanente e acompanhamento do processo – SGETES
- b) Encontros Regionais - ANS

## **II. DESENVOLVIMENTO**

### **A. HOMOLOGAÇÃO:**

Foi aprovada a inclusão na pauta, dos temas Terapia Renal Substitutiva e Saúde Auditiva, para debate.

**A.1 Habilitação de municípios** – foi homologada a habilitação de 37 municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPABA e 04 municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal, para a competência agosto (Anexo I). Por solicitação do Cosems de Rondônia foi aprovado que o município de Nova Brasilândia do Oeste poderá ser habilitado em gestão plena de sistema municipal quando enviar Resolução da CIB atestando que o município foi habilitado na CIB sem pendências. A partir da competência agosto estão habilitados conforme a Noas, 1.783 municípios em GPABA e 207 municípios em GPSM.

**A.2 Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST** – qualificação do município de Luziânia/GO a partir da competência agosto. Foi dado o prazo até dia 30 de julho para os oito municípios que ainda não apresentaram o Plano para qualificação. (Anexo II).

**A.3 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças** – a CIT homologou a certificação de 20 municípios para competência agosto, totalizando 5.117 municípios certificados. (Anexo III).

**A.4 Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária** – não foi apresentado nenhum processo para homologação.

### **B. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO**

**B.1. Financiamento de Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids** – foi apresentado um resumo da portaria que estabelece normas para o pleito de recursos adicionais para o co-financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos por parte de Estados, Distrito Federal e Municípios qualificados para o recebimento do incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/aids/SVS (Anexo IV). O Conasems solicitou a definição da disponibilidade de recursos para cada estado para a implantação da proposta e integração das casas de apoio com as outras ações de assistência aos pacientes realizadas pelos municípios. O Conass considera que devem ser financiadas também as casas de apoio públicas e não apenas as privadas; solicitou a reformulação do parágrafo 2º do artigo 2º para melhorar o entendimento de que deve haver integração das casas de apoio com a rede de atenção à saúde; que sejam caracterizados de forma mais clara os tipos de casas de apoio para melhor entendimento e que sejam informados os parâmetros para definir os tetos de recursos por estado. Considerando que são necessários vários ajustes na proposta apresentada o Ministério da Saúde propôs que o assunto seja novamente discutido no Grupo Técnico de Vigilância em Saúde e retorne na próxima reunião, o que foi aprovado.

**B.2. Monitoramento das Metas e recursos do incentivo de controle da Aids** – foi apresentado um resumo das normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids e as orientações técnicas dos instrumentos que devem ser preenchidos pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito federal e municípios. O Conass e o Conasems se manifestaram favoravelmente ao monitoramento com os prazos acordados de seis meses para os recursos financeiros e de quatro meses para as metas. O assunto foi aprovado. (Anexo V).

**B.3 Equipe em transição para o Saúde da Família** – a proposta apresentada (Anexo VI) foi discutida no Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. O coordenador da reunião, Dr. Cipriano Maia informou que o assunto foi discutido na reunião do Conselho Nacional de Saúde do mês de julho, não tendo sido aprovado. O Secretário de Atenção à Saúde informou que o Conselho Nacional de Saúde deverá reavaliar o assunto na próxima reunião. Ressaltou que a proposta está restrita a equipes já existentes e novas equipes não podem ser implantadas neste modelo. O Conass ponderou que essas equipes não devem ser consideradas no cálculo da cobertura populacional do saúde da família; deve ser definido um período de transição; que as equipes em transição não poderão substituir equipes do

saúde da família já existentes; que os valores de financiamento das equipes de transição não sejam atrelados aos valores do saúde da família; que deve ser pensado um nome mais adequado para essas equipes. O Conasems considera que essas equipes não devem entrar no cálculo de cobertura apenas para o Proesf. Foram pactuados os seguintes pontos: a) a redação da portaria deve ser revista para melhor compreensão; b) o financiamento das equipes de transição não será vinculado ao percentual pago às equipes do saúde da família, devendo ser elaborada uma tabela à parte, com valor fixo; c) os resultados obtidos com as equipes de transição serão analisados em doze meses, podendo ser prorrogado o prazo para funcionamento das equipes; d) o cálculo da cobertura populacional deve ser feito em separado, isto é, as equipes de transição não devem ser consideradas para cálculo da cobertura do PSF dos municípios; f) essas equipes não podem substituir as equipes do PSF existentes. O Ministério da Saúde deverá enviar uma cópia da versão final da portaria ao Conass e ao Conasems antes da publicação em Diário Oficial, e aguardar a decisão final do Conselho Nacional de Saúde sobre o assunto.

**B.4 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde** – a Secretaria de Atenção à Saúde apresentou o resumo do que foi discutido no Grupo de Trabalho (Anexo VII). O Conass lembrou que foi pactuada a não divulgação dos resultados da avaliação no período eleitoral. O Conasems solicitou um cronograma mais amplo para a realização da avaliação e que a capacitação seja realizada para as equipes efetivas de controle e avaliação ou auditoria para que haja continuidade do trabalho após as eleições. Foi aprovado o tema e pactuado que se algum município tiver dificuldade no cumprimento do cronograma, o Ministério da Saúde verificará cada caso.

**B.5 Campanha de desarmamento** – o Conasems solicitou a inclusão na pauta da CIT, por considerar um tema de relevância, a discussão sobre a campanha de desarmamento que o governo federal iniciou, e o envolvimento do setor saúde nessa campanha. Foi aprovada a proposta de uma campanha conjunta das três esferas, com a redação de uma nota conjunta, a confecção de cartazes que divulguem a defesa da vida e uma sociedade sem armas, com ênfase na divulgação de informações sobre as consequências do uso de armas, bem como dados sobre a violência que atinge os jovens.

**B.6 Terapia Renal Substitutiva** – a Secretaria de Atenção à Saúde informou que foi realizada uma reunião com Conass e Conasems sobre a recomposição dos gastos para pagamento do mês de julho, quando foi discutida a proposta de utilizar a média dos gastos dos meses de março a maio, com análise interna de cada estado para verificar as variações, com a possibilidade de recomposição dos limites entre municípios no estado e informou que será discutida no Grupo de Trabalho uma nova modalidade de financiamento para ser discutida na CIT de agosto. O Conasems solicitou que seja estudada uma outra possibilidade de pagamento para o mês de julho que não seja apenas o cálculo dos gastos de março, abril e maio. O Conass solicitou que seja estudada uma nova base para recomposição dos valores diferente da que é utilizada hoje e que para a competência de agosto, se não tiver sido adotada uma nova sistemática, que o cálculo seja semelhante ao que é realizado para os recursos de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, utilizando a base dos meses de março a junho pois retrataria melhor o número de pacientes incluídos, bem como se aproximaria mais da média; propôs ainda que seja estudada a possibilidade de pagar o mês de julho por produção. Foi marcada para o dia 21 de julho uma reunião do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde para estudar o assunto.

**B.7 Fala do Ministro** – o Ministro da Saúde informou algumas ações que estão sendo realizadas: a) foram superadas as dificuldades que o Programa de Volta para Casa estava enfrentando pois o Ministério da Previdência Social não estava reconhecendo que a bolsa do Programa é um benefício terapêutico e não permanente e pode ser recebido cumulativamente com o benefício de prestação continuada que é fornecido pela Previdência Social a idosos e portadores de deficiência carentes; com a superação desse problema os recursos serão repassados o mais rápido possível; b) a política de álcool e droga que inclui a limitação de acesso e propaganda, está sendo elaborada e deverá ser anunciada em breve; c)

