

COORDENAÇÃO DE ENTIDADES SOCIAIS

DESPACHO DO DIRETOR

Em 29 de Fevereiro de 2008

Considerando o disposto na Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, no Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, e na Portaria nº 361, de 27 de julho de 1999, DEFIRO os pedidos de qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público das entidades a seguir relacionadas, em razão de que as mesmas atenderam aos requisitos estabelecidos pela Lei nº 9.790:

I. AGÊNCIA PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DE PATOS DE MINAS - MG - ADESP, com sede na cidade de PATOS DE MINAS, Estado de Minas Gerais - CGC/CNPJ nº 03.594.838/0001-49 - (Processo MJ nº 08071.002528/2008-57);

II. ASSOCIAÇÃO COSTA DAS BALEIAS - ACB, com sede na cidade de PRADO, Estado da Bahia - CGC/CNPJ nº 06.037.932/0001-95 - (Processo MJ nº 08071.001898/2008-77);

III. ASSOCIAÇÃO HOC TEMPORE, com sede na cidade de PELOTAS, Estado do Rio Grande do Sul - CGC/CNPJ nº 07.300.325/0001-39 - (Processo MJ nº 08071.002581/2008-58);

IV. ASSOCIAÇÃO PORTAL DOS LENÇÓIS DE APOIO A COMUNIDADES CARENTES - "PORTAL DOS LENÇÓIS", com sede na cidade de MORROS, Estado do Maranhão - CGC/CNPJ nº 07.489.143/0001-58 - (Processo MJ nº 08071.000053/2008-64);

V. ASSOCIAÇÃO SAÚDE CRIANÇA RESPONDER - "RESPONDER", com sede na cidade do RIO DE JANEIRO, Estado do Rio de Janeiro - CGC/CNPJ nº 08.352.822/0001-43 - (Processo MJ nº 08071.001839/2008-07);

VI. COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ALTO MADEIRA - CEDAM, com sede na cidade de PORTO VELHO, Estado de Rondônia - CGC/CNPJ nº 09.190.546/0001-27 - (Processo MJ nº 08071.000047/2008-15);

VII. COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA VIDA, com sede na cidade de VILHENA, Estado de Rondônia - CGC/CNPJ nº 05.788.996/0001-65 - (Processo MJ nº 08071.001906/2008-85);

VIII. GIFE - GRUPO DE INSTITUTOS, FUNDAÇÕES E EMPRESAS, com sede na cidade de SÃO PAULO, Estado de São Paulo - CGC/CNPJ nº 00.765.521/0001-30 - (Processo MJ nº 08071.002129/2008-96);

IX. HOFTALON CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA DA VISÃO II, com sede na cidade de JARDIM ALEGRE, Estado do Paraná - CGC/CNPJ nº 09.247.856/0001-30 - (Processo MJ nº 08071.001849/2008-34);

X. INSTITUTO ALFA E ÔMEGA - INTAO, com sede na cidade de PALMAS, Estado do Tocantins - CGC/CNPJ nº 09.004.837/0001-83 - (Processo MJ nº 08071.000020/2008-14);

XI. INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL, SOCIAL E CULTURAL - IDESC, com sede na cidade de CAMPO GRANDE, Estado de Mato Grosso do Sul - CGC/CNPJ nº 08.968.677/0001-20 - (Processo MJ nº 08071.002013/2008-57);

XII. INSTITUTO DE DIFUSÃO E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO - IDETEC, com sede na cidade de CAMPO GRANDE, Estado do Mato Grosso do Sul - CGC/CNPJ nº 08.968.664/0001-50 - (Processo MJ nº 08071.002579/2008-89);

XIII. INSTITUTO DESENVOLVER DE EDUCAÇÃO - IN-DEE, com sede na cidade do RIO DE JANEIRO, Estado do Rio de Janeiro - CGC/CNPJ nº 09.004.190/0001-90 - (Processo MJ nº 08071.001854/2008-47);

