



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIA SES Nº 360/2023.

Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo o [Decreto Estadual nº 56.061](#), 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 n.º 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 e a forma de distribuição do recurso financeiro referente ao Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS).

§ 1º O recurso financeiro global anual de R\$328.000.000,00 (trezentos e vinte e oito milhões de reais) do PIAPS será dividido entre os seguintes componentes:



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- 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, 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.

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 gestão municipal da APS e equipes multiprofissionais ampliadas, contratação de gerentes de Unidades de Saúde, ações de educação permanente, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, bem como outras ações desde que em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e relacionado ao respectivo componente e seu capítulo, definido nos incisos do parágrafo primeiro do artigo 1º desta Portaria.

Parágrafo único. A orientação detalhada para a execução dos recursos financeiros de cada componente será apresentada em Notas Técnicas da SES/RS, disponíveis para consulta no site da Divisão de Atenção Primária à Saúde, do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS): <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

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 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 consequente alteração desta Portaria.

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



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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 após publicação da habilitação por portaria específica, mantidos desde já os efeitos das Portarias SES/RS nº 754/2021, 755/2021, 1.132/2022 e 1.230/2022, 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, mantidas as já ocorridas até a presente data, dependerá da abertura de novo período de adesão, 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 disposto no inciso I, do parágrafo §1º do art. 1º desta Portaria, será de R\$ 105.000.000,00 (cento e cinco milhões de reais) e observará os seguintes percentuais de cálculo:

I - 55% do total será distribuído com base na população total do estado, resultando em R\$5,08 (cinco reais e oito centavos) per capita. Fonte de cálculo estimativa populacional DEE/SEPLAG 2019.

II - 12% serão distribuídos com base na população de crianças de zero a quatro anos de idade e de idosos de 60 a 79 anos de idade, resultando em R\$5,10 (cinco reais e dez centavos) per capita. Fonte de cálculo estimativa populacional DEE/SEPLAG 2019.

III - 15% será distribuído com base na população de super idosos (80 anos ou mais DEE/SEPLAG 2019), população indígena (SIASI junho/2020), população privada de liberdade (SUSEPE junho/2020), população negra (DEE/SEPLAG 2019 com % de população ajustada IBGE 2010), população em situação de rua (TABCAD julho/2020), população de assentados (IBGE censo



agropecuário 2017), migrantes internacionais (CNS dezembro/2019) e pessoas com deficiência (IBGE 2019), resultando em R\$5,19 (cinco reais e dezenove centavos) per capita.

IV - 9% serão calculados sobre o Inverso da Receita Líquida per capita. O cálculo considera faixas de receita per capita, com base no percentual aplicado em ASPS, distribuídas em 5 escores, fazendo o rateio desse critério com base no Logaritmo natural da população ponderado pelo escore do município. O escore é maior para municípios com menos receita per capita. Fonte TCE/RS 2019.

V - 9% serão calculados sobre o complementar do Índice de Desenvolvimento Socioeconômico - Idese (média apenas dos Blocos Saúde e Educação). O cálculo faz o rateio desse critério com base no Logaritmo natural da população ponderado pelo complementar do índice (um menos o índice). Fonte DEE/SEPLAG 2019.

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 em: <https://atencao basica.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 Público 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).

Art. 15. O valor financeiro anual correspondente ao componente de incentivo para equipes da APS disposto no inciso II, do parágrafo § 1º do art. 1º desta Portaria, fica estabelecido em R\$ 146.788.000,00 (cento e quarenta e seis milhões setecentos e oitenta e oito mil reais) e observará o disposto nas seções a seguir.

Parágrafo Único. Fica estipulado o percentual de 94,21% do valor total do componente estabelecido no caput do artigo 15 como teto para financiamento das equipes de eSF, eAP e eSB, e o percentual de 5,79% como teto para o financiamento das equipes de eAPP.

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.

§ 1º Fica estabelecido, para o ano de 2023, como limite máximo de equipes para o cálculo do repasse de recursos financeiros:

I - 2.447 (duas mil, quatrocentos e quarenta e sete) equipes de Saúde da Família (eSF);

II - 486 (quatrocentas e oitenta e seis) equipes de Atenção Primária (eAP); e

III - 1.073 (mil e setenta e três) equipes de Saúde Bucal (eSB).

