

SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIAS

Gabinete

PORTARIA

PORTARIA SES Nº 188/2024.

Define os critérios de habilitação do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo [Decreto Estadual nº 56.061](#), de 29 de agosto de 2021. PROA 23/2000-0019300-1.

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições, conforme o disposto no art. 90, inciso III, da Constituição do Estado, e considerando:

o art. 30 da [Constituição da República Federativa do Brasil](#), que define a competência dos municípios para executar as ações e serviços de saúde com cooperação técnica e financeira da União e dos Estados;

a [Lei nº 8.080](#), de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde;

a [Lei Complementar nº 141](#), de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o §3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

o [Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2](#), de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica;

a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 1](#), de 2 de junho de 2021, que consolida as normas sobre Atenção Primária à Saúde;

a [Portaria nº 1.130](#), de 5 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

a [Lei Estadual nº 12.544](#), de 03 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM - e dá outras providências;

a [Lei Estadual nº 14.594](#), de 28 de agosto de 2014, que introduz modificações na Lei nº 12.544, de 3 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM;

o [Decreto Estadual nº 56.061](#), de 29 de agosto de 2021, que institui o Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS);

o [Decreto Estadual nº 56.062](#), de 29 de agosto de 2021, que institui a Rede Bem Cuidar RS;

a [Portaria SES nº 512](#), de 29 de julho de 2020, que aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES);

a [Portaria SES nº 444](#), de 10 de junho de 2021, que aprova a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (PESPI).

RESOLVE:

Das disposições gerais

Art. 1º. Definir critérios de habilitação dos municípios beneficiários referente ao Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS).

§ 1º O PIAPS será dividido entre os seguintes componentes:

- I. Componente sociodemográfico, observando os critérios contidos no Capítulo I desta Portaria;
- II. Componente de incentivo para equipes da Atenção Primária à Saúde, observando os critérios contidos no Capítulo II desta Portaria;
- III. Componente de incentivo à Promoção da Equidade em Saúde, conforme Capítulo III desta Portaria;
- IV. Componente de incentivo ao Primeira Infância Melhor, conforme Capítulo IV desta Portaria; e
- V. Componente estratégico de incentivo à qualificação da Atenção Primária à Saúde (RBC/RS), conforme Capítulo V desta Portaria.

Art. 2º. Os recursos financeiros de que trata este Programa serão transferidos diretamente do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e estarão previstos em Portaria de financiamento.

Art. 3º. Os recursos referentes ao PIAPS devem ser utilizados pelos municípios exclusivamente para ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, para despesas de manutenção e estruturação, contemplando a possibilidade de compra de insumos, equipamentos, veículos, pagamento de salários e gratificações de profissionais de saúde, contratação de apoiadores institucionais para a gestão municipal da APS e equipes multiprofissionais ampliadas, gestores e coordenadores de APS municipais, e para ações de educação permanente, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, bem como outras que estiverem em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e forem relacionadas ao respectivo componente e ao respectivo capítulo, definido nos incisos do parágrafo primeiro do artigo 1º desta Portaria.

Art. 4º. A prestação de contas da utilização dos recursos financeiros oriundos deste Programa será através do Relatório de Gestão, conforme o disposto no art. 34 e seguintes da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, devendo ser observados pelos beneficiários os requisitos previstos nos capítulos desta Portaria.

Parágrafo Único. A fiscalização das transferências realizadas por esta Portaria seguirá o estabelecido na [Portaria SES nº 401](#), publicada no DOE de 23 de novembro de 2016, ou a normativa que a alterar.

Art. 5º. Poderão ser realizados ajustes no valor do incentivo de forma a compensar eventual aumento no número de beneficiários, de modo que os custos respeitem os limites dos recursos no valor global do PIAPS.

§ 1º O valor global anual do programa estará limitado ao consignado em instrumento de programação específico na Lei Orçamentária Anual - LOA.

§ 2º O limite referido no parágrafo anterior deste artigo poderá ser ajustado em caso de diminuição ou incremento na arrecadação do Estado, após apreciação da Junta de Coordenação Orçamentária e Financeira - JUNCOF.

Art. 6º. O total de beneficiários será reavaliado anualmente para verificação da necessidade de incremento de recurso estadual, caso haja disponibilidade orçamentária, e conseqüente alteração desta Portaria.

Art. 7º. Fica vedado o pagamento de valores retroativos para os componentes desta Portaria.

Parágrafo único. Todos os dados para cálculo e rateio do recurso financeiro constantes nesta Portaria estarão disponíveis para consulta no site da Divisão de Atenção Primária à Saúde, do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS): <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/piaps> .

Art. 8º. Todos os Municípios do Estado serão habilitados a receber recursos dos componentes referidos nos incisos I, II e III do parágrafo 1º do Artigo 1º, sem necessidade de requerimento formal, observando-se as regras do Programa, ressaltando-se que as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) serão habilitadas a receber o recurso previsto no inciso II do parágrafo 1º do Artigo 1º após publicação da habilitação ou por portaria específica, mantidos desde já os efeitos das Portarias SES/RS nº 754/2021, 755/2021, 1.132/2022, 1.230/2022, 616/2023 e 807/2023 que seguem vigentes;

§ 1º A percepção do componente IV, do parágrafo 1º do Art. 1º, Primeira Infância Melhor, dependerá de adesão dos gestores municipais que manifestarem interesse em integrar o componente, mediante atendimento aos critérios e nos períodos de adesão estabelecidos pelo Programa, respeitada a disponibilidade orçamentária.

§ 2º A adesão ao componente V do parágrafo 1º do art. 1º, Rede Bem Cuidar RS, assim como a ampliação do projeto no município, dependerá da abertura de novo período de adesão e/ou edital de ampliação, observadas as suas regras e a disponibilidade orçamentária.

Art. 9º. A coordenação do PIAPS será efetuada no âmbito do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS/SES-RS).

Das disposições especiais

Título I - Dos componentes

Capítulo I

COMPONENTE SOCIODEMOGRÁFICO

Art. 10. O componente sociodemográfico é estruturado com base em populações específicas que necessitam de maior visibilidade e cuidado, além de contemplar rateio per capita da população geral, também privilegiando a distribuição dos recursos de forma equânime, dando mais a municípios que têm menores rendas per capita no investimento de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e desempenho em educação e saúde, a partir do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (Idese), entendendo que são variáveis fundamentais para a saúde.

Art. 11. O valor financeiro anual correspondente ao componente sociodemográfico será disposto **em portaria de financiamento**.