XIV. INSTITUTO ESPORTE SOCIAL - ESPORTE SOCIAL, com sede na cidade de BRASÍLIA - Distrito Federal - CGC/CNPJ nº 07.590.297/0001-31 - (Processo MJ nº 08071.004120/2008-10);

XV. INSTITUTO MARINHO PARA O EQUILÍBRIO SÓCIO AMBIENTAL - INSTITUTO MARÉS, com sede na cidade do RIO DE JANEIRO, Estado do Rio de Janeiro - CGC/CNPJ nº 08.162.392/0001-05 - (Processo MJ nº 08071.002582/2008-01);

XVI. ORDEM INTERNACIONAL TEUTÔNICA DOS CA-VALEIROS TEMPLARIOS - OITCT, com sede na cidade de BARUERI, Estado de São Paulo - CGC/CNPJ nº 02.298.301/0001-79 - (Processo MJ nº 08071.000024/2008-01);

XVII. ORGANIZAÇÃO POTIGUAR PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - OPDS, com sede na cidade de NATAL, Estado do Rio Grande do Norte - CGC/CNPJ nº 09.105.798/0001-00 - (Processo MJ nº 08071.003477/2008-81);

XVIII. REDE ACREANA DOS DEFENSORES DA AMAZÔNIA E RIOS - RADAR, com sede na cidade de RIO BRANCO, Estado do Acre - CGC/CNPJ nº 07.552.580/0001-79 - (Processo MJ nº 08071.001841/2008-78);

XIX. SOCIEDADE AMIGOS DA CINEMATECA - SAC, com sede na cidade de SÃO PAULO, Estado de São Paulo - CGC/CNPJ nº 59.090.092/0001-90 - (Processo MJ nº 08071.002086/2008-49);

XX. TERRA RONG - INCLUSÃO CERRADO; ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO PETER (PARQUE ESTADUAL DE TERRA RONCA/GO), com sede na cidade de BRASÍLIA - Distrito Federal - CGC/CNPJ nº 08.489.447/0001-88 - (Processo MJ nº 08071.000070/2008-00).

JOSÉ EDUARDO ELIAS ROMÃO

Ministério da Previdência Social

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA
COMPLEMENTAR
DEPARTAMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA

PORTARIA Nº 2.112, DE 3 DE MARÇO DE 2008

A DIRETORA DE ANÁLISE TÉCNICA, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 33, combinado com o art.74, ambos da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001 e inciso I, do art. 11 do Anexo I ao Decreto nº 5.755, de 13 de abril de 2006, considerando as manifestações técnicas exaradas no Processo MPAS nº 301872/79, às folhas sob comando nº 32496919, resolve:

Art. 1º Aprovar o novo texto proposto para o Estatuto da Elos - Fundação Eletrosul de Previdência e Assistência Social.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA ESTER VERAS

PORTARIA Nº 2.113, DE 3 DE MARÇO DE 2008

A DIRETORA DE ANÁLISE TÉCNICA, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 33, combinado com o art.74, ambos da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001 e inciso I, do art. 11 do Anexo I ao Decreto nº 5.755, de 13 de abril de 2006, considerando as manifestações técnicas exaradas no Processo MPAS nº 018358/80, sob o comando nº 31109601, resolve:

Art. 1º Aprovar as alterações propostas para o Regulamento do Plano de Benefícios Univaliprevidência, CNPB nº 19.980.055-18, administrado pela Previsc - Sociedade de Previdência Complementar do Sistema Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA ESTER VERAS

PORTARIA Nº 2.114, DE 3 DE MARÇO DE 2008

A DIRETORA DE ANÁLISE TÉCNICA, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 33, combinado com o art.74, ambos da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001 e inciso I, do art. 11 do Anexo I ao Decreto nº 5.755, de 13 de abril de 2006, considerando as manifestações técnicas exaradas no Processo MPAS nº 30000001579/84, às folhas sob comando nº 31097732, resolve:

Art. 1º Aprovar o novo texto proposto para o Estatuto da VWPP - Volkswagen Previdência Privada.