a partir de 2005 o Ministério da Saúde deverá se responsabilizar pela dispensação dos medicamentos de asma, hipertensão, diabetes, contraceptivos, anti-epiléticos e anti-tabagismo; propôs à Comissão Intergestores Tripartite a discussão sobre a definição das responsabilidades das esferas de gestão no que se refere à dispensação dos medicamentos para a garantia do acesso da população; d) o valor do incentivo para assistência farmacêutica básica não deverá ser aumentado pois haverá um aumento indireto do incentivo com a compra de vários medicamentos pelo Ministério da Saúde; e) construção de um processo de monitoramento dos recursos financeiros, com a pactuação de indicadores de resultados; f) a expectativa é de que a EC 29 será regulamentada a partir de 2005, portanto para 2005 serão incorporados cerca de R\$ 2,5 bilhões, grande parte já comprometida com políticas em fase de implantação. Ressaltou a importância da decisão tomada pelos gestores na CIT, a favor da participação conjunta do setor saúde na campanha do desarmamento. O Conasems apoiou a proposta de debater as responsabilidades dos gestores na assistência farmacêutica e ressaltou alguns pontos que considera importantes no momento: a regulamentação da Emenda Constitucional 29 e com a garantia de um melhor financiamento, uma adequada alocação dos recursos financeiros para a saúde, pactuada entre os três gestores; o aumento do valor do incentivo de assistência farmacêutica básica. O Conass elogiou a participação do Ministro da Saúde no Seminário de Medicamentos realizado no Rio Grande do Sul e comentou que a assistência farmacêutica tem sido uma preocupação para os secretários estaduais de saúde, principalmente os medicamentos de dispensação em caráter excepcional que têm consumido cada vez mais recursos financeiros dos estados; ressaltou alguns pontos que estão na agenda dos secretários estaduais de saúde: a necessidade de um esforço conjunto no Congresso Nacional para garantir a regulamentação da EC 29; a necessidade urgente de providenciar o registro nacional de preços para os medicamentos de dispensação em caráter excepcional; a adequada alocação de recursos em 2005 para a redução das iniquidades; uma reação dos gestores do SUS no que se refere à utilização das limitações do SUS para justificar o aumento abusivo dos planos privados de saúde. O Ministro da Saúde concordou com a necessidade de providenciar o registro nacional de preços e se comprometeu de tratar o assunto com prioridade.

**B.8 Fluxo dos recursos de estados e municípios aos fóruns de pactuação e de deliberação** – foi apresentada a última versão da proposta de portaria que regulamenta o fluxo dos recursos dos municípios no âmbito das instâncias intergestores (Anexo VIII). A minuta de portaria foi aprovada e deverá ser publicada.

**B.9 Regionalização/Qualificação de microrregiões** – o Ministério da Saúde apresentou proposta de inserir na discussão do pacto de gestão do SUS o tema da regionalização que é uma estratégia fundamental para a implantação desse pacto com base em novos compromissos e responsabilidades. Propôs a discussão de uma regionalização que integre as diversas ações e serviços, as redes já existentes e que leve em conta as dinâmicas social, cultural, sanitária e econômica das regiões e que não seja apenas cartorial. Propôs o início da discussão para construção da regionalização solidária com os papéis bem definidos dos gestores, com a criação de instâncias colegiadas de gestão e de planejamento regional. Propôs, ainda, uma reunião dos técnicos do Ministério da Saúde com os gestores da região de Quixadá que apresentou proposta de qualificação à CIT, para iniciar um projeto piloto de regionalização sob essa nova perspectiva e uma discussão com os estados em que há processos de qualificação de microrregiões em andamento. O Ministério da Saúde entende que qualificar qualquer região neste momento em que se propõe uma mudança nas regras de regionalização, cria um precedente que dificulta essa discussão. No dia 05 de agosto será realizada uma reunião com o Conass e o Conasems para discussão sobre o pacto de gestão e regionalização. O Conasems reafirmou que tendo em vista que as normas para regionalização contidas na Noas 2002 estão em vigência, deve ser homologado o pleito de qualificação da região de Quixadá imediatamente; concordou com a proposta de avançar na discussão de uma regionalização mais abrangente e solidária e para isso foi organizado um

grupo dentro do Conasems que está redigindo um documento sobre o assunto para apresentar sugestões na reunião do dia 05 de agosto; informou que foi aprovada na CIB do Pará a qualificação da região de Belém. O Conass se posicionou favorável à qualificação da Microrregião de Quixadá; concordou que há necessidade de modificar alguns pontos da regionalização proposta pela Noas 2002 que estão sendo difíceis de operacionalizar mas considera, que por enquanto deve ser cumprido o que está previsto na Noas 2002; ressalta que o Plano Diretor de Regionalização elaborado pelos estados foi um grande avanço na relação de estados e municípios e muitos deles refletem uma construção compartilhada e se não há um ganho financeiro para a região de Quixadá, já houve uma compensação para os municípios com a organização dos serviços. Não houve consenso sobre a qualificação de microrregiões pois o Ministério da Saúde não concorda com a qualificação conforme a Noas 2002 e foi entendido que as microrregiões de Quixadá e Belém serão priorizadas na discussão para estruturação da regionalização solidária proposta pelo Ministério da Saúde. Informar às Secretarias Estaduais às CIB e aos Cosems a orientação de não recebimento dos pleitos de qualificação de microrregiões pela Secretaria Técnica da CIT.

**B.10 Política de Assistência Farmacêutica** – o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos informou que o Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica está se reunindo para discutir os valores de repasse do encontro de contas para os meses de julho, agosto e setembro e negociando o desconto dos valores da Imiglucrase comprada pelo Ministério da Saúde e distribuída aos estados; está sendo discutida internamente pelo Ministério da Saúde a política de medicamentos que será apresentada em breve para debate. Foi lembrado também que está em elaboração um Projeto de Lei estabelecendo os protocolos de medicamentos para discussão com os gestores e o Congresso Nacional. O Conass abordou os seguintes aspectos: a prioridade do registro nacional de preços; no encontro de contas é importante que o desconto dos valores gastos com a compra da Imiglucrase seja o que foi efetivamente pago pelo Ministério da Saúde na aquisição do medicamento, que foi um preço especial e que esse desconto não inviabilize a transferência mensal de recursos para alguns estados que precisam continuar comprando outros medicamentos; solicitou as planilhas com o cálculo do desconto da Imunoglobulina; a necessidade de marcar um prazo para o edital do registro de preços; quais as providências que estão sendo tomadas na programação das compras de medicamentos pelo Ministério da Saúde para evitar a compra dos mesmos medicamentos pelos outros gestores. O Conasems registrou que a maioria dos estados não tem cumprido com a responsabilidade assumida no financiamento da assistência farmacêutica básica. O Conass solicitou o encaminhamento da informação de quais estados não estão cumprindo o acordo. Foi acordado que o Grupo de Trabalho fará uma reunião no dia 22 próximo e deverá pautar também a discussão sobre as responsabilidades das três esferas na compra dos medicamentos e quais os medicamentos; analisar o impacto financeiro dessa divisão de responsabilidades para cada esfera e a logística de compra e distribuição.

## **C. Temas para apresentação e debate**

**C.1 Operacionalização da Política de Informação e Informática – cartão SUS e descentralização do SIH** – o Sistema Cartão Nacional de Saúde pretende identificar os cidadãos brasileiros para uma melhor gestão sobre os fluxos, processos e organização do sistema melhorando a qualidade da informação; estão em processo de implantação em quarenta e quatro municípios-piloto, dois sistemas diferentes de informatização do cartão, que estarão disponíveis para todos os municípios que se interessarem, não sendo obrigatório o uso desses sistemas; está sendo elaborada uma versão do sistema para utilizar em qualquer máquina sem necessidade de equipamentos exclusivos; os cartões foram distribuídos de maneira desorganizada para muitos municípios que ainda não implantaram o sistema de informatização e ainda estão cadastrando os usuários; estão sendo distribuídos mais 15 milhões de cartões para municípios que já têm o cadastro e outros 50 milhões estão sendo adquiridos; estão sendo agregadas novas funcionalidades aos cartões; estão sendo

descentralizadas as bases de dados cadastrais e os municípios estão sendo treinados para utilizar os aplicativos para utilização dessas bases de dados; o Datasus está trabalhando na integração dos sistemas hoje existentes. Sobre a descentralização da AIH foram convidados técnicos de estados e municípios para colaborar na elaboração da proposta que será discutida no Grupo de Trabalho para ser pactuado na CIT, após o término da consulta pública. Está em teste o módulo autorizador com mudanças importantes para a segurança e agilização do processo e no dia 21 próximo será realizada uma vídeo-conferência para discutir com os técnicos dos municípios que estão participando do teste. O Conass manifestou preocupação com a responsabilidade atribuída a estados e municípios por meio da Portaria SAS 174 de 14/05/04, pela confecção dos cartões com numeração provisória para atendimento de pacientes que necessitem de procedimentos ambulatoriais e hospitalares que exigem autorização prévia. O Conasems solicitou que o Grupo Técnico de Informação e Informática volte a se reunir para discutir uma pauta sobre a implementação da Política de Informação e Informática, que deverá ser construída de forma tripartite. O Grupo Técnico deverá se reunir na última semana de julho.