Art. 12. Os dados utilizados para o cálculo deste componente serão atualizados a cada 5 anos ou antes, se a área técnica julgar necessário.

Art. 13. Os dados referentes a este componente estarão disponíveis no endereço eletrônico : <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

Capítulo II

COMPONENTE DE INCENTIVO PARA EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Art. 14. O componente de incentivo para equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) é estruturado com base nas equipes multidisciplinares que compõem o primeiro nível de atenção na Rede de Atenção à Saúde conforme o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica.

§ 1º As equipes multidisciplinares a que faz referência o caput deste artigo devem estar alocadas, prioritariamente, em Unidades Básicas de Saúde descentralizadas e próximas da casa das pessoas, que devem servir de porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde.

§ 2º O incentivo deste componente contempla:

- I. equipes de Saúde da Família (eSF), modelo prioritário de expansão, consolidação e qualificação da APS;
- II. equipes de Atenção Primária (eAP);
- III. equipes de Saúde Bucal (eSB); e
- IV. equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) ;
- V. equipes de Consultório na Rua (eCR);

Art. 15. O valor financeiro anual correspondente ao componente de incentivo para equipes da APS **será disposto em portaria de financiamento**.

Seção I

Das equipes de Saúde da Família (eSF), Atenção Primária (eAP) e Saúde Bucal (eSB)

Art. 16. Para a distribuição do valor anual previsto no componente, será utilizada a referência do teto de equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Primária (eAP) e de Saúde Bucal (eSB) credenciadas pelo Ministério da Saúde nas competências de julho a dezembro do ano anterior ao ano fiscal, conforme dados extraídos dos relatórios de pagamento disponíveis no portal e-Gestor AB .

Parágrafo único. O teto de equipes será disposto em portaria de financiamento e será atualizado anualmente.

Art. 17. Para a distribuição do valor mensal do componente, semestralmente, será definido para cada município a competência financeira que corresponder ao maior número de equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Primária (eAP) e de Saúde Bucal (eSB), respectivamente, pagas pelo Ministério da Saúde, respeitando o limite orçamentário do componente, de acordo com dados por município que ficarão disponíveis no endereço eletrônico: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps> .

Art. 18. O valor mensal do incentivo, para cada equipe implantada, será **estabelecido em portaria de financiamento** .

Parágrafo único. O valor remanescente no semestre de cálculo, em caso de não atingimento do limite máximo a que se refere o Art. 16, será distribuído entre todos os municípios com eSF, eAP e/ou eSB

implantadas, proporcionalmente, correspondendo ao quantitativo máximo das equipes previstas no Art. 17.

Art. 19. Fica estabelecido que para eSF e eAP o pagamento será vinculado ao atingimento semestral dos indicadores de desempenho amplamente divulgados nos meios de comunicação oficiais da SES/RS.

§ 1º O detalhamento dos indicadores está disponível em nota técnica no endereço eletrônico <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

§ 2º Semestralmente, para cada um dos indicadores cuja meta, estabelecida em Nota Técnica referida no § 1º, não for atingida, ocorrerá o desconto de 5% do valor total previsto para eSF e eAP do município.

§ 3º A avaliação dos indicadores será realizada semestralmente considerando as últimas seis competências disponíveis com base na produção das equipes, disponibilizada no Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) .

§ 4º A dedução dos valores, correspondente ao não atingimento das metas dos indicadores do componente, ocorrerá mensalmente, sendo o recálculo semestral, considerando a produção nas competências do semestre anterior a o recálculo .

Seção II

Das Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP)

Art. 20. Os serviços de atenção primária no sistema prisional seguem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional - PNAISP e as definições constantes nesta seção.

Art. 21. Ficam estabelecidas as seguintes modalidades de equipes de atenção primária prisional, com composição mínima de:

- I. **Essencial** - 3 profissionais: médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem;
- II. **Essencial ampliada** - 4 profissionais: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e dentista.

§ 1º Em qualquer das modalidades, é obrigatório, além dos constantes nos incisos I e II deste artigo, no mínimo mais um profissional de nível superior, psicólogo ou assistente social, preferencialmente da Superintendência dos Serviços Penitenciários. Na ausência de psicólogo ou assistente social, a composição poderá ser complementada por outro profissional de nível superior necessário ao projeto terapêutico.

§ 2º Na modalidade essencial, inciso I, do artigo 21º, os atendimentos odontológicos e as ações preventivas e de promoção da saúde bucal deverão ser assegurados pela rede municipal, de acordo com a pactuação realizada entre o gestor municipal e o gestor da unidade prisional local.

§ 3º Nas unidades com população prisional de até 300 (trezentos) custodiados, poderá ser credenciada eAPP, com carga horária mínima de 6 (seis) horas semanais, implantada a partir de compartilhamento de carga horária cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal do território.

Art. 22. Recomendam-se os seguintes parâmetros de carga horária semanal mínima dos serviços de atenção primária prisional, elencados conforme o número de pessoas privadas de liberdade da unidade prisional:

- I. até 100 pessoas presas - carga horária mínima de 6 horas;
- II. de 101 a 200 pessoas presas - carga horária mínima de 6 horas, exceto para unidades prisionais femininas ;
- III. de 201 a 500 pessoas presas - carga horária mínima de 20 horas;
- IV. acima de 500 pessoas presas - carga horária mínima de 20 horas ou de 30 horas semanais.
- V. para unidades prisionais femininas de 101 a 200 pessoas presas - carga horária mínima de 20 horas.

Parágrafo único. A conformação da carga horária mínima dos serviços pelos critérios da portaria GM/MS nº 2298/2021 fica a critério do gestor municipal.

Art. 23. O incentivo financeiro mensal correspondente às modalidades presentes no Art. 21 estará disposto em **portaria de financiamento** .

Art. 24. A solicitação de habilitação deverá ser encaminhada pelo gestor municipal à Secretaria Estadual da Saúde, através de Ofício protocolado na Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de referência do município contendo, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- I. identificação da modalidade de eAPP;
- II. carga horária semanal mínima da equipe; e
- III. anexação dos seguintes documentos:

- a) resolução CIR com parecer favorável à implantação;
- b) ata de aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- c) ciência do diretor do estabelecimento prisional; e
- d) cadastro do serviço e da eAPP no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -

CNES.

§ 1º O município que já possui habilitação ao incentivo federal pelo Ministério da Saúde, se em situação regular, fica dispensado da etapa mencionada no inciso III do caput deste artigo, devendo enviar ofício solicitando o parecer técnico da CRS, na forma estabelecida pelo artigo 25.