2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA ESTER VERAS

Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 (*)

Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos no Pacto Pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Regionalização Solidária e Cooperativa firmada no Pacto Pela Saúde e seus pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS;

Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família;

Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil;

Considerando a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, conforme o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta o desenvolvimento das ações da pessoa com deficiência no SUS;

Considerando as diretrizes nacionais para a Saúde Mental no SUS, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da reforma psiquiátrica;

Considerando a Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional;

Considerando a Política Nacional de Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, seus princípios e diretrizes;

Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS, a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial da Saúde - OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia;

Considerando a Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994, que define a carga horária semanal máxima dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;

Considerando a Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998 que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física.

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, estabelecido na Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles considerados essenciais;

Considerando que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, estabelecida por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, e da integralidade e da equidade; e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.



§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

§ 5º prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte:

I - Para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, sendo permitido o cadastro de profissionais de CBO diferentes;

II - Para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um;

III - Para os profissionais terapeutas ocupacionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e,

IV - Para as demais ocupações vale a definição do caput deste parágrafo.

§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

§ 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

§ 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I a esta Portaria.

Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

§ 1º Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família.

§ 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

Art. 6º Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família.

§ 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

§ 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

Art. 7º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I - definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal;

II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;

III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;

V - manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;

VI - disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF;

VII - realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;

VIII - assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF; e

IX - estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.

Art. 8º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

I - identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º desta Portaria;

II - assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

III - realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; e

IV - acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados nesta Portaria.

Art. 9º Definir que o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF:

I - esteja vinculado à implantação/expansão da Atenção Básica/Saúde da Família na proporcionalidade definida no artigo 5º desta Portaria;

II - obedeça a mecanismos de adesão e ao fluxo de credenciamento, implantação e expansão definidos no Anexo II a esta Portaria, podendo ser utilizados os quadros do Anexo III a esta Portaria; e

III - tenha aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado.

Art. 10. Definir como valor de transferência para a implantação dos NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Art. 11. Definir como valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

§ 1º Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES.

§ 2º O envio da base de dados do SCNES pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o banco nacional deverá estar de acordo com a Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007.

§ 3º O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverão ser registrados no SIA/SUS mas não gerarão créditos financeiros.

Art. 12. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) e componham o Bloco Financeiro de Atenção Básica.

§ 1º Incidem nos fluxos e requisitos mínimos para manutenção da transferência e solicitação de crédito retroativo os requisitos definidos pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

§ 2º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes ao NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais dos NASF e/ou;

IV - inexistência do número mínimo de Equipes de Saúde da Família vinculadas ao NASF, sendo consideradas para esse fim as Equipes de Saúde da Família completas e as Equipes de Saúde da Família incompletas por período de até 90 dias.

Art. 13. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Vairável - Saúde da Família.

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

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;

- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Interação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;

- acolher os usuários e humanizar a atenção;

- desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;

- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;

- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;

- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e

- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Ações de Atividade Física/Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PT nº 687/GM, de 30 de março de 2006 -, compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shitsu, a Yoga, entre outras.

Em face do caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, as ações de Atividade Física/Práticas Corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis.

Detalhamento das ações:

- desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade;

- veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;

- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;

- proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;

- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;

- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;

- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais;

- supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;

- promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc;

- articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e

- promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população.

Ações das Práticas Integrativas e Complementares - Ações de Acupuntura e Homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.

Detalhamento das ações:

- desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;

- veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;

- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;

- proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF, sob a forma da participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro do processo de Educação Permanente;

- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;

- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;

- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;

- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;

- promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc; e

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional.

Ações de Reabilitação - Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência - Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 - compreende que as "deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente" (CIF, 2003).