§ 2º Esses dados são correspondentes ao valor máximo de equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, de julho a dezembro de 2022, publicadas no portal [e-Gestor AB](#).

Art. 17. Para a distribuição do valor mensal do componente, semestralmente será definido como competência base para todos os municípios aquela que corresponder ao maior número de equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Primária (eAP) e de Saúde Bucal (eSB) financiadas pelo Ministério da Saúde, respeitando o limite previsto no Art. 16 e o limite orçamentário do componente, de acordo com dados por município que ficarão disponíveis no sítio eletrônico: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/piaps>.

§ 1º Para o repasse dos valores mensais do primeiro semestre de 2023, será utilizado como base o período de julho a dezembro de 2022.

§ 2º O teto previsto no Art. 16 será atualizado anualmente.

Art. 18. Fica estabelecido como valor mensal do incentivo, para cada equipe implantada, os seguintes montantes:

I - R\$ 3.400,00 (três mil e quatrocentos reais) para eSF;

II - R\$ 1.700,00 (um mil e setecentos reais) para eAP; e

III - R\$ 850,00 (oitocentos e cinquenta reais) para eSB.

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 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 dos indicadores de desempenho a seguir:

I - indicador 1: Percentual de equipes da Atenção Primária à Saúde (INE) que realizaram pelo menos 1 (uma) atividade com o tema alimentação saudável;

II - indicador 2: Percentual de equipes da Atenção Primária à Saúde (INE) com registro de oferta de procedimentos, atendimento individual e atividade coletiva em PICS;

III - indicador 3: Percentual de equipes da Atenção Primária à Saúde (INE) que realizaram pelo menos 4 (quatro) atendimentos em grupo relativos ao tema da saúde mental;

IV - indicador 4: Percentual de gestantes com prescrição de tratamento para sífilis conforme a classificação clínica; e

V - indicador 5: Percentual de realização de tratamento diretamente observado para tuberculose.

§ 1º O detalhamento dos indicadores está disponível em nota técnica no sítio 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 O monitoramento dos indicadores será realizado semestralmente considerando as últimas seis competências disponíveis com base na produção das equipes, disponibilizada no SISAB.

§ 4º A dedução dos valores, correspondente ao não atingimento das metas dos indicadores supracitados, ocorrerá a partir da competência de fevereiro de 2024, considerando a produção nas competências de julho a dezembro de 2023.

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 definidas as seguintes modalidades de equipes de atenção primária prisional:

I - Essencial - 4 a 5 profissionais: médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem, psicólogo e/ou assistente social; ou

II - Essencial ampliada - 6 a 7 profissionais: médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal, psicólogo e/ou assistente social.

§ 1º Os profissionais que compõem o componente psicossocial de quaisquer das modalidades de equipes, para fins desta normativa, poderão ser também das seguintes formações: terapeuta ocupacional, educador físico, profissionais com habilitação em práticas integrativas e complementares ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, oriundos do quadro de efetivo de servidores da Superintendência dos Serviços Penitenciários e/ou da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º Na modalidade essencial, inciso I, do art. 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.

Art. 22. Recomenda-se o parâmetro de carga horária semanal dos serviços de atenção primária prisional, elencados conforme o número de pessoas privadas de liberdade da unidade prisional:

I - até 100 pessoas presas - mínimo de 6 horas;

II - de 101 a 200 pessoas presas - mínimo de 6 horas, exceto unidade prisional feminina ou hospital de custódia e tratamento psiquiátrico;

III - de 201 a 500 pessoas presas - mínimo de 20 horas; ou

IV - acima de 500 pessoas presas - equipe de 20 horas ou de 30 horas.

Parágrafo único. A conformação da carga horária do serviço pelos critérios da portaria GM/MS nº2298/2021 fica a critério do gestor municipal.

Art. 23. O incentivo financeiro mensal corresponderá aos seguintes valores:

Carga horária semanal mínima	Tipo de eAPP
------------------------------	--------------



	Essencial	Essencial ampliada
6h	R\$ 2.244,00	R\$ 3.250,00
20h	R\$ 7.480,00	R\$ 10.800,00
30h	R\$ 11.113,00	R\$ 16.161,50

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 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 Os municípios que já possuem habilitação ao incentivo federal pelo Ministério da Saúde, se em situação regular, ficam dispensados da etapa mencionada nos incisos I, II e III do caput deste artigo e deverão enviar ofício solicitando o parecer técnico da CRS, na forma estabelecida no artigo 25.