#### **D. Informes**

**D.1 Política de Educação Permanente e acompanhamento do processo** – são 86 Pólos de Educação Permanente em constituição, dos quais 40 apresentaram projetos e 21 estão sendo contratados; a organização da regionalização dos Pólos é diferente da organização dos PDR dos estados; os recursos financeiros são da ordem de R\$ 40 milhões e o repasse está enfrentando alguns problemas de ordem burocrática que já está sendo resolvido junto à OPAS; a remuneração dos servidores na atividade docente está sendo discutida com o Ministério do Planejamento para encontrar uma solução; será realizado um Seminário que reunirá os atores de gestão do SUS, da educação superior e do controle social em saúde para pensar e propor compromissos entre os setores da saúde e da educação na construção da atenção integral na saúde individual e coletiva; está sendo montado um projeto de educação à distância junto com a Escola Nacional de Saúde Pública para a formação de cerca de doze mil pessoas até o final de 2005 e realizar a discussão sobre o que é educação permanente. O Grupo de Trabalho está aguardando sugestões para o documento que está sendo elaborado para pautar na próxima reunião da CIT para debate.

**D.2 Encontros Regionais de integração com o SUS** – o objetivo desses encontros que serão realizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar é a construção de uma agenda comum estabelecendo um processo de participação com o envolvimento de todos os interessados na elaboração das diretrizes e das referências que servirão de temas para a elaboração dessa agenda, no processo de integração do setor privado com o SUS. Foi apresentada uma proposta de pauta para os Encontros macrorregionais que deverão acontecer no período de agosto de 2004 a janeiro de 2005; foi solicitado que o Conass e o Conasems apresentem sugestões de temas de relevância para os estados e municípios, a fim de que sejam incluídos na pauta. O Conass e o Conasems ressaltaram a importância das reuniões mas ponderaram que as datas propostas para os encontros não são muito adequadas tendo em vista a realização das eleições municipais e a mudança das equipes em muitos municípios. O Conasems sugeriu a realização de uma única reunião nacional antes do final do ano. O assunto foi encaminhado para discussão no GT de Gestão do SUS.

**D.3 SAMU** – estão sendo feitas mudanças na forma de repasse dos recursos do incentivo inicial para a implantação do SAMU, que passará a ser fundo a fundo e não de forma convênial. No mês seguinte da habilitação os recursos serão repassados e está sendo estudada a forma de devolução do recurso no caso do município receber e não implantar o projeto num prazo determinado.

## Anexo I

**Municípios pleiteantes à gestão plena de  
atenção básica ampliada e gestão plena de  
sistema municipal, em 15/07/04**

GPABA		
UF	COD_IBGE	MUNICIPIO
CE	230650	Itapiúna
MG	310240	Alvorada de Minas
MG	310340	Araçuaí
MG	310445	Aricanduva
MG	311060	Cambuí
MG	311110	Campina Verde
MG	311790	Congonhal
MG	312430	Espinosa
MG	312800	Guanhães
MG	313490	Jacutinga
MG	313535	Japonvar
MG	314910	Pedralva
MG	315057	Pintópolis
MG	315340	Presidente Olegário
MG	316110	São Francisco
MG	316245	<b>São João das Missões</b>
MG	316390	São Pedro da União
MG	316740	Silvianópolis
PB	250390	<b>Camalaú</b>
PB	250625	Gado Bravo
PB	251200	<b>Pocinhos</b>
PB	251203	Poço Dantas
PE	260765	Itambé
RJ	330395	<b>Pinheiral</b>
RN	240130	<b>Augusto Severo</b>
RS	430485	Carlos Gomes
RS	431190	Marcelino Ramos
RS	431531	Quatro Irmãos
SP	351030	Capela do Alto
SP	350250	Aparecida
SP	351440	Dracena
SP	352720	Lorena
SP	354000	Pompéia
SP	354120	Presidente Bernardes
SP	354140	Presidente Prudente
SP	354280	Ribeira
SP	355060	São Roque

**Total 37 municípios**

GPSM		
UF	COD_IBGE	MUNICIPIO
GO	520450	Caldas Novas
GO	521770	Pontalina
MG	310670	Betim
RO	110014	Nova Brasilândia do Oeste

**Total 04 municípios**

## **Anexo II.**

### **RESUMO**

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

Dados até 06 de julho de 2004.

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

Total de **Municípios** Qualificados: **407**

Total de **Estados** com pleito para Fórmula Infantil: **27**

#### **Municípios não qualificados:**

Teresópolis-RJ, → O Estado está analisando o PAM.

Municípios - SP → a SES deu prazo para apresentarem os PAM's até 30 de julho/2004 (Bertioga, Jaguariúna, Jales, Presidente Venceslau, Santa Isabel, São José do Rio Pardo, Vargem Grande Paulista.)

Município **qualificado** em julho

Luziânia-GO

	Em milhões
<b><u>Orçamento aprovado (2004)</u></b>	<b>= R\$ 111.307.634,52</b>
<b>Valor Incentivo a ser pago até dezembro de 2004</b>	<b>= R\$ 105.177.616,53</b>
<b><u>Valor da Fórmula Infantil a ser pago até dezembro de 2004</u></b>	<b>= R\$ <u>2.482.700,86</u></b>

**Informações sobre o Incentivo: <http://www.aids.gov.br/incentivo>**

### Anexo III

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

UF	CERTIFICAÇÃO		PENDÊNCIAS
	<u>ESTADO</u>	Municípios	
Maranhão	Já certificado	01	✓ Não
Minas Gerais	Já certificado	03	✓ Não
Piauí	Já certificado	02	✓ Não
Paraná	Já certificado	01	✓ Não
Rio Grande do Sul	Já certificado	13	✓ Não
<b>TOTAL</b>		<b>20</b>	

**CIT- Julho/2004**

## Anexo IV

### MINUTA

Portaria n.º , de 2004.

**Dispõe sobre as normas relativas aos recursos adicionais destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, qualificados para o recebimento de Incentivo para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/aids.**

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições, **considerando:**

A Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002, que institui o Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de DST/aids da Secretaria de Vigilância em Saúde (PN-DST/aids), e aprova as normas relativas a este;

A importância da participação e parceria da sociedade civil organizada e de instituições não governamentais no acompanhamento, atenção, promoção à saúde e reintegração social e familiar das pessoas vivendo com HIV/aids;

O trabalho que vem sendo desenvolvido pelas Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/aids, acolhendo-os temporariamente, apoiando-os e orientando-os quanto aos cuidados à saúde, promovendo a adesão e uso correto dos medicamentos, bem como o fortalecimento dos seus laços sociais e familiares, reintegrando-os a sociedade;

### **RESOLVE:**

**Art. 1º** Estabelecer normas para o pleito de recursos adicionais para o co-financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos por parte de Estados, Distrito Federal e Municípios qualificados para o recebimento do incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/aids/SVS, instituído pela Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002.

**Art.2º** São consideradas Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/aids, as pessoas jurídicas de direito privado, organizadas sem fins lucrativos que desenvolvam ações, atividades contínuas e/ou pontuais de apoio à atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/aids em situação de vulnerabilidade e que ofereçam abrigo permanente ou temporário.

§ 1º As instituições descritas no *caput* deste artigo devem estar devidamente registradas perante o Cartório de Registros Públicos de acordo com a legislação em vigor.

§ 2º As instituições aqui descritas devem ser dotadas de ambientes físicos em perfeitas condições de higiene, instalações e equipamentos necessários e adequados para o atendimento de pessoas com HIV/aids, sob regime de internato ou não, durante período de tempo indeterminado ou delimitado, apresentando Regimento Interno do estabelecimento que contemple critérios técnicos para desenvolver as ações de apoio e atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/aids.

§ 3º As instituições devem, ainda, dispor de funcionários próprios e/ou voluntários devidamente capacitados para o exercício de suas funções de apoio à atenção à saúde dos usuários, bem como na promoção da reinserção social e no mercado de trabalho.