O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a Inclusão Social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços de atenção básica sejam fortalecidos para o cuidado da população com deficiência e suas equipes tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutive e de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para os outros níveis de complexidade quando se fizer necessário.

As ações de reabilitação devem ser multiprofissionais e transdisciplinares, provendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas no qual, por meio do entrosamento constante entre os diferentes profissionais, se formulem projetos terapêuticos únicos que considerem a pessoa, suas necessidades e o significado da deficiência no contexto familiar e social. Os resultados das ações deverão ser constantemente avaliados na busca por ações mais adequadas e prover o melhor cuidado longitudinal aos usuários.

Detalhamento das ações:

- realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;

- desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;

- desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;

- desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;

- realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;

- acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;

- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;

- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;

- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;

- capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;

- realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;

- desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;

- desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;

- acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;

- acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;

- realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e

- realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.

Ações de Alimentação e Nutrição - Ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis.

A promoção de práticas alimentares saudáveis é um componente importante da promoção da saúde em todas as fases do ciclo da vida e abrange os problemas vinculados à desnutrição, incluindo as carências específicas, a obesidade e os demais distúrbios nutricionais e sua relação com as doenças e agravos não-transmissíveis.

Nessa direção, é importante socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos locais de custo acessível e elevado valor nutritivo. A incorporação das ações de alimentação e nutrição, no âmbito da Atenção Básica, deverá dar respostas às suas principais demandas assistenciais, ampliando a qualidade dos planos terapêuticos especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação.

O diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, propiciada pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional confere racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população.

As ações de Alimentação e Nutrição integram o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei. nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Detalhamento das ações:

- conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;

- promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;

- capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e

- elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento.

Ações de Saúde Mental - Atenção aos usuários é a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os frequentam - sua família, escola, trabalho, igreja etc. - e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania.

Detalhamento das ações:

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;

- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentosos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;

- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

Ações de Serviço Social - Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.

Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

Detalhamento das ações:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;

- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;

- discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;

- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;

- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;

- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;

- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;

- identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;

- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;

- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;

- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;

- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e

- no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia.

Ações de Saúde da Criança - Ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade exija atenção diferenciada. Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família, que estejam inseridas num processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

Detalhamento das ações:

- realizar junto com as ESF o planejamento das ações de saúde da criança;

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;

- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões específicas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando desenvolver espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc);

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da criança se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e

- realizar visita domiciliar conjunta às equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

Ações de Saúde da Mulher - Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família que estejam inseridas num processo de educação permanente; ações de capacitação em serviço

Quadro de metas das Ações em áreas Estratégicas

Área Estratégica	Ações propostas para o NASF	Quantitativo de ações programadas por ano

(*) Republicada por ter saído publicada no DOU nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, págs. 47 a 49, com incorreção no original.

PORTARIA Nº 389, DE 3 DE MARÇO DE 2008

Redefine os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o Decreto nº 6.215, de 26 de setembro de 2007, que estabelece o Compromisso pela Inclusão das Pessoas com Deficiência e entre suas diretrizes, no art 2º item II, ampliar o acesso das pessoas com deficiência à política de concessão de órteses e próteses;

Considerando a Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

Considerando a Portaria nº 587/SAS/MS, de 7 de outubro de 2004, que determina a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva;

Considerando a Portaria nº 589/SAS/MS, de 8 de outubro de 2004, que trata dos mecanismos para operacionalização dos procedimentos de atenção à saúde auditiva no Sistema Único de Saúde - SIA/SUS; e

Considerando a Portaria nº 308/SAS/MS, de 10 de maio de 2007, que alterou os valores dos Aparelhos de Amplificação Sonora Individual - AASI constantes do Anexo II da Portaria nº 589/SAS/MS, de 8 de outubro de 2004, resolve:

Art. 1º Redefinir, na forma do Anexo a esta Portaria, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 1º Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva devem garantir o atendimento integral ao paciente que compreende avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e reposição de molde auricular e de AASI.

