

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 84 DE 21 DE MARÇO DE 2024.

Dispõe sobre a revisão dos critérios de cofinanciamento do Programa Estadual de Incentivo a Regionalização, com vistas a implantação e implementação da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – O Art. 196 da Constituição Federal de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”;

II– A Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

III – A Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

IV– O Decreto Federal nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 80.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências;

V – A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde;

VI – A Lei Complementar Estadual nº 465 de 28 de março de 2012, que dispõe sobre a criação da Lei Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental;

VII – O Decreto Estadual nº 456 de 24 de março de 2016, que dispõe sobre o Sistema de Transferência de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde;

VIII – A Portaria Nº 102/2016/GBSES, que “Estabelece critérios de cofinanciamento estadual aos municípios que serão contemplados com o PROGRAMA DE INCENTIVO A REGIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE REABILITAÇÃO, HEMOTERAPIA E SAÚDE MENTAL para garantirem ações e serviços”;

IX – A Portaria de Consolidação GM/MS nº. 3 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS);

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

X– A Portaria de Consolidação GM/MS nº. 6 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do sistema Único de Saúde;

XI – A Resolução nº 14/2011, que aprova a POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL (DOE/MT de 16/12/2011, p. 60);

XII – A Regionalização como uma diretriz do SUS que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da rede de atenção à saúde;

XIII- A pactuação como base para negociação de metas a serem alcançadas pelos municípios e estados, objetivando a melhoria do desempenho dos serviços ofertados, bem como, a situação de saúde da população e,

XIV- Os dispositivos de saúde mental, nas suas diferentes modalidades, que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sendo eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residência Terapêutica (SRT) e as Unidades de Acolhimento (UA).

R E S O L V E:

Art. 1º- Estabelecer a revisão de critérios de cofinanciamento do Programa Estadual de Incentivo a Regionalização com vistas a implantação e implementação da RAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso, conforme Anexo I e II desta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução torna sem efeito o que se aplica aos incentivos estaduais de custeio mensal destinado aos municípios com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na PORTARIA Nº 102/2016/GBSES que “Estabelece critérios de cofinanciamento estadual aos municípios que serão contemplados com o PROGRAMA DE INCENTIVO A REGIONALIZAÇÃO DAS UNIDADES DE REABILITAÇÃO, HEMOTERAPIA E SAÚDE MENTAL para garantirem ações e serviços”.

Art. 3º - Ficam mantidos os critérios de cofinanciamento estadual aos municípios que serão contemplados com o Programa de Incentivo à Regionalização das Unidades de Reabilitação e Hemoterapia, conforme estabelece a Portaria Nº 102/2016/GBSES.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura com efeitos financeiros a partir de abril de 2024.

GILBERTO
GOMES DE
FIGUEIREDO:174
82445153

Assinado de forma digital
por GILBERTO GOMES DE
FIGUEIREDO:17482445153
Dados: 2024.03.25
15:34:58 -04'00'

Cuiabá/MT, 21 de março de 2024.

Gilberto Gomes de Figueiredo
Presidente da CIB /MT

Flávio Alexandre dos Santos
Presidente do COSEMS/MT

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

ANEXO I RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 84 DE 21 DE MARÇO DE 2024.

Critérios para cofinanciamento do Programa Estadual de Incentivo à Regionalização para dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS: CAPS, SRT e UA

Ficam definidos os seguintes critérios para o recebimento do cofinanciamento estadual:

I- A adesão dos municípios a este Programa, será por intermédio de formalização de **Termo de Compromisso**, conforme modelo padrão (ANEXO II), contendo as responsabilidades dos entes federativos;

II- A Secretaria Municipal de Saúde aplicará este recurso financeiro **exclusivamente** para o custeio e em caráter complementar das ações dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residência Terapêutica (SRT) e Unidades de Acolhimento (UA), nas suas diferentes modalidades;

III- A inclusão e exclusão dos dispositivos, bem como a classificação e reclassificação dos mesmos, deverão seguir pactuações CIR/CIB e habilitações no Ministério da Saúde;

IV- Para incentivar a **implantação de novos** dispositivos da RAPS indicados no Programa Estadual de Incentivo à Regionalização, após aprovação em CIB de implantação do serviço, será concedido:

a) Incentivo estadual de implantação para Centros de Atenção Psicossocial/CAPS, **POR SEIS MESES**, por ser este o período estimado para o processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde via Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), conforme Quadro 1;

b) Os CAPS que já se encontram aguardando processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde farão jus ao incentivo estadual de implantação pelo período remanescente contado à partir da data de publicação da CIB de implantação do serviço;

c) Incentivo estadual de implantação em **PARCELA ÚNICA** para SRT E UA, conforme Quadro 1;

d) O incentivo estadual de custeio mensal será concedido para o CAPS, a SRT e UA, conforme sua modalidade, **somente se o mesmo estiver habilitado junto ao Ministério da**

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT
Saúde, conforme Quadro 2, 3 e 4;

e) O incentivo estadual de implantação será concedido somente para as solicitações de implantação à partir da data de vigência desta Resolução.