§ 2º A CRS fica responsável pela análise da solicitação, considerando o ofício de solicitação da implantação e seus documentos e, também, 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 Atenção à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema 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 por portaria específica.

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 específica, não necessitam apresentar o processo descrito no artigo 24 desta seção.

Capítulo III

COMPONENTE DE INCENTIVO À PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

Art. 27. O componente de incentivo à promoção da equidade em saúde destina-se a incentivar a 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.



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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, as concepções culturais e religiosas, a condição socioeconômica, a diversidade sexual e de gênero, as condições específicas das pessoas privadas de liberdade e as atividades laborais das populações específicas.

Art. 28. O incentivo deste componente contempla:

I - promoção da equidade em saúde e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas;

II - qualificação da atenção à saúde da população remanescente de quilombos;
e

III - qualificação da atenção à saúde dos povos indígenas.

Art. 29. O valor financeiro anual correspondente ao componente de incentivo à promoção da equidade em saúde disposto no inciso III, do parágrafo primeiro do art. 1º desta Portaria, fica estabelecido em R\$ 8.500.000,00 (oito milhões e quinhentos mil reais) e observará o disposto nas seções a seguir.

Parágrafo único. Ficam destinados os seguintes percentuais do valor total do componente estabelecido no *caput* deste artigo:

I - 23,53% para o inciso I do Art. 28;

II - 35,29% para o inciso II do Art. 28; e

III - 41,18% para o inciso III do Art.28.

Art. 30. Todos os recursos provenientes de desabilitação poderão ser remanejados dentro do componente de promoção da equidade em 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. 31. 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, conforme Portaria nº 512/2020, e destina-se contra as 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. 32. A solicitação de habilitação pelo município para o incentivo do art. 33 desta seção, deverá ser feita mediante um plano de ações.

§ 1º O plano de ações deverá contemplar um ou mais dos seguintes eixos:

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

§ 2º O plano de ações deverá respeitar as especificidades étnico-raciais, territoriais, concreções culturais e religiosas, condição socioeconômica, diversidade sexual e de gênero, condições específicas das pessoas privadas de liberdade e atividades laborais das populações específicas.

§ 3º O plano de ações contemplará obrigatoriamente duas ou mais populações específicas.

§ 4º 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, da Equipe de Consultório na Rua (ECR), de ESF de referência ao atendimento de quilombolas;

§ 5º A ordem de classificação da habilitação observará os municípios cujo plano de ações abranja o maior recorte das populações específicas de seu território e critérios qualitativos baseados nas políticas estadual de promoção da equidade em saúde e nas demais políticas destinadas às populações específicas (estaduais e nacionais).

Art. 33. O repasse será feito em parcela única e observará os seguintes critérios:

- I - municípios com até 10 mil habitantes - R\$10.000,00 (dez mil reais);
- II - municípios com 10.001 a 50 mil habitantes - R\$15.000,00 (quinze mil reais);
- III - municípios com 50.001 a 100 mil habitantes - R\$25.000,00 (vinte e cinco mil reais);
- IV - municípios com 100.001 a 1 milhão de habitantes; R\$50.000,00 (cinquenta mil reais); e
- V - municípios com mais de 1 milhão de habitantes - R\$100.000,00 (cem mil reais).

Parágrafo único. Os municípios receberão recurso por, no máximo, um plano de ação por ano.

Art. 34. Plano de ações deverá ser encaminhado pelo gestor municipal, através de ofício, à Coordenadoria Regional de Saúde de sua circunscrição.

§ 1º Caberá a CRS informar ao município sobre a aprovação e recebimento do incentivo referido no artigo 33º deste capítulo, de acordo com o seu porte populacional e em casos de não aprovação do plano de ações informar a justificativa da decisão.

§ 2º Compete às Coordenadorias Regionais de Saúde a realização, ao final do terceiro quadrimestre de cada ano, de um relatório de acompanhamento dos planos de ações relativos aos municípios da sua circunscrição.