§ 2º Os limites financeiros publicados incluem todos os procedimentos e respectivos parâmetros, previstos na Portaria nº 589/SAS/MS, de 8 de outubro de 2004, para o atendimento integral aos pacientes protetizados e para aqueles que, após avaliação diagnóstica, não necessitaram de AASI.

§ 3º Constam relacionados no Anexo a esta Portaria os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade, com o código de Serviço/Classificação 027/001, e na Alta Complexidade, com o código de Serviço/Classificação 027/002, habilitados, até a presente data.

Art. 2º Estabelecer que os recursos financeiros destinados ao custeio dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, sejam disponibilizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios em Gestão Plena do Sistema, em conformidade com os limites definidos no Anexo a esta Portaria.

Art. 3º Determinar que a distribuição dos limites físico e financeiro publicada no Anexo a esta Portaria poderá ser alterada por determinação das Comissões Intergestores Bipartite Estaduais, em razão da complexidade dos serviços e respectiva abrangência, desde que respeitados os limites físico e financeiro totais da unidade federada.

Art. 4º Determinar que, a cada habilitação de Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade seja publicada o limite físico e financeiro a ser acrescido ao limite financeiro dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios em Gestão Plena do Sistema.

Art. 5º Definir que, quando o limite financeiro estabelecido no Anexo a esta Portaria for ultrapassado, seu excedente onerará o limite financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Art. 6º Determinar que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 7º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde adote medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência março de 2008.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

UF	Estado/Município	Gestão	Média Complex. (MC) Alta Complex.(AC)	Recurso financeiro (mensal)
AL	ARAPIRACA	M	AC	93.225,52
AL	MACEIÓ	M	AC	93.225,52
AL	Gestão Estadual	E	AC	93.225,51
Total AL				279.676,55
BA	FEIRA DE SANTANA	M	MC	102.118,47
BA	LAURO DE FREITAS	M	MC	102.118,47
BA	SALVADOR	M	AC	355.116,17
BA	Gestão Estadual	E		0,00
Total BA				559.353,11
CE	CASCAVEL	M	MC	65.765,53
CE	JUAZEIRO DO NORTE	M	MC	145.376,43
CE	SOBRAL	M	MC	72.688,21
CE	FORTALEZA	M	AC	204.219,27
CE	FORTALEZA	M	MC	211.141,96
CE	Gestão Estadual	E		0,00
Total CE				699.191,40
DF	Gestão Estadual	E		177.558,09
TOTAL DF				177.558,09
ES	Gestão Estadual	E	AC	177.558,09
TOTAL ES				177.558,09
GO	GOIANIA	M	AC	177.558,09
GO	GOIANIA	M	MC	68.078,98
GO	Gestão Estadual		AC	177.558,09
TOTAL GO				423.195,16
MA	SÃO LUIS	M	AC	177.558,09
MA	IMPERATRIZ	M	AC	177.558,09
MA	Gestão Estadual	E		0,00
TOTAL MA				355.116,18