§ 2º A CRS fica responsável pela análise da solicitação, considerando o ofício de solicitação da implantação e seus documentos e, também, verificando a adequação da área física para o funcionamento do serviço, de acordo com os parâmetros da vigilância sanitária.

§ 3º Após a análise, a CRS deverá emitir parecer técnico:

- I. aprovado; ou
- II. não aprovado, com orientações.

Art. 25. Havendo aprovação da CRS, o processo será encaminhado à Área Técnica de Saúde Prisional, da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da SES para publicação da habilitação.

Parágrafo Único. Não sendo aprovado o pedido do município e atendidas as orientações da CRS poderá ser submetido a nova apreciação sendo exarado parecer técnico final na forma estabelecida no § 2º do artigo 24.

Art. 26. Os municípios que já são beneficiados com repasse estadual referente a eAPP, por portaria anterior específica, não necessitam apresentar o processo descrito no artigo 24 desta seção.

Parágrafo único . Os municípios já habilitados ao recebimento do incentivo estadual passarão a perceber os valores previstos no artigo 23 de forma automática, a partir de conferência das informações constantes no SCNES.

Seção III

Das Equipes de Consultório na Rua (eCR)

Art. 27. Para a distribuição do valor anual previsto no componente, será utilizada a referência do teto de equipes de Consultório na Rua (eCR) credenciadas pelo Ministério da Saúde nas competências de julho a dezembro do ano anterior ao ano fiscal, conforme dados extraídos dos relatórios de pagamento disponíveis no portal e-Gestor AB.

§ 1º O incentivo financeiro destinado às equipes tem como objetivos:

- I. Promover o acesso integral à saúde da população em situação de rua na Rede de Atenção à Saúde;
- II. Qualificar o processo de trabalho das eCR;
- III. Viabilizar o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde, considerando as especificidades da população em situação de rua, bem como o seu território;
- IV. Instrumentalizar momentos de educação permanente entre gestão e equipes de saúde sobre a pauta da população em situação de rua;
- V. Contribuir no processo de planejamento da gestão municipal e do processo de trabalho das equipes nas ações de saúde voltadas à população em situação de rua.

§ 2º O teto de equipes será disposto em portaria de financiamento e será atualizado anualmente.

Art. 28. O valor mensal do incentivo será automaticamente repassado para os municípios

com Equipes de Consultório na Rua homologadas pelo Ministério da Saúde, conforme teto previsto em Portaria de Financiamento.

Art. 29. O valor mensal do incentivo, para cada equipe implantada, será estabelecido em portaria de financiamento.

Art. 30. Fica estabelecido que para eCR o pagamento será vinculado à manutenção de habilitação de equipe pelo Ministério da Saúde.

Art. 31. O pagamento será suspenso nas seguintes situações:

- I. Descredenciamento de equipes de Consultório na Rua (eCR) pelo Ministério da Saúde;
- II. Descumprimento das determinações desta normativa.

§ 1º A suspensão do incentivo será oficiada pela Secretaria Estadual ao gestor municipal.

Art. 32. Mensalmente a Área Técnica de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua (ATSPSR), da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, da SES-RS realizará a conferência dos critérios de manutenção da habilitação ao incentivo financeiro das equipes de Consultório na Rua no portal e-Gestor AB e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 33. Para o recebimento do incentivo a eCR deverá estar cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 34. A prestação de contas dar-se-á mediante relatório anual de Gestão.

Art. 35. O teto de eCR estará disposto em Portaria de Financiamento.

Capítulo III

COMPONENTE DE INCENTIVO À PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

Art. 36. O componente de incentivo à Promoção da Equidade em Saúde destina-se à promoção da equidade na atenção à saúde de populações específicas, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecendo as distintas situações de vulnerabilidade e as barreiras de acesso a políticas públicas, sendo o valor financeiro anual correspondente a este componente e suas seções **disposto em portaria de financiamento**.

Parágrafo Único. O componente de que trata o *caput* objetiva oportunizar e promover o desenvolvimento de estratégias e ações a fim de qualificar a atenção e ampliar o respeito às especificidades étnico-raciais, territoriais, concepções culturais e religiosas, condição socioeconômica, diversidade sexual e de gênero, condições das pessoas privadas de liberdade e as atividades laborais das populações específicas.

Art. 37. O incentivo deste componente contempla as seguintes seções:

- I. Da promoção da equidade em saúde e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas;
- II. Da qualificação da atenção à saúde da população remanescente de quilombos;
- III. Da qualificação da atenção à saúde dos povos indígenas; e
- IV. Da qualificação da atenção à saúde da população migrante internacional.

Parágrafo único. Os planos de ação de recursos referente às seções dispostas nos incisos I, II e III, IV do Art. 37 desta Portaria terão validade de um ano a contar do repasse do recurso ao Fundo Municipal de Saúde.

Seção I

Da promoção da equidade em saúde e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas.

Art. 38. O incentivo a que se refere essa seção visa à promoção da equidade em saúde e ao enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia no âmbito da APS e deve ser utilizado pelos municípios exclusivamente para despesas de manutenção. Conforme Portaria nº 512/2020, destina-se às ações destinadas às seguintes populações específicas:

- I. população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexo (LGBTI);
- II. população negra;

- III. povos indígenas;
- IV. população privada de liberdade e egressas do sistema prisional;
- V. população em situação de rua;
- VI. população de migrantes, refugiados, apátridas e vítimas do tráfico de pessoas;
- VII. povos ciganos;
- VIII. população do campo, da floresta e das águas; e/ou
- IX. população quilombola.

Art. 39. A destinação dos recursos sobre os quais versa esta seção será realizada através de duas modalidades:

- I. Adesão: mediante a elaboração e envio de um plano de ação pelo gestor municipal, através de ofício, à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de sua circunscrição a ser encaminhado nos períodos de adesão ;
- II. Repasse automático: repasse fundo a fundo a municípios que atenderem aos critérios sociodemográficos e epidemiológicos fixados em portaria de financiamento, havendo necessidade de elaboração de um plano de ação posterior de acordo com os valores recebidos a ser encaminhado à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de sua circunscrição;

Parágrafo único. Os municípios poderão receber o recurso somente por meio de uma das modalidades, não havendo sobreposição ou duplicação.

Art. 40. Os planos de ação definidos no Art.39 deverão contemplar um ou mais dos seguintes eixos:

- I. informação e comunicação em saúde;
- II. participação popular, controle social e gestão participativa na saúde;
- III. combate ao Racismo Institucional;
- IV. combate ao preconceito, discriminação, racismo e xenofobia; e/ou
- V. capacitações, formações e educação permanente em saúde.