Art. 35. Após a transferência financeira, o município beneficiado obriga-se a apresentar à Coordenadoria Regional de Saúde de sua circunscrição e ao Conselho Municipal de Saúde:



I - em até 90 dias após o início da execução do recurso o relatório de acompanhamento;

II - em até 1 ano após o início da execução do recurso o relatório de avaliação; e

III - a execução do recurso no relatório anual de gestão.

§ 1º A não execução pelo município ou a utilização incorreta implicará a notificação pela CRS, devendo apresentar justificativa no prazo de 30 dias, a contar do recebimento dessa.

§ 2º A não execução do recurso pelo município e a não apresentação da justificativa incorrerá na desabilitação e na devolução do valor corrigido ao erário estadual, observado o devido processo administrativo.

§ 3º A não apresentação da justificativa a que faz referência o § 2º acarretará desabilitação do município que executar os recursos em desacordo com o plano de ações, conforme definido nesta normativa, estará sujeito à devolução dos valores ao erário estadual.

Art. 36. O município habilitado que não cumprir com as determinações desta normativa, após observado o devido processo administrativo, assegurada a ampla defesa e o contraditório, ficará impossibilitado de solicitar nova habilitação por seis meses.

Seção II

Da qualificação da atenção à saúde da população remanescente de quilombos

Art. 37. O incentivo da qualificação da atenção à saúde da população remanescente de quilombos tem por objetivo reduzir, no âmbito da atenção primária à saúde, as desigualdades 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. 38. O valor mensal do incentivo será de R\$1.700,00 (mil e setecentos reais) por comunidade existente no Estado.

Parágrafo único. Serão habilitados ao recebimento 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. 39. O município habilitado deverá apresentar plano de aplicação 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 - coordenação Regional de Saúde, para mediação e validação do plano em construção.

§ 1º O município deverá indicar no plano de aplicação a(s) equipe(s) de atenção primária de referência, responsável(is) pelo atendimento da comunidade quilombola, através do Identificador Nacional de Equipe (INE).



§ 2º Os planos de aplicação deverão contemplar um ou mais dos três eixos temáticos:

- I - gestão/atenção;
- II - redução das vulnerabilidades sociais; e/ou
- III - fortalecimento do controle social.

§ 3º 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.

Art. 40. Compete ao gestor municipal:

- I - apresentar os planos de aplicação para conhecimento do Conselho Municipal de Saúde;
- II - iniciar, no prazo máximo de 6 meses da aprovação, a execução do recurso de acordo com o plano de aplicação; e
- III - prestar contas da execução do Plano à Coordenadoria Regional de Saúde e as comunidades quilombolas.

Parágrafo único. A não observação das atribuições contidas neste artigo poderá acarretar na suspensão dos repasses, observando o período de 30 dias da notificação de suspensão para justificativa à CRS.

Art. 41. São critérios de desabilitação:

- I - deixar de ter população quilombola, com base nas informações de certificação da Fundação Palmares;
- II - não executar plano de aplicação de recursos por dois anos consecutivos, salvo situações justificadas e aprovadas pela CRS; e/ou
- III - descumprir as determinações desta normativa.

§ 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 na devolução dos valores ao erário estadual devidamente atualizado.

Art. 42. O município que executar os recursos sem observar o plano de aplicação, conforme definido nesta normativa, devolverá os valores ao erário estadual com recursos próprios.

Art. 43. Compete às Coordenadorias Regionais de Saúde observar os prazos para a realização dos planos de aplicação 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. 44. O incentivo de qualificação da atenção à saúde aos povos indígenas tem por objetivo garantir a atuação complementar do estado na atenção à saúde dos povos indígenas no âmbito da atenção primária à saúde contribuindo para a atenção diferenciada e redução das vulnerabilidades sociais dos povos indígenas respeitando e valorizando seus modos de vida e a medicina tradicional.

Art. 45. O valor mensal do incentivo observará a seguinte ordem e poderá ser utilizado mesmo em casos que não contemplem a regularidade fundiária da ocupação:

- I - municípios com até 99 indígenas - R\$2.000,00 (dois mil reais);
- II - municípios com 100 a 199 indígenas - R\$3.000,00 (três mil reais);
- III - municípios com 200 a 499 indígenas - R\$5.000,00 (cinco mil reais);



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

- IV - municípios com 500 a 1999 indígenas - R\$10.000,00 (dez mil reais); ou
V - municípios com 2000 ou mais indígenas - R\$15.000,00 (quinze mil reais).