§ 4º A prestação de apoio à atenção à saúde de adultos vivendo com HIV/aids por parte das Casas de Apoio, é definida como cuidados gerais, resguardados o sigilo e a dignidade das pessoas vivendo com HIV/aids, compreendendo:

**I** - promoção à saúde e prevenção de infecções por DST/aids e outras doenças infecciosas;

**II** – estímulo ao processo de adesão ao tratamento;

**III** - desenvolvimento de cuidados pessoais;

**IV** - promoção do acesso aos serviços de saúde e de proteção aos direitos humanos;

**V** - promoção de atividades profissionalizantes e / ou de geração de renda;

**VI** – alimentação adequada;

**VII** - atividades lúdicas e terapêuticas entre outros;

**VIII** – promoção, manutenção e recuperação dos vínculos familiares e sociais.

§ 5º O objetivo das Casas de Apoio deve pautar-se pela reintegração das pessoas no seu núcleo familiar e na comunidade e, ainda, a retomada ou o início do desenvolvimento de atividades laborais, contando com a rede de apoio social local.

§6º Esses estabelecimentos não devem ser confundidos com estabelecimentos que compõem a rede de serviços de saúde pública e ou privada, que prestam assistência básica e especializada.

§ 7º As casas de apoio para adultos vivendo com HIV/aids, objeto desta Portaria, são classificadas da seguinte forma:

**I - Casa de Apoio Tipo 1 –**

São Casas que funcionam como estrutura de suporte de acolhimento temporário ou de longa duração, ao adulto que apresenta necessidade de apoio, acomodação, cuidados com alimentação e de acompanhamento para adesão ao tratamento.

Geralmente, os usuários apresentam condições clínicas para a prática de atividades preventivas, educativas e profissionalizantes, possuem vínculos familiares e sociais

fragilizados, necessitando de promoção à sua reinserção no ambiente familiar e social para retornar à sua moradia permanente.

II - **Casa de Apoio Tipo 2** – São casas que funcionam como estrutura de suporte temporário ou de longa duração, acolhendo adultos que após alta hospitalar ou qualquer intervenção terapêutica encontram-se clinicamente em período de recuperação física e social. Oferecem cuidados com alimentação, adesão ao tratamento, acomodação e promoção a reinserção social.

**Art. 3º** Para aderir e pleitear recursos financeiros adicionais, os Estados, em conjunto com os Municípios e o Distrito Federal, deverão elaborar e apresentar uma Proposta Estadual Anual de Identificação de Casas de Apoio devidamente aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, de acordo com os artigos 7º e 8º e orientações contidas no Anexo I desta portaria, disponibilizado por meio eletrônico no endereço: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).

**Art. 4º** Para estabelecer o total de recursos a serem repassados para Estados, Distrito Federal e Municípios para as Casas de Apoio identificadas, serão levados a efeito o número de acomodações destinadas ao acolhimento e apoio à atenção à saúde para adultos portadores de HIV/aids, explicitado na Proposta Estadual.

**Parágrafo Único** - É fixado o valor de R\$200,00 por acomodação/mês para Casas de Apoio do Tipo 1 e o valor de R\$350,00 acomodação/mês para Casas de Apoio do Tipo 2. Os valores serão repassado pelo Governo Federal a Estados, Municípios e Distrito Federal, qualificados previamente para recebimento do Incentivo de acordo com a Proposta aprovada.

**Art. 5º** Os recursos financeiros de que trata a presente Portaria são complementares aos recursos de outras fontes que os estabelecimentos eventualmente já percebam.

**Parágrafo Único** - Os recursos financeiros estarão vinculados à Proposta Estadual para Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/aids, respeitando prazos, instrumentos de repasse de recursos financeiros e de acompanhamento e avaliação, e devem ser utilizados para aperfeiçoar a capacidade organizacional e de resposta das Casas de Apoio.

**Art. 6º** Caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, a responsabilidade pelo repasse dos recursos financeiros aos Fundos de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, em conformidade com a Proposta Estadual Anual de Identificação de Casas de Apoio pactuado.

§ 1º Os recursos financeiros serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, em parcelas mensais, devendo ser utilizada a mesma conta do pleiteante, correspondente aos recursos recebidos pela Portaria nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002, que institui o incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/aids/SVS;

§ 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para transferência, regular e automática, para os respectivos Fundos de Saúde, observando a comprovação da aplicação dos recursos.

**Art. 7º** Às Secretarias Estaduais de Saúde compete:

§ 1º Providenciar, em conjunto com os Municípios, a elaboração da Proposta Estadual Anual de Identificação de Casas de Apoio e o respectivo total de acomodações a serem disponibilizadas, conforme formulário específico encontrado no endereço eletrônico [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), providenciando a sua pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, encaminhando-o ao Programa Nacional de DST/aids/SVS;

§ 2º Pleitear os recursos correspondentes às Casas de Apoio localizadas nos Municípios não qualificados ao Incentivo, ou Municípios qualificados mas que não o pleitearem;

§ 3º Estabelecer instrumentos e mecanismos de repasse dos recursos financeiros e de acompanhamento para as Casas de Apoio identificadas na Proposta Estadual e sob a sua responsabilidade gestora;

§ 4º Propor normas e instruções complementares, sempre que se fizer necessário.

**Art. 8º** - Às Secretarias Municipais de Saúde Compete:

§ 1º Providenciar, em conjunto com o Estado, Proposta Estadual Anual de Identificação de Casas de Apoio e o respectivo total de acomodações, conforme formulário específico disponibilizado pelo Programa Nacional de DST/aids/SVS no endereço eletrônico [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) ;

§ 2º Estabelecer instrumentos e mecanismos de repasse dos recursos financeiros e de acompanhamento para as Casas de Apoio identificadas na Proposta Estadual e sob a sua responsabilidade gestora;

§ 3º Propor normas e instruções complementares, sempre que se fizer necessário.

**Art. 9º** Das responsabilidades, Requisitos e Prerrogativas dos Estados, Distrito Federal e Municípios:

**§ 1º Das Responsabilidades:**

I - Acompanhar, monitorar e avaliar as ações de apoio e atenção à saúde e demais atividades e serviços complementares desenvolvidos pelas Casas de Apoio, objeto deste financiamento;

**II** - Manter atualizadas as informações sobre o percentual de adultos vivendo com HIV/aids atendidas pelos estabelecimentos, nos respectivos territórios;

**III** - O Estado deverá definir e implementar, em conjunto com os demais Municípios da região, metodologia eficaz de identificação de acomodações para encaminhamento de clientela referenciada, quando necessário, responsabilizando-se pelo acompanhamento dos casos referenciados, de acordo com as responsabilidades de controle e avaliação assumidas no âmbito do modelo de gestão do SUS;

**IV** - Alimentar e manter atualizados, anualmente, os sistemas de informação acordados com o Programa Nacional de DST/aids/SVS;

**V** - Os Municípios e Estados deverão elaborar prestação anual de contas ao respectivo Conselho de Saúde e a encaminhará ao Programa Nacional de DST/aids/SVS.

**§ 2º Dos Requisitos:**

**I** - Estar qualificado para o recebimento do Incentivo instituído no âmbito do Programa Nacional de HIV/aids/SVS pela Portaria n.º 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União n.º 55, de 20 de março de 2003, Seção1, pág. 25;

**II** - Formalizar a solicitação e apresentar a Proposta Estadual Anual de Identificação de Casas de Apoio homologada pela Comissão Intergestores Bipartite.

**§ 3º Das Prerrogativas:**

**I - Transferência regular, Fundo a Fundo, dos recursos federais, de que trata esta Portaria para o financiamento de Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/aids.**

**Art. 10** Caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/aids da Secretaria de Vigilância em Saúde:

**I** - Avaliar as Propostas Estaduais, bem como prestar assessoria para desenvolvimento das mesmas;

**II** - Homologar na Comissão Intergestores Tripartite as Propostas aprovadas;

**III** - Monitorar e avaliar o alcance dos objetivos propostos para o co-financiamento das Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids;

**IV** - Propor normas e instruções complementares sempre que se fizer necessário;

**V** - Encaminhar ao Fundo Nacional de Saúde a solicitação de pagamento do mês de competência.

**Art. 11** Para efeito de verificação da aplicação dos recursos, serão utilizadas planilhas de prestação de contas, conforme modelos indicados nos Anexos III e IV disponibilizados no endereço eletrônico [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).