§ 1º Deverão respeitar as especificidades étnico-raciais, territoriais, concepções culturais e religiosas, condição socioeconômica, diversidade sexual e de gênero, condições das pessoas privadas de liberdade e atividades laborais das populações específicas.

§ 2º Devem contemplar duas ou mais populações específicas.

§ 3º Recomenda-se, na construção dos planos de ação, a participação de representantes do controle social e, quando presentes no território, ativistas e Organizações da Sociedade Civil (OSC) relacionadas às populações contempladas, membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI), da Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), da Equipe de Consultório na Rua (eCR), e de Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) de referência ao atendimento de quilombolas e demais populações específicas;

Art. 41. O repasse financeiro desta seção limita-se ao Teto Orçamentário Anual, disposto em portaria de financiamento.

Art. 42 . A não execução ou a utilização indevida do recurso financeiro, pelo município, implicará a notificação pela CRS, devendo apresentar justificativa no prazo de 30 dias corridos, a contar do recebimento desta.

§ 1º A não execução do recurso, a utilização indevida e a não apresentação da justificativa pelo município implicará a devolução do valor corrigido ao erário estadual, observado o devido processo administrativo.

§ 2º Nos anos subsequentes, a adesão e o repasse automático do recurso ficam condicionados à execução do recurso do último ano recebido.

Art. 43. Os critérios de avaliação de monitoramento dos planos serão publicados em Nota técnica disponível no endereço eletrônico: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

Seção II

Da qualificação da atenção à saúde da população remanescente de quilombos

Art. 44. O incentivo da qualificação da atenção à saúde da população remanescente de quilombos tem por objetivo reduzir, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as desigualdades e iniquidades de acesso e de qualidade dos serviços de saúde a comunidades remanescentes de quilombos promovendo a qualificação da atenção à saúde, respeitando e valorizando seus modos de vida, cultura e organização social, enfrentando o preconceito, a discriminação e o racismo.

Art. 45. Serão habilitados ao recebimento automático deste incentivo todos os municípios que possuem comunidades remanescentes de quilombo certificadas pela Fundação Cultural Palmares em seus territórios, consultadas as atualizações semestralmente pela Área Técnica de Atenção à Saúde da População Negra, da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade, da SES- RS.

Art. 46. O município habilitado deverá apresentar plano de ação de recursos para cada comunidade do seu território, construído e aprovado por comissão composta por, no mínimo, um representante dos seguintes segmentos:

- I. gestão municipal;
- II. equipe de referência na APS;
- III. lideranças quilombolas; e
- IV. Coordenadoria Regional de Saúde;

Parágrafo único. O município deverá indicar no plano de ação a(s) equipe(s) de atenção primária de referência, responsável(is) pelo atendimento da comunidade quilombola, através do Identificador Nacional de Equipe (INE).

Art. 47. Os planos de ação deverão contemplar um ou mais dos três eixos temáticos:

- I. gestão/atenção;
- II. redução das vulnerabilidades sociais; e/ou
- III. fortalecimento do controle social.
- IV. educação em saúde e fortalecimento da cultura quilombola.

§ 1º Não há limite de quantitativo de demandas para cada um dos eixos, visto que podem variar de acordo com as especificidades locais, e podem ser utilizados com despesas de manutenção e estruturação conforme disposto em Nota técnica disponível no endereço eletrônico <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

§ 2º O plano de aplicação de recursos terá validade de um ano a contar da sua aprovação.

Art. 48. Compete ao gestor municipal:

- I. apresentar os planos de ação para ciência do Conselho Municipal de Saúde;
- II. iniciar, no prazo máximo de 06 meses da aprovação, a execução do recurso de acordo com o Plano de ação; e
- III. prestar contas da execução do Plano de Ação à Coordenadoria Regional de Saúde e às comunidades quilombolas.

§ 1º O município que não cumprir com as determinações previstas nos Art. 46, Art. 47 e aos incisos do Art. 48, sofrerá suspensão dos repasses mensais.

§ 2º Na ocasião de não observância das responsabilidades o município terá um prazo de até 30 dias corridos, da notificação de suspensão enviada, para encaminhar justificativa à CRS.

Art. 49 . São critérios de desabilitação e devolução dos recursos ao erário estadual:

- I. deixar de ter população quilombola, com base nas informações de certificação da Fundação Cultural Palmares;
- II. não executar plano de ação de recursos por dois anos consecutivos, salvo situações justificadas e aprovadas pela CRS; e/ou
- III. descumprir as determinações previstas nos Art. 46, Art. 47 e Art. 48.

§ 1º A desabilitação do incentivo será informada por notificação da Secretaria Estadual da Saúde ao gestor municipal.

§ 2º A não execução dos recursos por dois anos consecutivos implicará a devolução dos valores ao erário estadual, devidamente atualizado.

Art. 50. O município que executar os recursos sem observar o plano de ação, conforme definido nesta normativa, devolverá os valores ao erário estadual com recursos próprios.

Art. 51 . Compete às Coordenadorias Regionais de Saúde observar os prazos para a realização dos planos de ação e o monitoramento e avaliação na execução dos recursos relativos aos municípios da sua circunscrição.

Seção III

Da qualificação da atenção à saúde aos povos indígenas

Art. 52. O incentivo desta seção tem por objetivo garantir a atuação complementar do estado na qualificação da Atenção Primária à Saúde dos povos indígenas, contribuindo para a atenção diferenciada e para a redução das vulnerabilidades sociais, respeitando e valorizando seus modos de vida e a medicina tradicional.

Art. 53 . O valor mensal do incentivo será fixado **empontaria de financiamento** , em repasse automático para os municípios com comunidades indígenas, e poderá ser utilizado mesmo em casos que não contemplem a regularidade fundiária da ocupação.

Art. 54 . Estão habilitados ao recebimento do incentivo financeiro os municípios com indígenas aldeados conforme censos demográficos informados à SES-RS pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde (MS), atualizados semestralmente.

Parágrafo único. Os municípios habilitados serão notificados pela Secretaria Estadual da Saúde para realizar conjuntamente, através de comissão específica, o plano de aplicação de recursos para qualificação da atenção primária prestada aos povos indígenas.

Art. 55. O plano de aplicação referido no parágrafo único do artigo 54, deverá ser construído e aprovado em conjunto com uma comissão específica constituída por, no mínimo, um representante dos seguintes segmentos:

- I. gestão municipal;
- II. lideranças indígenas e/ou Conselho Local de Saúde Indígena;
- III. equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e/ou Equipe de Atenção Primária que preste atendimento aos povos indígenas; e
- IV. Coordenadoria Regional de Saúde.