Parágrafo único. Municípios com mais de uma aldeia indígena deverão dividir os valores do incentivo *per capita*, realizando um plano de aplicação para cada comunidade no território, ou realizar um único plano em casos de comum acordo entre a comissão de formulação quanto a execução dos valores.

Art. 46. 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. 47. O plano de aplicação referido no parágrafo único do artigo 46, deverá ser construído em conjunto com a Coordenadoria Regional de Saúde e aprovado pelo estado obrigatoriamente 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 Saúde da Família que preste atendimento aos povos indígenas; e
- IV - coordenadoria regional de saúde, para mediação e validação do plano em construção.

Art. 48. Os planos de aplicação deverão contemplar dois ou mais dos três eixos temáticos:

- I - gestão/atenção;
- II - redução das vulnerabilidades sociais; e/ou
- III - fortalecimento do controle social.

§ 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.

§ 3º A não execução dos recursos por dois anos consecutivos implicará na devolução dos valores ao erário estadual devidamente atualizado.

Art. 49. Compete ao gestor municipal:

- I - apresentar os planos de aplicação para conhecimento do Conselho Municipal de Saúde;
- II - iniciar, no prazo máximo de 6 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.



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Parágrafo único. A não observação das atribuições contidas neste artigo poderá acarretar na suspensão dos repasses, observando o período de 30 dias da notificação de suspensão para justificativa à CRS.

Art. 50. São critérios de desabilitação e devolução dos recursos corrigidos 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 nesta normativa.

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

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

Capítulo IV **COMPONENTE DE INCENTIVO AO PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR**

Art. 52. 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 disposto no inciso IV, do parágrafo único do art. 1º desta Portaria, será de R\$ 26.624.000,00 (vinte e seis milhões, seiscentos e vinte e quatro mil reais).

Art. 53. 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. 54. 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



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

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

Art. 56. A habilitação e a desabilitação por solicitação do município, deverão ser de conhecimento do respectivo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 57. As habilitações, desabilitações, ampliações e reduções de metas serão publicadas através de portaria específica.

Art. 58. O município fará jus ao incentivo financeiro estadual após a publicação da habilitação ou ampliação em Diário Oficial do Estado.

Art. 59. Fica estabelecido o valor mensal do incentivo financeiro em R\$65,00 (sessenta e cinco reais) por indivíduo (gestante ou criança) acompanhado no município.

Art. 60. Para cálculo do incentivo financeiro estadual, será considerado o teto de indivíduos a serem acompanhados por visitador de acordo com sua carga horária:

I - visitantes com 40h semanais: até 20 indivíduos (gestantes ou crianças);

II - visitantes com 30h semanais: até 16 indivíduos (gestantes ou crianças); ou

III - visitantes 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 Para fins de pagamento do incentivo financeiro do Primeira Infância Melhor não serão considerados aqueles indivíduos acompanhados que ultrapassem o teto estipulado no caput.

§ 3º Nos municípios cujos visitantes 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 visitantes cumpram carga horária inferior a 20h semanais.

Art. 61. 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. 62. 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. 63. Para fins de prestação de contas esse repasse é vinculado ao código 4160 no Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde (MGS).

Art. 64. 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.

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

Art. 65. O GTM deverá ser composto, com carga horária semanal mínima 10 (dez) horas de trabalho, destinadas ao desenvolvimento de ações do PIM, 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. 66. O número de visitantes 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 visitantes;
- II - monitor/supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 30h semanais, poderá acompanhar até 12 visitantes;
- III - monitor/supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 20h semanais, poderá acompanhar até 08 visitantes; e
- IV - monitor/supervisor, cuja carga horária dedicada ao PIM seja 10h semanais, poderá acompanhar até 04 visitantes.

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

Art. 68. Os municípios habilitados ao PIM em conformidade em conformidade com as normativas anteriores terão suas habilitações renovadas em portaria específica.

§ 1º A referida portaria de habilitação expressará 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), conforme descrito no Art.60.

§ 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 terá 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 nº 635/2021.