**I** - Caso seja observada qualquer irregularidade, o Ministério da Saúde, por meio do PN DST/aids/SVS deverá solicitar a Comissão Intergestores Bipartite que proceda a avaliação e emita, no prazo máximo de 30 dias da data de recebimento, relatório com parecer conclusivo;

**II** - Se houver a comprovação do uso dos recursos adicionais em desacordo com o objeto da presente portaria, a Secretaria de Saúde responsável estará obrigada a devolver os recursos correspondentes ao valor utilizado em desacordo, acrescido do eventual saldo existente à época, através de código específico orientado pelo Fundo Nacional de Saúde, devendo ser suspenso o repasse de outras parcelas, quando houver;

**III** - Os recursos de que trata esta Portaria não poderão ser utilizados por Estados e Municípios para o financiamento concomitante de uma mesma Casa de Apoio.

**Art. 12** Os casos omissos serão decididos pelo Programa Nacional de DST/aids/SVS em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

**Art. 13** Os recursos orçamentários objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte Programa de Trabalho: 10.845.1306.0214 – Incentivo Financeiro a Estados e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis.

**Art. 14** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ANEXO – PLANO ESTADUAL ANUAL DE IDENTIFICAÇÃO DAS CASAS DE APOIO  
PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

**PLANO DO ESTADO DE...**

O presente Plano Estadual tem por objetivo identificar acomodações disponíveis em Casas de Apoio que cumpram as condições descritas na Portaria nº\_\_ de (dia) de (mês) de (ano) para o pleito de recursos financeiros adicionais para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/Aids.

**1. Justificativa:** (Contextualizar sucintamente a situação do diagnóstico da epidemia na população alvo e a situação sócio-econômica)

a) Situação atual da ocorrência de aids: (Apresentar dados epidemiológicos da região)

b) Organização da referência e contra-referência ( Informar unidades de Saúde referência para o tratamento dos pacientes acolhidos)

c) Parcerias governamentais e não-governamentais existentes ou previstas: (Informar a existência de parcerias)

**2. Planejamento das ações:**

(A título de exemplo, criou-se a planilha abaixo. O importante é que todas as informações solicitadas sejam incluídas no Plano).

<b>Dados da casa de Apoio</b>			
Nome:		Número de atendimentos:	
CNPJ:		Número de acomodações:	
Endereço Completo :			
Telefone:	e-mail:		
Responsável pela Instituição:			
<b>Ações atenção e promoção da saúde</b>			
Ação			
Proporcionar a integração entre Unidade de saúde e paciente.			
Favorecer o processo de acolhimento			
<b>Ações e práticas de cuidados pessoais diários e educativos</b>			

Ação			
<b>Ações relacionadas a orientação e adesão ao tratamento</b>			
Ação			
Acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial			
<b>Orientações para Saúde sexual e saúde reprodutiva</b>			
Ação			
Ações direcionadas para familiares e amigos			
<b>Orientações para acesso aos serviços de saúde</b>			
Ação			
<b>Atividades lúdicas e terapêuticas:</b>			
<b>Atividades relacionadas a reinserção familiar e social</b>			
Ação			

**3-Descrição da Casa – Capacidade de acomodações:** (descrever sucintamente a infra-estrutura disponível)

**4- Recursos humanos disponíveis:** (descrever o número de funcionários próprios e/ou voluntários)

**5- Fluxo de referência e contra-referência:** (Descrever os métodos utilizados para referenciar pacientes as Acomodações da Casa de Apoio e das Casas de Apoio aos serviços de saúde ou outros)

**6-Formas de repasse dos recursos as Casas de apoio:** (Informar a forma e condições escolhidas para o repasse dos recursos financeiros)

## ANEXO II – TERMO DE ADESÃO:

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de \_\_\_\_\_ e as Secretarias Municipais de Saúde listadas abaixo, por estarem de acordo com a determinações e critérios estabelecidos pela Portaria N.º \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004, que trata das normas relativas a solicitação de recursos adicionais destinados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, qualificados para o recebimento de Incentivo para o Financiamento das Ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids, formalizam o presente Termo de Adesão, comprometem-se a elaborar o Plano Estadual Anual de Identificação das Casas de Apoio que deverá ser encaminhado para homologação da CIB - Comissão Intergestores Bipartite e posteriormente encaminhado ao PNDST/AIDS para avaliação e aprovação:

Local e data

\_\_\_\_\_  
Secretario Estadual de Saúde

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

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

### **Estado:**

a) Justificativa: (situação atual da ocorrência de aids no estado, existência de casas de Apoio, articulação proposta pela SES e SMS com as casas de apoio).

b) Identificação e características das casas: (No geral: Numero das casas – tipologia - número de leitos, valor mensal e anual, endereço por município e gestor e responsável, mecanismo de repasse financeiro utilizado)

c) Anexar: descrição da casa, das atividades propostas e dos recursos humanos envolvidos, registro etc.

d) Anexar Declaração/ termo de compromisso de cumprimento da Portaria assinado gestor responsável e termo de solicitação de recursos adicionais com tabela síntese contemplando:

e) Casa de apoio - razão social:

f) Numero de acomodações mês/ ano:

g) Valor mês/ ano:

h) Resolução da CIB:

ANEXO III – Planilha de Prestação de Contas

Para efeito de verificação da aplicação dos recursos os Municípios deverão encaminhar anualmente à Secretaria de Estado da Saúde as informações a seguir:

Estado:				
Município:				
Casa de Apoio (citar razão social)	Quantidade de acomodações disponibilizadas no ano (acomodações mensais x 12 meses)	% de ocupação média mensal no ano	Valor Recebido no PAM para Casas de Apoio no ano (R\$)	Valor Repassado do PAM para Casas de Apoio no ano (R\$)
1.				
2.				
3.				
4.				
n.				
TOTAL	= (soma acima)	= (soma acima)/n casas	= (soma acima)	= (soma acima)

ANEXO IV – Planilha de Prestação de Contas

Para efeito de verificação da aplicação dos recursos os Estados e Distrito Federal deverão encaminhar anualmente ao Programa Nacional DST/AIDS/SVS/MS as informações a seguir:

Estado:				
Municípios	Quantidade de acomodações disponibilizadas no ano (acomodações mensais x 12 meses)	% de ocupação média mensal no ano	Valor Recebido no PAM para Casas de Apoio no ano (R\$)	Valor Repassado do PAM para Casas de Apoio no ano (R\$)
1. (=) município respondente	= linha de totais daquele município	= linha de totais daquele município	= linha de totais daquele município	= linha de totais daquele município
2.				
3.				
4.				
n.				
TOTAL	= (soma acima)	= (soma acima)/n municípios	= (soma acima)	= (soma acima)

## Anexo V

Portaria N.º , de de de 2004

**O Ministro de Estado da Saúde**, no uso das suas atribuições, considerando:

- a **Portaria nº 2313/GM, de 19 de dezembro de 2002**, que institui o Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST e versa sobre a responsabilidade das três esferas do governo em implementar o acompanhamento e monitoramento das ações programadas no Plano de Ações e Metas;

- a necessidade de garantir a transparência no uso dos recursos financeiros e de verificação da capacidade de gasto dos gestores de saúde, sempre associada a qualidade da resposta local para o enfrentamento da epidemia;

- a necessidade de acompanhamento do cumprimento das pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), como requisitos para a qualificação de estados e municípios ao Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, referentes à disponibilização de medicamentos para tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e das Infecções Oportunistas relacionadas à aids (I.O.) e ao fornecimento de preservativos masculinos;

- a necessidade de gerar subsídios à retroalimentação do processo de programação dos Planos de Ações e Metas (PAM) e à tomada de decisões pelos gestores de saúde federal, estadual e municipal, **resolve**:

Art. 1º Aprovar normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids, constantes do ANEXO desta Portaria e que dela é parte integrante.

**Parágrafo único** O Sistema de Monitoramento, aprovado no *caput* deste artigo, compõem-se de instrumentos que devem ser preenchidos pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito federal e municípios. No ANEXO desta portaria encontram-se as orientações técnicas específicas para o preenchimento dos instrumentos, os fluxos da informação, os prazos para preenchimento e encaminhamento dos instrumentos e respectivas sanções, em caso do não cumprimento das normas estabelecidas.