Art. 56. Os planos de aplicação deverão se enquadrar entre os seguintes eixos temáticos:

- I. gestão/atenção à saúde;
- II. redução das vulnerabilidades sociais; e/ou
- III. fortalecimento do controle social.
- IV. educação em saúde e fortalecimento da cultura indígena.

§ 1º Não há limite de demandas para cada um dos eixos, visto que podem variar de acordo com as especificidades locais, e os valores podem ser gastos com despesas de manutenção e estruturação, direcionados à Atenção Primária à Saúde dos povos indígenas, atentando-se às determinações da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

§ 2º O plano de aplicação de recursos terá validade de um ano a contar da sua aprovação.

Art. 57. Compete ao gestor municipal:

- I. apresentar os planos de aplicação para ciência do Conselho Municipal de Saúde;
- II. iniciar, no prazo máximo de 06 meses da aprovação, a execução do recurso de acordo com o plano de aplicação; e
- III. prestar contas da execução do plano de aplicação à Coordenadoria Regional de Saúde.

§ 1º O município que não cumprir com as determinações previstas nos Art. 54, Art. 55 e Art. 56, sofrerá suspensão dos repasses mensais.

§ 2º Na ocasião de não observância das responsabilidades o município terá um prazo de até 30 dias corridos, da notificação de suspensão enviada, para encaminhar justificativa à CRS.

Art. 58. Compete às Coordenadorias Regionais de Saúde observar os prazos para a realização dos planos de aplicação, monitoramento e avaliação na execução dos recursos relativos aos municípios da sua circunscrição.

Art. 59. São critérios de desabilitação e devolução dos recursos ao erário estadual:

- I. deixar de ter população indígena, conforme censos populacionais fornecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena, do Ministério da Saúde;
- II. deixar de executar ou de realizar os planos de aplicação dos recursos por dois anos consecutivos sem justificativa; e/ou
- III. o município que executar os recursos inobservando o plano de aplicação, conforme definido nos Art. 55 e Art. 56.

Parágrafo único. A desabilitação do incentivo será informada ao município mediante notificação da Secretaria Estadual da Saúde ao gestor municipal, observado o devido processo administrativo e garantido o contraditório e a ampla defesa.

Seção IV

Da qualificação da atenção à saúde da população migrante internacional

Art. 60. O incentivo da qualificação da atenção à saúde da população migrante internacional visa promover a qualificação do acesso à saúde e o enfrentamento da violência institucional com base em diferenças culturais e ou linguísticas, promovendo o acesso, atenção integral e intercultural nas equipes de Atenção Primária à Saúde, através do acompanhamento e intermediação dos usuários na ampliação de sua circulação e na apropriação dos espaços públicos dos serviços de saúde.

§ 1º O incentivo ao serviço de mediação intercultural tem como objetivos:

- I. Viabilizar o direito do usuário migrante internacional a intérprete, quando este se fizer necessário, e a acompanhante, respeitadas as condições clínicas do paciente;
- II. Fomentar a ambiência do estabelecimento de acordo com as especificidades étnicas e culturais das populações migrantes internacionais;
- III. Facilitar a assistência dos cuidadores tradicionais, quando este se fizer necessário, respeitadas as condições clínicas do usuário;
- IV. Auxiliar na adaptação de protocolos clínicos, conforme às especificidades culturais que considerem critérios especiais de acesso acolhimento e a vulnerabilidade sociocultural;
- V. Promover o compartilhamento de orientações, diagnósticos e condutas de saúde de forma compreensível aos usuários migrantes internacionais;
- VI. Acolher, por meio de um atendimento humanizado em saúde, os migrantes internacionais, auxiliando-os no processo de comunicação, adaptação e vivência com os serviços de saúde;
- VII. Fomentar e participar dos processos de educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às diferentes práticas culturais e tradicionais de saúde, às necessidades especiais relacionadas ao processo de deslocamento, aos diferentes perfis epidemiológicos as características dos sistemas de saúde do país de origem e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam nos sistemas de saúde do país de origem.

Art. 61. Os municípios receberão recurso por, no máximo, um plano de ação.

Art. 62. O valor mensal do incentivo financeiro de que trata este artigo será disposto em **portaria de financiamento**, respeitando o teto anual previsto para esta Seção.

Art. 63. A solicitação de habilitação pelo município para o incentivo que trata o Art. 60 deverá ser feita mediante apresentação de um Plano de ação, disponível no endereço eletrônico <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>, construído e aprovado por comissão composta por, no mínimo, um representante dos seguintes segmentos:

- I. Gestão municipal;
- II. Equipe de referência na APS e ou ESF;
- III. Coordenadoria Regional de Saúde para mediação e validação do plano em construção.

§ 1º O monitoramento dos planos deverá seguir os critérios definidos em publicação específica ou em Nota técnica disponível no endereço eletrônico <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

§ 2º Recomenda-se a participação de representantes do controle social, especialmente migrantes, refugiados, apátridas e vítimas de tráfico de pessoas, na construção dos planos de ação.

§ 3º O município deverá indicar no plano de ação a equipe de atenção primária de referência do profissional contratado;

§ 4º O profissional contratado pode atuar em mais de uma equipe;

§ 5º O plano de ação dos recursos terá validade de 1 (um) ano a contar do pagamento do repasse do recurso ao Fundo Municipal de Saúde conforme Parágrafo único do Art. 37 do capítulo III desta Portaria.

Art. 64. Serão utilizados os seguintes critérios para a priorização dos planos de ação para a inserção dos serviços de mediação intercultural na Atenção Primária.

I. Municípios prioritários (conforme previsto em **portaria de financiamento**);

II. Plano de Ação disponível no endereço eletrônico <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

Art. 65. Plano de Ação deverá ser encaminhado pelo gestor municipal, através de ofício, à Coordenadoria Regional de Saúde de sua circunscrição. O conteúdo do plano será descrito em Nota técnica a ser publicada no endereço eletrônico <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

Art. 66. A prestação de contas dar-se-á mediante relatório anual de Gestão.

§ 1º O município que não cumprir com as determinações previstas no Art. 63 poderá sofrer suspensão dos repasses mensais. Na ocasião de não observância das responsabilidades o município terá um prazo de até 30 dias corridos, da notificação de suspensão enviada, para encaminhar justificativa à CRS.

§ 2º A não execução do recurso pelo município e a não apresentação da justificativa implicará a suspensão do recurso financeiro e consequente devolução do valor corrigido ao erário estadual, observado o devido processo administrativo.