V- A transferência mensal dos recursos de cofinanciamento do Programa Estadual de Incentivo a Regionalização para os dispositivos da RAPS indicados (CAPS, SRT, UA) **será condicionada** à publicação da habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde.

VI- A transferência mensal dos recursos de cofinanciamento estadual será precedida de autorização do Secretário de Estado de Saúde, por meio de Portaria contendo os municípios contemplados e os respectivos valores;

VII- Os recursos de cofinanciamento estadual correrão por conta da dotação orçamentária do Fundo Estadual de Saúde/FES.

VIII- O monitoramento das ações das unidades dar-se-á através do acompanhamento do Escritório Regional de Saúde (ERS) de abrangência, por meio de visita *in loco* e emissão de relatório semestral em relação ao cumprimento dos critérios do Termo de Compromisso.

IX- Os tipos de serviços, os valores do incentivo e sua periodicidade estabelecido nesta Resolução será conforme discriminado nos Quadros 1, 2, 3 e 4 abaixo:

Quadro 1

Discriminação dos valores de **incentivo estadual de implantação** para CAPS, SRT e UA

TIPO DE SERVIÇO	VALOR DO REPASSE DA SES	PERÍODO
CAPS aprovados em CIB	R\$ 40.775,00	ATÉ 6 MESES
SRT aprovados em CIB	R\$ 30.000,00	PARCELA ÚNICA
UA aprovados em CIB	R\$ 30.000,00	PARCELA ÚNICA

Fonte: SES/MT, 2024

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT
Quadro 2Discriminação dos valores de incentivo estadual de custeio para CAPS habilitados no
Ministério da Saúde

TIPO DE SERVIÇO	VALOR DO REPASSE DA SES	PERIODO
CAPS I	R\$ 18.000,00	MENSAL
CAPS II	R\$ 22.000,00	MENSAL
CAPS III	R\$ 28.000,00	MENSAL
CAPS INFANTO-JUVENIL	R\$ 26.000,00	MENSAL
CAPS AD	R\$ 26.000,00	MENSAL
CAPS AD III (24 H)	R\$ 40.000,00	MENSAL

Fonte: SES/MT, 2024

Quadro 3

Discriminação dos valores de incentivo estadual de custeio para SRT habilitados no
Ministério da Saúde

TIPO DE SERVIÇO	VALOR DO REPASSE DA SES	PERÍODO
SRT tipo 1	R\$ 17.000,00	MENSAL
SRT tipo 2	R\$ 20.000,00	MENSAL

Fonte: SES/MT, 2024

Quadro 4

Discriminação dos valores de incentivo estadual de custeio para UAs habilitadas no
Ministério da Saúde

TIPO DE SERVIÇO	VALOR DO REPASSE DA SES	PERÍODO
UA Adulto	R\$ 17.000,00	MENSAL
UA Infante-Juvenil	R\$ 20.000,00	MENSAL

Fonte: SES/MT, 2024

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT
ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 84 DE 21 DE MARÇO DE 2024.**

**TERMO DE COMPROMISSOS E
META Nº _____ EXERCÍCIO 2024**

Pelo presente instrumento a **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO**, doravante denominada SES/MT, neste ato representado pelo Secretário de Estado **GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO**, portador da Cédula de Identidade RG Nº 0065587-2 SSP/MT e do CPF nº174.824.451-53, residente e domiciliado em Cuiabá - MT e a _____, doravante denominada _____, neste ato representada pelo _____, estado civil _____, portador da Cédula de Identidade RG Nº _____, emitido por _____ e do CPF Nº _____, residente e domiciliado na _____, Bairro _____, Município - MT, CEP _____.

Considerando a instituição do SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, na forma como se tem disciplinado no DECRETO N.º 456 de 24 de março de 2016.

RESOLVEM:

Celebrar o presente TERMO DE COMPROMISSOS E METAS, via do qual as partes obrigam-se mutuamente, em caráter geral, a conjugarem esforços, através do Programa Estadual de Incentivo à Regionalização com vistas a implantação e implementação da RAPS no âmbito do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso, dentro dos princípios do Sistema de Transferência Fundo a Fundo, a conjugarem esforços à consolidação do Sistema Único de Saúde por meio da descentralização e regionalização no município, de forma que possibilite o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em Mato Grosso.

A adesão dos municípios a este Programa, será por intermédio de formalização de Termo de Compromisso, contendo as responsabilidades dos entes federativos.