Art. 2º Determinar que, no primeiro trimestre de cada ano, o Programa Nacional de DST e Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde, proceda, juntamente com o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GT-VS), da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), revisão dos indicadores, constantes do item 2 do ANEXO 1 desta Portaria.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

**HUMBERTO COSTA**

### ANEXO

#### **Normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.**

##### **1. Acompanhamento da Evolução das Metas Programadas no Plano de Ações e Metas (PAM)**

As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, qualificados para o recebimento do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, deverão preencher quadrimestralmente o instrumento de acompanhamento de metas, de acordo com as metas programadas no respectivo Plano de Ações e Metas (PAM), e encaminhar ao PN-DST/Aids/SVS/MS até 30 dias após o encerramento do quadrimestre em questão.

As informações prestadas em relação ao cumprimento das metas programadas serão analisadas pelo PN-DST/Aids/SVS/MS e ao final do período de 12 meses, os estados, Distrito Federal e municípios que não alcançarem as metas previstas no PAM e não apresentarem nenhuma justificativa para o não atingimento, seja através do sistema de monitoramento ou no momento do encerramento do período, estarão sujeitos às penalidades previstas, ou seja, bloqueio do repasse de recursos e desqualificação para o recebimento do Incentivo. Entende-se por bloqueio a interrupção do repasse da(s) parcela(s) do incentivo, em caráter temporário, determinado por uma situação específica, onde regularizada a situação determinante, o respectivo gestor de saúde fará jus ao recebimento dos recursos retroativos ao período em que ficou bloqueado.

## **2. Acompanhamento da Evolução dos Indicadores e Índice Composto de DST**

Os estados, o Distrito Federal e os municípios qualificados na Política de Incentivo deverão preencher as planilhas dos indicadores e índice composto de DST e encaminhar ao PN-DST/Aids/SVS/MS até 30 dias após a periodicidade definida para cada indicador.

## **3. Acompanhamento da Evolução da Execução dos Recursos Financeiros**

A evolução da execução dos recursos financeiros será verificada por meio de dois instrumentos:

### **3.1. Planilha de demonstrativo financeiro:**

As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios devem encaminhar planilha de demonstrativo financeiro para o PN-DST/Aids/SVS/MS, a cada seis meses. Esse demonstrativo deverá conter as seguintes informações:

- Nome do estado/município e UF;
- Data da elaboração do demonstrativo;
- Valor de recursos próprios aplicados;
- Valor empenhado e não pago com recursos do incentivo;
- Valor pago com recursos do incentivo e;
- Valor do recurso do incentivo repassado para OSC (para as Secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios indicados para receber o recurso destinado às OSC, pela respectiva CIB).

No caso do preenchimento do instrumento *on-line*, o nome do estado/município e a data de elaboração do demonstrativo serão preenchidos automaticamente pelo sistema informatizado.

### **3.2. Espelho da conta-bancária:**

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) deverá encaminhar à SVS, que por sua vez encaminhará ao PN-DST/Aids/SVS/MS, espelho da conta bancária dos estados/municípios qualificados. Caso seja verificado que o estado/município ficou seis meses sem movimentar a conta e não exista nenhuma justificativa explicitada na planilha de demonstrativo financeiro ou no acompanhamento das metas, o PN-DST/Aids/SVS/MS encaminhará carta de solicitação de justificativa para o respectivo gestor de saúde, cuja resposta não deverá ultrapassar 15 dias da data de recebimento. Caso o PN-DST/Aids/SVS/MS não receba justificativa após data limite, será utilizada somente a informação recebida do FNS para tomar a decisão sobre o bloqueio do recurso.

## **4. Acompanhamento do Estabelecimento de Parceria com Organização(ões) da Sociedade Civil (OSC):**

Os estados, o Distrito Federal e os municípios indicados para receber o recurso destinado às OSC, pela respectiva CIB, devem encaminhar quadrimestralmente para o PN-DST/Aids/SVS/MS planilha que demonstre a situação das parcerias com as OSC. Nos casos onde houver parcerias estabelecidas, essa planilha deverá conter, basicamente, as seguintes informações: Nome da OSC, CNPJ, título do projeto, população abrangida, valor do projeto, período de vigência e um texto contendo a análise da execução no quadrimestre. Caso o estado, Distrito Federal ou município não tenha formalizado nenhuma parceria com OSC até o quadrimestre em questão, essa planilha deverá conter a análise da situação de execução da parceria com as OSC, explicitando a situação atual do processo. Se o gestor estadual/municipal de saúde não encaminhar a planilha até 30 dias após a

periodicidade definida, o PN-DST/AIDS/SVS/MS encaminhará carta de solicitação de justificativa para o respectivo gestor. Nos casos onde se verificar o não atendimento ao solicitado no item 6 desta norma, os recursos destinados ao financiamento de ações desenvolvidas por OSC, não utilizados, orçamentária e/ou financeiramente, para este fim específico, deverão ser devolvidos ao Ministério da Saúde, através de código específico orientado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

## **5. Acompanhamento do Cumprimento das Pactuações para a disponibilização de insumos estratégicos realizadas em CIB:**

### **5.1. Medicamentos para o tratamento de Infecções Oportunistas (I.O.) relacionadas à aids:**

As secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal devem encaminhar a cada seis meses um relatório qualitativo contendo uma análise da situação da disponibilização dos medicamentos para tratamento de I.O. no seu território, informando se a SES e o conjunto de SMS de seus municípios estão cumprindo o estabelecido na pactuação realizada na respectiva CIB como requisito ao processo de qualificação ao Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, destacando principais problemas e possíveis soluções. Esse relatório deverá conter uma análise global de situação do percentual da disponibilização da relação de medicamentos, bem como, quando for o caso, explicitar eventuais problemas de abastecimento da rede verificados para um ou mais medicamentos específicos.

Caso seja verificado que o estado ou município não esteja cumprindo a pactuação, total ou parcialmente, o PN-DST/AIDS-SVS realizará supervisão local e, nos casos onde se comprovar o não cumprimento, estabelecerá Termo de Compromisso com o respectivo gestor para a superação conjunta do(s) problema(s) determinante(s).

### **5.2. Medicamentos para o tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST):**

As secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal devem encaminhar a cada seis meses um relatório qualitativo contendo uma análise de situação da disponibilização dos medicamentos para tratamento de DST no seu território, informando se a SES e o conjunto de SMS de seus municípios estão cumprindo o estabelecido na pactuação realizada na respectiva CIB como requisito ao processo de qualificação ao Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, destacando principais problemas e possíveis soluções. Esse relatório deverá conter uma análise global de situação do percentual de disponibilização da relação de medicamentos, bem como, quando for o caso, explicitar eventuais problemas de abastecimento da rede verificados para um ou mais medicamentos específicos.

Caso seja verificado que o estado ou município não esteja cumprindo a pactuação, total ou parcialmente, o PN-DST/AIDS-SVS realizará supervisão local e, nos casos onde se comprovar o não cumprimento, estabelecerá Termo de Compromisso com o respectivo gestor para a superação conjunta do(s) problema(s) determinante(s).

### **5.3. Preservativos masculinos:**

Para o acompanhamento do cumprimento da pactuação de preservativos serão utilizadas as informações do Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção do Programa Nacional de DST e Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde, já em utilização, com periodicidade mensal, pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal que, para tanto, passa a ser de preenchimento obrigatório.

## **6. Disposições Finais:**

**Das Justificativas e Penalidades:** Em todos as circunstâncias citadas nos itens 1, 2, 3.1., 4, 5.1., 5.2. e 5.3. desta norma, 30(trinta) dias após a periodicidade definida para a envio dos respectivos instrumentos devidamente preenchidos, o PN-DST/AIDS/SVS/MS encaminhará carta de solicitação de justificativa ao respectivo gestor que terá um período máximo de 15 dias, a contar da data do recebimento da solicitação, para resposta ou preenchimento do instrumento em questão. Se, ainda assim, a justificativa ou o preenchimento do instrumento não ocorrer, o repasse de

recursos do incentivo será bloqueado até a regularização da situação pelo respectivo gestor de saúde. Caso os recursos do incentivo fiquem bloqueados por 3 meses consecutivos, devido a não regularização por parte do gestor, o estado, Distrito Federal ou município será desqualificado do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Entende-se por bloqueio a interrupção do repasse da(s) parcela(s) do incentivo, em caráter temporário, determinado por uma situação específica, onde regularizada a situação determinante, o respectivo gestor de saúde fará jus ao recebimento dos recursos retroativos ao período em que ficou bloqueado.