§ 3º A não apresentação da justificativa a que faz referência o § 2º, deste artigo e a utilização em desacordo com o plano de ação implicará a suspensão do recurso e consequente devolução do valor corrigido ao erário estadual, observado o devido processo administrativo.

Art. 67. O município habilitado que não cumprir com as determinações previstas no Art. 66, após observado o devido processo administrativo, assegurada a ampla defesa e o contraditório, ficará impossibilitado de solicitar nova habilitação por seis meses.

Art. 68. São critérios de desabilitação e devolução dos recursos ao erário estadual:

I. Deixar de ter população migrante, refugiada, apátrida e vítima do tráfico de pessoas, conforme dados do Cartão Nacional de Saúde e residência no Rio Grande do Sul, do Ministério da Saúde;

II. Perda do vínculo do profissional contratado e/ou;

III. Descumprir as determinações desta normativa previstas no Art. 63.

§ 1º O município que solicitar a troca do mediador intercultural e não obedecer ao prazo de 60 dias para realizá-la implicará a suspensão do recurso.

§ 2º A regularização do repasse do incentivo dar-se-á mediante parecer positivo da respectiva CRS acerca da recomposição da equipe, o qual será regularizado a partir da próxima competência financeira.

§ 3º Após a suspensão do recurso citada no parágrafo 1º, o município terá 120 dias para comprovar as adequações, com pena de suspensão do repasse mensal, caso não ocorra regularização na recomposição.

§ 4º A desabilitação do incentivo será informada ao município mediante notificação da Secretaria Estadual da Saúde ao gestor municipal, observado o devido processo administrativo e garantido o contraditório e a ampla defesa.

Art. 69. Cada município poderá solicitar apenas a habilitação de 1 (um) profissional de mediação intercultural na Atenção Primária à Saúde, sendo que:

I. Na hipótese de substituição do mediador intercultural no decorrer do plano de trabalho, os municípios têm até 2 (dois) meses a contar do desligamento deste, observando o tempo de execução que trata o §5º do Art. 63;

II. Em caso de perda do vínculo com o mediador intercultural contratado após o prazo estipulado na linha anterior, o município estará sujeito ao cumprimento da normativa do Art. 68.

Parágrafo único. Recomenda-se que o valor do incentivo seja repassado ao mediador intercultural, considerando a importância do trabalho do mediador intercultural para a qualificação da Atenção Primária em Saúde.

Art. 70. Os critérios de priorização dos municípios poderão ser revisados conforme análise das áreas técnica de saúde da população Migrante, Refugiada, Apátrida e Vítimas do Tráfico de Pessoas da Divisão de Promoção da Equidade em Saúde.

Art. 71. Compete ao gestor municipal notificar à CRS de referência toda e qualquer modificação quanto à ocorrência de desligamento e da devida substituição do mediador intercultural, comprovando alterações e a composição devidamente atualizados no CNES, observando o prazo de até 60 dias para a contratação de novos mediadores.

Capítulo IV

COMPONENTE DE INCENTIVO AO PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

Art. 72. O incentivo para a execução do Primeira Infância Melhor (PIM), instituído pela [Lei nº 12.544](#), de 3 de julho 2006, complementada pela [Lei nº 14.594](#), de 28 de agosto de 2014, como estratégia intersetorial para qualificação e fortalecimento da atenção à primeira infância na Atenção Primária à Saúde, contribui para a efetivação das diretrizes do Marco Legal da Primeira Infância, da Rede Cegonha, das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Criança e de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Programa Criança Feliz entre outras políticas sociais. Por meio de suas ações, busca fortalecer a vigilância e a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, a interação parental positiva e a articulação do cuidado das famílias em rede, prioritariamente daquelas em situação de vulnerabilidade social.

Parágrafo único. O valor financeiro anual correspondente ao componente de incentivo ao PIM estará disposto em portaria de financiamento.

Art. 73. A adesão dos municípios ao Primeira Infância Melhor será condicionada ao Teto Orçamentário Anual e aos critérios estabelecidos em edital, ocorrendo em períodos divulgados pela Secretaria Estadual da Saúde.

Art. 74. Na adesão, o município se comprometerá com as regras estabelecidas no Termo de Adesão ao PIM e com o alcance da meta de indivíduos a serem atendidos pela política, a qual constará na portaria de habilitação do município ao PIM.

§ 1º A ampliação da meta de atendimento será condicionada ao Teto Orçamentário Anual e aos critérios estabelecidos em edital, ocorrendo em períodos divulgados pela Secretaria Estadual da Saúde.

§ 2º A redução da meta de atendimento ocorrerá:

- I. por solicitação do(a) Prefeito(a) Municipal; ou
- II. mediante parecer técnico da Secretaria Estadual da Saúde, quando o município não alcançar pelo menos 80% da meta por um período igual ou superior a 06 meses consecutivos.

Art. 75. A desabilitação do município ao PIM dar-se-á mediante a solicitação do(a) Prefeito(a) Municipal ou parecer técnico do GTE nas situações de não cumprimento do Termo de Adesão.

Art. 76. As habilitações, desabilitações, ampliações e reduções de metas serão publicadas através de **portaria específica**.

Art. 77. O município fará jus ao incentivo financeiro estadual após a publicação da habilitação ou ampliação em Diário Oficial do Estado.

Art. 78. O valor mensal do incentivo financeiro por indivíduo (gestante ou criança acompanhado no município) será disposto em portaria específica.

Art. 79. Para cálculo do incentivo financeiro estadual, será considerado o teto de indivíduos a serem acompanhados por visitador de acordo com sua carga horária:

- I - visitadores com 40h semanais: até 20 indivíduos (gestantes ou crianças);
- II - visitadores com 30h semanais: até 16 indivíduos (gestantes ou crianças); ou
- III - visitadores com 20h semanais: até 12 indivíduos (gestantes ou crianças).

§ 1º Os municípios poderão cadastrar no Sistema de Informações do PIM (SisPIM) um número de indivíduos atendidos por visitador superior ao descrito no caput, desde que não haja prejuízo na metodologia de atenção da política.

§ 2º Não haverá remuneração adicional em caso de superação do teto do número de indivíduos em acompanhamento.

§ 3º Nos municípios cujos visitadores cumpram carga horária diferenciada das estabelecidas acima, para o cálculo do limite de indivíduos a serem acompanhados por visitador, será considerado a carga horária imediatamente inferior às estipuladas, não ultrapassado o teto estipulado no caput desse artigo.