GILBERTO
GOMES DE
FIGUEIREDO: 53
17482445153

Assinado de forma
digital por GILBERTO
GOMES DE
FIGUEIREDO:174824451
Data: 2024.03.25
13:35:42 -04'00'

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

Em caráter específico, a SES-MT compromete-se a:

I. Transferir mensalmente os recursos de cofinanciamento do Programa Estadual de Incentivo à Regionalização para os dispositivos da RAPS indicados (CAPS, SRT, UA) **após a publicação da habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde;**

II. Repassar Incentivo MENSAL para CAPS, **por até seis meses**, período estimado para o processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde via Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). Após esse período, o recurso de cofinanciamento estadual de custeio será concedido, conforme modalidade, somente se o CAPS estiver habilitado junto ao Ministério da Saúde;

III. Conceder, após aprovação em CIB, incentivo estadual de implantação em **PARCELA ÚNICA**, conforme RESOLUÇÃO CIB/MT Nº XXX DE XXX DE MARÇO DE 2024, para SRT e UA de forma a incentivar a implantação dos dispositivos da RAPS indicados no Programa Estadual de Incentivo a Regionalização;

IV. Efetivar mensalmente a transferência de recursos financeiros nos prazos das legislações vigentes, ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, de acordo com os valores consignados na correspondente AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO DO PROGRAMA DE COFINANCIAMENTO e autorização do Secretário de Estado de Saúde, por meio de Portaria contendo os municípios contemplados e os respectivos valores;

V. Incluir e excluir dispositivos, bem como a classificação e reclassificação dos mesmos, conforme pactuações CIR/CIB e habilitação no Ministério da Saúde;

VI. Considerar os tipos de serviços, os valores do incentivo e sua periodicidade conforme estabelecido em RESOLUÇÃO CIB/MT Nº XXX DE XXX DE MARÇO DE 2024;

VII. Prestar apoio institucional aos municípios para organização, acompanhamento e qualificação da rede de atenção à saúde;

VIII. Monitorar e avaliar a utilização do Incentivo Financeiro Estadual, acompanhando os compromissos DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE no que tange à execução do presente Termo.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

A Prefeitura através da Secretaria Municipal de Saúde compromete-se em cumprir os seguintes critérios:

I. Os CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL (CAPS), os SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS (SRT) e as UNIDADES DE ACOLOHIMENTO (UA), deverão funcionar de acordo com cada modalidade existente, contando com uma equipe interdisciplinar e quantidade de profissionais conforme **Portaria de Consolidação GM/MS Nº. 3 de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais legislações vigentes;

II. Aplicar 100% dos recursos financeiros deste incentivo, exclusivamente para o custeio e em caráter complementar das ações dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residência Terapêutica (SRT) e Unidades de Acolhimento (UA), nas suas diferentes modalidades;

III. Realizar através dos CAPS o apoio matricial às Equipes de Atenção Primária e Hospitalar com vistas a integralidade e qualidade do cuidado de forma intra e intersetorial;

IV. Deverá prestar conta dos respectivos repasses, conforme legislação vigente quando requisitado pelos órgãos de fiscalização e controle;

DO MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO

O monitoramento das ações das unidades dar-se-á por intermédio do acompanhamento do Escritório Regional de Saúde responsável, por meio de visita *in loco* e emissão de relatório anual da situação em relação ao cumprimento dos critérios do Termo de Compromisso, que deverá ser encaminhado à Superintendência de Gestão Regional (SGR) que de posse do relatório direcionará à Coordenadoria de Atenção Secundária da Superintendência de Atenção à Saúde para continuidade ou suspensão dos repasses.

DA REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DOS CRITÉRIOS E RECURSOS

A Secretaria de Estado de Saúde a partir da avaliação do referido instrumento e em consonância com a sua capacidade orçamentária e financeira realizará, anualmente, ou se necessário semestralmente, a revisão/alteração dos critérios e valores

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT estabelecidos na referida RESOLUÇÃO CIB/MT Nº XXX DE XXX DE MARÇO DE 2024;

DA SUSPENSÃO DO RECURSO

O não cumprimento dos critérios estabelecidos neste Termo acarretará na suspensão do cofinanciamento. A avaliação anual deste instrumento servirá de subsídio para a decisão quanto a manutenção do cofinanciamento contido neste Termo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E, por estarem assim justos e acordados, assinam as partes compromissadas o presente instrumento na presença das testemunhas abaixo, para a produção dos seus efeitos legais.

Cuiabá - MT, ____ de _____ de 2024.

Secretário(a) de Saúde do município

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO
Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

GILBERTO
GOMES DE
FIGUEIREDO:17
482445153

Assinado de forma digital
por GILBERTO GOMES DE
FIGUEIREDO:17482445153
Dados: 2024.03.25 15:36:21
-04'00"