**Dos Instrumentos:** Os instrumentos que compõem o sistema de monitoramento do Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, descritos nos itens 1, 2, 3, 4 e 5 acima, bem como as orientações para seu correto preenchimento e a periodicidade com que cada um deve ser enviado ao PN-DST/Aids/SVS/MS encontram-se disponíveis na internet, no endereço: <http://www.aids.gov.br/incentivo/monitoramento.htm>. O preenchimento deverá ser feito, preferencialmente, diretamente na internet. Os estados e municípios que não possuem acesso à internet devem solicitar planilhas específicas ao PN-DST/Aids/SVS/MS e encaminhá-las devidamente preenchidas nos prazos estabelecidos.

Todas as informações preenchidas pelos gestores estaduais e municipais e a informação recebida do Fundo Nacional de Saúde serão disponibilizadas na Internet, na página do PN-DST/Aids/SVS/MS: [www.aids.gov.br/incentivo](http://www.aids.gov.br/incentivo)

## Anexo VI

MINUTA

### Portaria

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando,  
As diferentes realidades existentes nos municípios brasileiros e a necessidade de avançar na organização dos Sistemas Municipais de Saúde;

A rede básica instalada do Sistema Único de Saúde (SUS), sua capacidade física instalada, o quadro de profissionais existentes e a área de abrangência de cada unidade;

A necessidade de reorientação do modelo hegemônico vigente em grande parte dessas unidades, com vistas à qualificação da atenção à saúde de acordo com as diretrizes da estratégia Saúde da Família; e

Resolve:

Art. 1º Regulamentar o incentivo financeiro às Equipes em Transição para a estratégia Saúde da Família (ETESF), integrante do Piso de Atenção Básica – PAB, em sua fração variável.

Parágrafo único: O incentivo de que trata este Artigo destina-se aos municípios que promovam a reorganização do processo de trabalho das unidades básicas de saúde já existentes no SUS, com vistas à constituição de uma equipe que incorpore os princípios e as diretrizes da estratégia Saúde da Família.

Art. 2º Definir que as ETESF deverão expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- I - Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas pelas equipes;
- II - Territorialização e adscrição da população sob a responsabilidade das equipes;
- III - Trabalho em equipe, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar;
- IV - Atenção integral e contínua às necessidades de saúde da população adscrita, realizada por todos os profissionais (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e demais profissionais da equipe);
- V - Promoção da saúde; prevenção de riscos, agravos e danos; e realização de ações de assistência, tratamento e reabilitação;
- VI - Realização do cuidado longitudinal das famílias, instrumentalizado por meio de prontuário clínico individual e familiar;
- VII - Humanização da atenção, incluindo acolhimento;
- VIII - Trabalho com enfoque na família e na comunidade;
- IX - Adoção da atenção domiciliar (promoção, prevenção e assistência);
- X - Realização de ações de vigilância à saúde (vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental);
- XI - Desenvolvimento de ações intersetoriais, com vista à melhoria da qualidade de vida;
- XII - Estímulo à participação popular e ao controle social;
- XIII - Garantia da educação permanente dos profissionais das equipes de saúde;
- XIV - Utilização permanente de instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações realizadas;
- XV - Realização de ações integradas com os demais níveis de atenção, por meio do fluxo de referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde.

Art. 3º Definir que, para recebimento do incentivo financeiro, as ETESF deverão ser compostas, minimamente, por: um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, e dois médicos.

§ 1º Poderão ser incorporados profissionais de odontologia, nas seguintes possibilidades de composição da equipe:

Modalidade I: um atendente de consultório dentário e dois cirurgiões dentistas;

Modalidade II: um atendente de consultório dentário, um técnico de higiene dental e dois cirurgiões dentistas.

§ 2º A carga horária de cada profissional que atuar nas ETESF deve ser de 40 horas semanais, exceto no caso dos médicos, que deve ser de 20 horas semanais, atuando em turnos diferentes (um pela manhã e outro à tarde).

§ 3º A critério da gestão local, a ETESF pode ser composta com um cirurgião dentista de 40 horas semanais ou dois cirurgiões dentistas de 20 horas semanais, atuando em turnos diferentes (um pela manhã e outro à tarde).

§ 4º O atendimento médico na unidade de saúde das ETESF deve garantir a atenção nas áreas de clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia.

§ 5º O atendimento odontológico na unidade de saúde das ETESF deve realizar procedimentos clínicos da atenção básica, propiciando atenção integral a toda a comunidade independente da faixa etária; aliar atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos e grupos específicos, de acordo com planejamento local; e, realizar procedimentos de primeiros cuidados nas urgências e emergências;

Art. 4º A cobertura populacional de cada ETESF deverá situar-se na faixa de 2.400 a 4.500 habitantes.

§ 1º A população acompanhada pelas ETESF será incluída no cálculo da cobertura populacional da estratégia Saúde da Família do município para fins de estabelecimento da faixa de cobertura do financiamento.

§ 2º Para os municípios incluídos no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), a população acompanhada por essas equipes não será contabilizada para o alcance da meta pactuada de implantação/expansão da Saúde da Família.

Art. 5º Estabelecer que o município deverá elaborar Projeto de Credenciamento das ETESF, definindo:

- I. Território com áreas e micro-áreas a serem cobertas, estimativas da população residente e número de equipes a serem implantadas por unidade de saúde;
- II. Infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis para as unidade de saúde, explicitando o número e o local onde irá atuar cada uma das equipes;
- III. Ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas pela Norma Operacional vigente;
- IV. Garantia de referência e contra-referência aos serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, conforme definição na Norma Operacional vigente;
- V. Proposta de assistência farmacêutica básica, contemplando a dispensação de medicamentos em cada unidade de saúde;
- VI. Gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
- VII. Forma de contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária e da legislação vigente;
- VIII. Implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica, incluindo profissionais e recursos materiais necessários para operá-lo;
- IX. Utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação em saúde para o processo de avaliação do trabalho das equipes e de elaboração e acompanhamento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- X. Definição da contra-partida de recursos do município;
- XI. Proposta de qualificação e educação permanente para as equipes;

Art. 6º Estabelecer o envio do Projeto de Credenciamento das ETESF, após aprovação do Conselho Municipal de Saúde, às respectivas Secretarias de Estado da Saúde ou sua instância regional para análise e posterior encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo pelo município. A CIB encaminhará a declaração de incentivo das ETESF à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde para homologação e publicação no Diário Oficial da União.

Parágrafo único: Caso haja atraso no prazo disposto, no *caput* deste artigo, o gestor municipal poderá pautar diretamente a aprovação de seu pleito na CIB estadual.

Art. 7º Estabelecer que as propostas aprovadas pela Secretaria de Atenção à Saúde passem a fazer jus ao incentivo ETESF, a partir do momento em que e as equipes e os profissionais estiverem cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); recebendo o incentivo federal correspondente às ETESF a partir do mês seguinte à alimentação do SIAB.

Art. 8º Publicar no Anexo I desta Portaria os valores do incentivo de custeio a ser pago por ano às ETESF.

§ 1º O valor do incentivo a ser repassado por ETESF implantada corresponde a 40% do valor do Incentivo pago atualmente por equipe de Saúde da Família, de acordo com a respectiva faixa de cobertura populacional do município.

§ 2º Para cada ETESF com profissionais de odontologia, quando o município optar pela contratação de um profissional com 40 horas semanais, será repassado o valor integral do incentivo atualmente pago para as equipes de Saúde Bucal; caso o município opte por dois cirurgiões dentistas (de 20 horas semanais cada), o incentivo corresponderá a 40% do valor atualmente pago para as Equipes de Saúde Bucal.

§ 3º Os valores repassados, referentes à Saúde Bucal, serão correspondentes à modalidade implantada (1 ou 2).

§ 4º Os profissionais de odontologia poderão ser vinculados a uma ou duas ETESF, conforme decisão da gestão local devendo atender em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, quando estiver vinculado a duas equipes.