§ 4º Fica vedado o repasse do incentivo aos municípios cujos visitadores cumpram carga horária inferior a 20h semanais.

Art. 80. O valor dos seis primeiros meses de repasse do incentivo financeiro terá como base o número de indivíduos (gestantes e crianças) que serão acompanhados pelo PIM no município, publicado através de portaria específica.

Parágrafo Único. Caso o município não execute ações de implementação, o incentivo financeiro, referente aos seis primeiros meses, deverá ser devolvido ao erário estadual.

Art. 81. Após os seis primeiros meses da habilitação, o repasse terá como base de cálculo o número de indivíduos (gestantes e crianças) cadastrados e acompanhados no Sistema de Informações do PIM (SisPIM).

§ 1º Para o repasse de que trata este artigo, será gerado relatório do SisPIM até o dia cinco do mês subsequente ao mês de referência, tendo o município a responsabilidade de manter o SisPIM atualizado.

§ 2º O repasse será suspenso automaticamente quando o atraso dos registros de acompanhamentos no SisPIM for superior a 120 dias, sendo automaticamente restabelecido, a partir da competência do mês em que houver a regularização do SisPIM.

§ 3º Fica vedado o recebimento dos valores retroativos referentes ao período de ausência de atualização do sistema.

Art. 82. A equipe municipal do PIM será constituída obrigatoriamente pelos integrantes do Grupo Técnico Municipal (GTM), Monitores/Supervisores e Visitadores, sendo facultativa a contratação de digitador(es) e Coordenador.

Art. 83. É vedada ao Visitador a acumulação de qualquer outra função relacionada aos demais cargos do PIM.

Art. 84. O GTM deverá ser composto por no mínimo:

- I. um (01) técnico da Secretaria Municipal de Educação;
- II. um (01) técnico da Secretaria Municipal de Saúde; e
- III. um (01) técnico da Secretaria Municipal de Assistência Social.

Parágrafo Único. Outras secretarias municipais também poderão indicar representantes para compor o GTM. Um representante do GTM poderá ter sua carga horária ampliada para desempenhar a função de Coordenador.

Art 85. A carga horária semanal de trabalho mínima do GTM destinada ao desenvolvimento das ações do PIM será de:

- I. 2 horas semanais em municípios com meta até 20 indivíduos para atendimento;
- II. 4 horas semanais em municípios com meta até 50 indivíduos para atendimento; e
- III. 8 horas semanais em municípios com meta acima de 50 indivíduos para atendimento.

Art. 86. O número de visitadores a serem acompanhados por monitor/supervisor deverá observar os critérios abaixo:

- I. monitor/supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 40h semanais, poderá acompanhar até 15 visitadores;
- II. monitor/supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 30h semanais, poderá acompanhar até 12 visitadores;
- III. monitor/supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 20h semanais, poderá acompanhar até 08 visitadores; e
- IV. monitor/supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 10h semanais, poderá acompanhar até 04 visitadores.
- V. monitor/supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja de 4 horas semanais, poderá acompanhar até 02 visitadores

Parágrafo Único. Membros do GTM poderão acumular a função de monitor/supervisor, desde que possuam carga horária compatível às funções e informado no SisPIM.

Art. 87. Compete aos municípios a contratação, remuneração e os encargos da equipe municipal do PIM.

Art. 88. Os municípios habilitados ao PIM até 31 de agosto de 2021, em conformidade com as normativas anteriores à publicação da Portaria SES nº 635/2021, tiveram suas habilitações renovadas na Portaria nº 857 de dezembro de 2021.

§ 1º A referida portaria de habilitação expressou a meta de atendimento destes municípios, calculada de acordo com o teto de indivíduos a serem acompanhados por visitantes habilitados no Sistema de Informação do PIM (SisPIM).

§ 2º . Durante o período de 120 dias, relativo às competências de dezembro de 2021 a março de 2022, o pagamento do incentivo estadual aos municípios já habilitados ao Primeira Infância Melhor teve como base de cálculo o teto do número de indivíduos (gestantes e crianças) a serem acompanhados por visitantes ativos no Sistema de Informação do PIM (SisPIM), de acordo com sua carga horária, tendo o município o mesmo período para adaptação às demais regras da Portaria SES nº 635/2021.

§ 3º A partir da competência de abril de 2022 os municípios já habilitados ao PIM passaram a receber o incentivo financeiro estadual do programa de acordo com o número de indivíduos (gestantes e crianças) cadastrados e acompanhados no SisPIM.

Art. 89. O objetivo, público prioritário para atenção, eixos de atuação, atribuições das equipes técnicas e metodologia de atendimento às famílias estão regulados pela Nota Técnica DAPPS/PIM nº 03/2021 e suas alterações posteriores.

Capítulo V

COMPONENTE ESTRATÉGICO DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - REDE BEM CUIDAR RS (RBC/RS)

Art. 90. O valor financeiro anual correspondente ao componente estratégico de incentivo à qualificação da APS será **disposto em portaria de financiamento**.

Art. 91. Os municípios aderidos à RBC/RS à primeira equipe farão jus ao recebimento de incentivo financeiro de implantação observadas as seguintes regras:

- I. O incentivo será utilizado para despesas de manutenção e estruturação das Unidades Básicas de Saúde das Equipes Rede Bem Cuidar/RS.
- II. O incentivo de implantação será repassado em parcela única.

Art. 92. Os municípios que desejarem aderir a RBC/RS em seus territórios deverão consultar as informações disponíveis no endereço eletrônico: <https://saude.rs.gov.br/rbcrs> .

Parágrafo Único. A troca dos INEs das equipes aderidas ao programa RBC/RS deve ser realizada apenas em casos excepcionais e ocorrerá somente após publicação de ofício orientativo a ser disponibilizado previamente no site da SES/RS e enviado aos Secretários de Saúde e Gestores municipais da RBC/RS.

Art. 93. São critérios de adesão à RBC/RS:

- I. Indicar uma equipe de Saúde da Família (eSF) completa e em funcionamento a qual possua uma equipe de Saúde Bucal (eSB) vinculada com carga horária de 40h ou duas e SB de 20h. A (s) eSB deve(m) estar em funcionamento ou aguardando credenciamento junto ao Ministério da Saúde;
- II. Ciência do Conselho Municipal de Saúde.