MG	ALFENAS	M	AC	177.558,09
MG	BELO HORIZONTE	M	AC	177.558,09
MG	JUIZ DE FORA	M	AC	177.558,09
MG	GOVERNADOR VALADARES	M	AC	177.558,09
MG	PATOS DE MINAS	M	MC	102.118,47
MG	TEÓFILO OTONI	M	MC	102.118,47
MG	UBERLÂNDIA	M	AC	177.558,09
MG	Gestão Estadual	E	AC	355.116,18
MG	Gestão Estadual	E	MC	306.355,41
MG	Total Gestão Estadual	E		661.471,59
TOTAL MG				1.753.498,98
MS	CAMPO GRANDE	M	AC	279.676,56
MS	Gestão Estadual	E		0,00
TOTAL MS				279.676,56
MT	Gestão Estadual	E	AC	177.558,09
TOTAL MT				177.558,09
PB	JOÃO PESSOA	M	AC	177.558,09
PB	SOUZA	M	AC	34.039,49
PB	CAJAZEIRAS	M	AC	68.078,98
PB	Gestão Estadual			0,00
TOTAL PB				279.676,56
PA	BELÉM	M	AC	177.558,09
TOTAL PA				177.558,09
PR	APUCARANA	M	MC	15.785,00
PR	CURITIBA	M	AC	206.343,44
PR	CURITIBA	M	MC	72.253,76
PR	FOZ DO IGUAÇU	M	MC	20.090,71
PR	FRANCISCO BELTRÃO	M	MC	24.765,80
PR	LONDRINA	M	AC	71.646,88
PR	LONDRINA	M	MC	36.823,83
PR	MARINGÁ	M	AC	82.356,84
PR	MARINGÁ	M	MC	58.035,34
PR	Gestão Estadual	E	AC	280.708,96
PR	Gestão Estadual	E	MC	110.228,60
PR	Total Gestão Estadual	E		390.937,56
TOTAL PR				979.039,16
PE	CARUARU	M	MC	102.118,47
PE	PETROLINA	M	MC	102.118,47
PE	Gestão Estadual	E	AC	355.116,17
TOTAL PE				559.353,11
PI	TERESINA	M	MC	102.118,47
PI	TERESINA	M	AC	71.023,23
PI	Gestão Estadual	E		0,00
TOTAL PI				173.141,70
RJ	BARRA MANSÁ	M	AC	177.558,09
RJ	DUQUE DE CAXIAS	M	MC	532.674,26
RJ	RIO DE JANEIRO	M	MC	102.118,47
RJ	RIO DE JANEIRO	M	AC	177.558,09
RJ	Gestão Estadual	E	MC	306.355,41
TOTAL RJ				1.296.264,32
RN	CAICO	M	MC	51.059,23
RN	NATAL	M	AC	59.186,03
RN	Gestão Estadual	E	MC	51.059,23
RN	Gestão Estadual	E	AC	118.372,06
RN	Total Gestão Estadual	E		169.431,29
TOTAL RN				279.676,55
RS	CANOAS	M	AC	177.558,09
RS	PORTO ALEGRE	M	AC	355.116,18
RS	Gestão Estadual	E	MC	408.473,88
TOTAL RS				941.148,15
RO	Gestão Estadual		AC	177.558,08
TOTAL RO				177.558,08
SC	CHAPECÓ	M	MC	50.564,68
SC	ITAJAÍ	M	MC	89.235,65
SC	JARAGUÁ DO SUL	M	MC	39.988,71
SC	JOINVILLE	M	AC	100.808,58
SC	Gestão Estadual	E	MC	121.036,56
SC	Gestão Estadual	E	AC	157.718,94
SC	Total Gestão Estadual	E		278.755,50
TOTAL SC				559.353,12
SE	ARACAJU	M	AC	177.558,09
SE	Gestão Estadual	E		0,00
TOTAL SE				177.558,09
SP	CAMPINAS	M	AC	260.997,42
SP	JUNDIAÍ	M	AC	171.198,71
SP	RIBEIRÃO PIRES	M	AC	130.498,71
SP	SANTOS	M	AC	158.479,96
SP	SÃO PAULO	M	AC	149.576,84
SP	SÃO PAULO	M	MC	324.257,33
SP	SOROCABA	M	AC	148.304,96
SP	Gestão Estadual	E	AC	2.358.618,26
SP	Gestão Estadual	E	MC	73.701,29
SP	Total Gestão Estadual	E		2.432.319,55
TOTAL SP				3.775.633,48
TO	Gestão Estadual	E	AC	177.558,09
TOTAL TO				177.558,09
TOTAL GERAL (mensal)				14.435.900,71
TOTAL GERAL (anual)				173.230.808,52