Art. 9º Estabelecer a cobertura populacional da estratégia Saúde da Família no Município, que inclui a cobertura das Equipes da Saúde da Família (ESF) e das ETESF, como critério para a definição do valor repassado às ETESF, obedecendo as faixas de cobertura constantes no **Anexo** desta Portaria;

§ 1º A cobertura populacional a que se refere este artigo obedece ao expresso no Art. 1º da Portaria GM/MS n.º 675, de 03 de junho de 2003;

§ 2º Para o financiamento das ETESF, serão consideradas apenas as unidades registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até 60 dias após a publicação desta Portaria. Para as áreas onde ainda não são ofertadas ações de atenção básica, deve ser priorizada a implantação de ESF;

§ 3º Os profissionais que atuarão nas ETESF serão os que já atuam na rede existente, podendo haver novas contratações, com base na população a ser atendida e na necessidade de complementação dessas equipes.

Art. 10 Definir a competência xxxxxxxxxxxx de 2004 para início da aplicação do disposto nesta Portaria;

Art. 11 Estabelecer que após doze meses da publicação desta Portaria o Ministério da Saúde analisará os resultados obtidos com a implementação das ETESF, com a finalidade de revisão da proposta;

Art. 12 Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho – 10.845.1214.0589 – Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB para a Saúde da Família;

Art. 13 Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

HUMBERTO COSTA

ANEXO

VALOR DO INCENTIVO FINANCEIRO ÀS EQUIPES EM TRANSIÇÃO  
PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA

<b>Municípios Abaixo de 100 mil habitantes</b>		
<b>Faixas de Cobertura</b>	<b>Valor do Incentivo / Equipe / Ano (R\$ 1,00)</b>	<b>Valor do Incentivo / Equipe / Mês (R\$ 1,00)</b>
0 a 4,9	16.324,80	1.360,40
5 a 9,9	17.611,20	1.467,60
10 a 19,9	18.892,80	1.574,40
20 a 29,9	21.369,60	1.780,80
30 a 39,9	22.665,60	1.888,80
40 a 49,9	24.048,00	2.004,00
50 a 59,9	25.516,80	2.126,40
60 a 69,9	27.110,40	2.259,20
70 e mais	28.800,00	2.400,00
<b>Municípios Acima de 100 mil habitantes</b>		
0 a 4,9	16.324,80	1.360,40
5 a 9,9	17.611,20	1.467,60
10 a 19,9	21.369,60	1.780,80
20 a 29,9	24.048,00	2.004,00
30 a 39,9	25.516,80	2.126,40
40 a 49,9	27.110,40	2.259,20
50 e mais	28.800,00	2.400,00

<b>Com 2 cirurgiões dentistas (20h/semana cada)</b>	<b>Valor do Incentivo / Equipe / Ano (R\$ 1,00)</b>	<b>Valor do Incentivo / Equipe / Mês (R\$ 1,00)</b>
<b>Modalidade 1</b>	8.160,00	680,00
<b>Modalidade 2</b>	10.560,00	880,00

<b>Com 1 cirurgião dentista (40h/semana)</b>	<b>Valor do Incentivo / Equipe / Ano (R\$ 1,00)</b>	<b>Valor do Incentivo / Equipe / Mês (R\$ 1,00)</b>
<b>Modalidade 1</b>	20.400,00	1.700,00
<b>Modalidade 2</b>	26.400,00	2.200,00

## Anexo VII

### O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desde 1998, o Ministério da Saúde - MS desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de Pronto Socorro, Ambulatório e Internação, além da aplicação de roteiro técnico, realizada pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários.

O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002. Seu objetivo principal foi a avaliação dos serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. A área de saúde mental teve um desdobramento específico por conta destes resultados, gerando impacto na gestão e financiamento dos leitos psiquiátricos.

O Ministério da Saúde optou por reformular o PNASH, com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que possa ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde a partir de 2004/2005, passando a denominá-lo ***PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PNASS***. Para a efetivação deste objetivo, criou-se um grupo de trabalho para a formulação deste novo programa, com representantes de diversas secretarias e autarquias do Ministério da Saúde, coordenado pela Coordenação Geral de Regulação e Avaliação (CGRA/DERAC/MS).

Em um primeiro momento, priorizou-se a aplicação do PNASS, de forma censitária, nos serviços listados abaixo, havendo a possibilidade de ampliação destas prioridades para versões futuras:

- hospitais,
- maternidades,
- serviços ambulatoriais especializados,
- serviços de urgência e emergência isolados,
- serviços ambulatoriais terapêuticos de alta complexidade (Centros de Alta Complexidade em Oncologia e as Unidades de Terapia Renal Substitutiva).

**QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS A SEREM AVALIADOS, POR  
UNIDADE DA FEDERAÇÃO**

<b>UF</b>	<b>HOSPITAIS *</b>	<b>TRS **</b>	<b>ONCOLOGIA **</b>	<b>AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES ***</b>	<b><u>TOTAL</u></b>
AC	21	1		4	26
AL	98	7	5	34	144
AM	89	4	3	35	131
AP	15	1	1	6	23
BA	526	8	17	322	873
CE	303	10	10	180	503
DF	21	8	6	16	51
ES	101	8	6	52	167
GO	391	9	9	90	499
MA	307	2	2	80	391
MG	652	58	47	529	1.286
MS	109	4	6	49	168
MT	153	6	6	126	291
PA	222	6	6	81	315
PB	201	9	3	97	310
PE	289	7	9	101	406
PI	199	5	2	98	304
PR	477	13	25	313	828
RJ	328	32	44	335	739
RN	200	4	4	109	317
RO	72			31	103
RR	14	1		20	35
RS	356	35	38	213	642
SC	213	11	27	206	457
SE	50	2	3	36	91
SP	657	74	103	745	1.579
TO	46		2	32	80
<b>Total:</b>	<b>6.110</b>	<b>325</b>	<b>384</b>	<b>3.940</b>	<b>10.759</b>

## **CRONOGRAMA DE TRABALHO**

- Elaboração da proposta e dos roteiros técnicos
- agosto/03 a junho/04
- Apresentação ao CONASS, CONASEMS e CIT
- Junho/04
  
- Desenvolvimento do sistema informatizado
- Julho e agosto/04
- Apresentação em oficina nacional aos estados e municípios, para validação dos roteiros técnicos e pactuação do cronograma
- Agosto/04
- Capacitação das equipes estaduais e municipais
- Setembro e Outubro/04
  
- Aplicação e alimentação dos dados pelos gestores
- Setembro/04 a Março/05
- Análise e retroalimentação das informações
- Abril a Agosto/05
- Elaboração edição 2006
- Setembro a dezembro/05

## **PONTOS PARA PACTUAÇÃO**

- Prazo para a coleta dos dados e digitação no sistema informatizado: Setembro/04 a Março/05.
- Participação das equipes técnicas de Controle e Avaliação, Auditoria e das Vigilâncias Sanitárias na aplicação do instrumento de avaliação.

## Anexo VIII

PORTARIA Nº /GM Em de de 2004.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de detalhar o fluxo dos processos de recursos de estados e municípios aos fóruns intergestores do Sistema Único de Saúde – SUS, sem prejuízo das atribuições e competências dos Conselhos de Saúde;

que o Ministério da Saúde reafirma a importância dos Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas que garantem a participação da sociedade organizada no controle social do sistema de saúde, conforme estabelece a Lei 8080/90;

que o Ministério da Saúde reconhece as competências dos Conselhos de Saúde definidas na Lei 8142/90, complementadas pela Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde e pelas legislações estaduais e municipais;

a decisão da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião ordinária de ..... de 2004, resolve:

Art.1º Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite.

Parágrafo Único. Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

Art. 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos.

II - Permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído.

§ 1º A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 2º Transcorrido o prazo mencionado no § 1º sem apreciação do recurso os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

Art. 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:

I – Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído.

II - Em caso de discordância em relação a decisões da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT.

§ 1º A CIT deverá observar o prazo de até 45 dias contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

Art. 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 1º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica até dez dias antes da reunião da CIT para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 2º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

Art. 5º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.

Art. 6º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação e torna sem efeito o item 69 da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2002, aprovada pela Portaria/GM 373 de 27/02/02 publicada no D. O. de 28/02/02.

**Humberto Costa**