§ 1º Deve-se vincular, dentro do mesmo Identificador Nacional de Equipes (INE) da eSF RBC/RS, 60 horas semanais de profissionais de nível superior - além da equipe mínima de eSF - contabilizando no mínimo 10 horas por profissional de pelo menos duas categorias distintas. É vedada, para efeito de contabilização de carga horária de equipe multiprofissional, a vinculação de médicos e cirurgiões-dentistas;

§ 2º O município poderá indicar uma e-Multi credenciada junto ao Ministério da Saúde, desde que esta esteja vinculada ao Identificador Nacional de Equipes da eSF RBC/RS, com carga horária completa e possuindo no mínimo 60h de equipe multiprofissional.

§ 3º O município deverá indicar um(a) gestor(a) por município para todas as atividades propostas, profissional que será a referência para a Secretaria Estadual da Saúde, para comunicação e avaliação das ações da

RBC/RS. A forma de atuação deste profissional será definida e publicada no site da SES/RS;

Art. 94. A avaliação da RBC/RS ocorrerá através de ciclos periódicos, a partir de critérios e metas específicos.

§ 1º Os critérios e metas especificados no caput, estarão publicizados no endereço eletrônico: <https://saude.rs.gov.br/rbcrs> .

§ 2º É responsabilidade do município a disponibilização dos dados para a avaliação nos prazos indicados pelo DAPPS através do sistema de informação oficial da RBC/RS, o SisRBC, disponível no endereço eletrônico: <https://sisrbc.rs.gov.br/> .

§ 3º É responsabilidade do município manter atualizadas as informações sobre suas equipes e ações nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, sendo eles o Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como sistema de informações da RBC/RS, o SisRBC, sendo eles a base para o monitoramento e avaliação, não sendo aceitas demais formas de comprovação que não estejam atreladas a esses sistemas.

Art. 95. Os municípios que comprovarem os critérios descritos no art. 93 receberão o repasse mensal por adesão ao projeto conforme valor a ser disposto em portaria de financiamento.

§ 1º O recurso previsto no caput deste artigo sofrerá 15% de desconto em relação à composição da equipe, em qualquer uma das situações a seguir, de forma não cumulativa:

- I. os profissionais que estão previstos na composição mínima da Equipe Saúde da Família (eSF) , quando não estiverem cadastrados com carga horária de 40 horas semanais no Identificador Nacional de Equipe (INE) indicado pela gestão municipal sofrerão o desconto ; ou
- II. os profissionais que estão previstos na composição mínima da Equipe Saúde Bucal (eSB), quando não estiverem cadastrados com carga horária de 40 horas semanais no INE indicado pela gestão municipal, ressalvada a admissibilidade de composição de duas eSB completas de 20 horas semanais cada sofrerão o desconto, e a solicitação de eSB que ainda não foi credenciada pelo Ministério da Saúde (MS), nos casos de nova adesão de município à RBC/RS, será considerada situação em que não haverá desconto; ou
- III. os profissionais que compõem as 60 horas ou pertencerem a e-Multi não obedecerem o previsto no §1º e §2º do Art. 93.

§ 2º O recurso previsto no caput deste artigo sofrerá 10% de desconto em relação ao gestor RBC/RS quando o município solicitar mais de uma substituição de gestor RBC/RS no mesmo ciclo.

§ 3º O recurso previsto no caput deste artigo sofrerá até 25% de desconto em relação às metas não atingidas no ciclo vigente, sendo este percentual dividido pelo número de metas obrigatórias e pago por proporcionalidade de alcance de cada meta.

§ 4º O recurso previsto no caput deste artigo será suspenso quando:

- I. O município não atingir nenhum dos critérios relacionados aos parágrafos § 1º, § 2º, § 3º no ciclo avaliado, ou
- II. O município não alimentar o SisRBC no ciclo avaliado conforme os prazos divulgados através das plataformas de comunicação oficiais da RBC/RS, sendo sua a responsabilidade de manter atualizados seus dados cadastrais no sistema de informação e acompanhar as plataformas de comunicação oficiais.

§ 5º O cálculo do repasse será atualizado a cada final de avaliação, sendo aplicado o desconto ou a suspensão no ciclo seguinte.

§ 6º Os municípios com equipes suspensas serão comunicados da suspensão via email aos Secretários de Saúde e Gestores municipais da RBC/RS. Esta informação também será disponibilizada por meio de publicação no site da SES/RS.

Art. 96. Para novas adesões e ampliações à RBC, os descontos iniciam após o resultado da avaliação do segundo ciclo subsequente à adesão ou ampliação.

Art. 97. A desvinculação do município à RBC/RS dar-se-á mediante solicitação do secretário de saúde municipal, via ofício , a ser enviado à Divisão de Atenção Primária à Saúde do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da SES/RS . A solicitação deverá estar acompanhada de justificativa, relatório de utilização do incentivo financeiro recebido e ciência do respectivo Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo único. A SES/RS terá 60 dias consecutivos, a contar do recebimento da documentação supracitada, para analisar e enviar a formalização da desvinculação ao município. Essa comunicação dar-se-á em resposta ao ofício referido no **Art. 97** sendo também comunicado, via e-mail cadastrado, o(a) gestor(a) municipal da RBC/RS e a informação será disponibilizada por meio de publicação no site da SES/RS.

Das disposições finais

Art. 98. As informações acerca do PIAPS poderão ser acompanhadas no endereço eletrônico: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps> .

Art. 99. Os valores não empenhados no exercício anual vigente serão analisados a partir de setembro do ano corrente e poderão ser usados em ações e estratégias que fortaleçam e qualifiquem a APS, através de projetos intersetoriais elaborados pelo Grupo Condutor do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (GCPIAPS) e validados pelo Departamento de Atenção Primária e Políticas em Saúde, Fundo Estadual da Saúde e Secretária de Saúde .

Parágrafo único. Os valores referidos no caput deste artigo poderão ser utilizados de modo desvinculado dos componentes de I a V, do art. 1º, § 1º, em situações extraordinárias, desde que contemple ações da APS e seja objeto de análise e aprovação pelo GCPIAPS.

Art. 100. Ficam revogadas as Portarias SES/RS Nº 1004/2023 e Nº 360/2023.

Art. 101. Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência prevista em Portaria de Financiamento .

Porto Alegre, 12 de março de 2024.

ARITA BERGMANN,
Secretária da Saúde

ARITA GILDA HÜBNER BERGMANN
Av. Borges de Medeiros, 1501, 6º andar
Porto Alegre
ARITA GILDA HÜBNER BERGMANN
Secretária da Saúde
Av. Borges de Medeiros, 1501, 6º andar
Porto Alegre
Fone: 5132885800

Publicado no Caderno do Governo (DOE) do Rio Grande do Sul
Em 14 de Março de 2024

Protocolo: **2024000972290**

Publicado a partir da página: **135**