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



Art. 69. 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. 70. O valor financeiro global anual correspondente ao componente estratégico de incentivo à qualificação da APS disposto no inciso V, do parágrafo 1º do art. 1º desta Portaria, será de R\$ 41.088.000,00 (quarenta e um milhões e oitenta e oito mil reais) e dependerá de adesão dos municípios para o estabelecimento do repasse.

Art. 71. São critérios de adesão para a 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. A eSB deve estar em funcionamento ou aguardando credenciamento do Ministério da Saúde;

II - vincular, dentro do mesmo Identificador Nacional de Equipes (INE) da eSF, 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;

III - a eSF indicada deverá estar credenciada ou aguardando credenciamento no Programa Informatiza APS do Ministério da Saúde;

IV - o município deverá indicar um gestor do projeto, que acompanhará todas as atividades propostas e será a referência para o monitoramento da Secretaria da Saúde do Estado; e

V - ciência do Conselho Municipal de Saúde.

§ 1º As equipes aderidas na primeira janela de adesão, com seus respectivos INEs, não poderão ser alteradas até que seja aberta nova janela de adesão ao Programa.

§ 2º Informações do desenvolvimento e monitoramento estão disponíveis no sítio eletrônico na internet: <https://saude.rs.gov.br/rbc/rs>.

Art. 72. O monitoramento da RBC/RS ocorrerá por ciclos periódicos os quais preveem critérios e metas específicos.

§ 1º É responsabilidade do município a disponibilização dos dados para o monitoramento nos prazos indicados pelo DAPPS.

§ 2º É responsabilidade do município manter atualizadas informações sobre suas equipes e ações nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, os quais são base para o monitoramento.

Art. 73. Os municípios que comprovarem os critérios descritos no art. 71 receberão o repasse mensal de R\$ 8.000,00 (oito mil reais):

§ 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 previstos na composição mínima da Equipe Saúde da Família (eSF) não estiverem cadastrados com carga horária de 40 horas semanais no Identificador Nacional de Equipe (INE) indicado na adesão; ou

II - os profissionais previstos na composição mínima da Equipe Saúde Bucal (eSB) não estiverem cadastrados com carga horária de 40 horas semanais no INE indicado na



adesão, ressalvada a admissibilidade de composição de duas eSB completas de 20 horas semanais cada e os casos de eSB ainda não credenciada pelo Ministério da Saúde (MS), situações em que não haverá desconto.

III - os profissionais que compõem as 60 horas não obedecerem o previsto no inciso II do Art. 71.

§ 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.
- II. O município não alimentar o sistema de monitoramento no ciclo avaliado conforme os prazos divulgados através das plataformas de comunicação oficiais da RBC/RS, sendo dua 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 monitoramento, sendo aplicado o desconto ou a suspensão no ciclo seguinte.

§ 6º Municípios com suspensão em dois ciclos consecutivos serão descredenciados da RBC/RS.

Art. 74. O limite de adesões no Estado será de 497 equipes, sendo no máximo 1 (uma) por município.

§ 1º Os municípios interessados em aderir ao componente V dependerão de novo período de adesão, observadas as regras do Programa e a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Para novas adesões à RBC, os descontos referentes ao monitoramento só iniciam no ciclo subsequente à adesão.

§ 3º As regras dispostas no Art. 73 passam a valer a partir do monitoramento do 3º ciclo RBC/RS.

§ 4º 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 qual deverá estar acompanhada de justificativa, relatório de utilização do incentivo financeiro recebido e ciência do respectivo Conselho Municipal de Saúde.

Das disposições finais

Art. 75. 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, regrados por Portaria específica, através de projetos



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

intersetoriais aprovados no Grupo Condutor do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (GCPIAPS), de acordo com a Portaria SES nº 899/2022.

Parágrafo único. O valor referido no caput deste artigo, corresponde à soma dos valores não empenhados em todos os componentes, podendo ser utilizado em situações extraordinárias em ações da APS, de modo desvinculado dos componentes de incisos I a V, do § 1º, art. 1º, desde que seja objeto de análise do GCPIAPS.

Art. 76. Ficam revogadas as Portarias SES/RS nº 635/2021, 843/2021, 916/2021, 230/2022, 500/2022, 1.179/2022.

Art. 77. Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação.

Porto Alegre, 13 de março de 2023.

ARITA BERGMANN,
Secretária da Saúde