Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 1427/2019/ASPAR/GM/MS

Brasília, 07 de maio de 2019.

A Sua Excelência a Senhora
Deputada SORAYA SANTOS
Primeira-Secretária
Edifício Principal, sala 27
Câmara dos Deputados
70160-900 Brasília - DF

PRIMEIRA SECRETARIA
Documento recebido nesta Secretaria sem a indicação ou aparência de tratar-se de conteúdo de caráter sigiloso, nos termos do Decreto n. 7.845, de 14/11/2012, do Poder Executivo.
Em 09 / 05 / 19 às 16 h58
Servidor
5876
Ponto
Portador

Assunto: Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 196/19

Senhora Primeira-Secretária,

Reporto-me ao expediente destacado na epígrafe, referente ao Requerimento de Informação nº 319, de 15 de abril de 2019, para encaminhar as informações prestadas pelo órgão técnico deste Ministério.

Atenciosamente,

LUIZ HENRIQUE MANDETTA
Ministro de Estado da Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Luiz Henrique Mandetta, Ministro de Estado da Saúde**, em 09/05/2019, às 11:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9124766** e o código CRC **B88B5C36**.

Referência: Processo nº 25000.054737/2019-91 SEI nº 9124766

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
Assessoria Parlamentar

DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 07 de maio de 2019.

Ao Gabinete do Ministro

Assunto: **Requerimento de Informação nº 319/2019 - Deputado Assis Carvalho**

Encaminho resposta contendo o Despacho CGMAD/DAPESD/SAS/MS - 8668889 e seus anexos 8669423, 8669459 e 8669487, elaborados pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-DAPES, desta Secretaria/SAS, para ciência e atendimento à Solicitação da Câmara dos Deputados.

GABRIELLA BELKISSE ROCHA
Assessora Especial do Ministro para Assuntos Parlamentares
Chefe da Assessoria Parlamentar

Documento assinado eletronicamente por **Gabriella Belkisse Câmara Rocha Tavares, Chefe da Assessoria Parlamentar**, em 08/05/2019, às 18:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9124704** e o código CRC **FA349B64**.

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Gabinete da Secretaria de Atenção á Saúde

DESPACHO

SAS/GAB/SAS/MS

Brasília, 29 de abril de 2019.

RESTITUA-SE à Assessoria Parlamentar - ASPAR/GM/MS, para conhecimento e providências relativas ao Despacho CGMAD/DAPESD/SAS/MS - 8668889 e seus anexos 8669423, 8669459 e 8669487, elaborados pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-DAPES, desta Secretaria.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO
Secretário de Atenção à Saúde

Documento assinado eletronicamente por **Francisco de Assis Figueiredo, Secretário(a) de Atenção à Saúde**, em 06/05/2019, às 19:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9029141** e o código CRC **760FB4C6**.

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

DESPACHO

CGMAD/DAPES/SAS/MS

Brasília, 03 de abril de 2019.

REF.: Requerimento de informação 319, de 2019

INT.: Deputado Assis Carvalho

ASS.: Requer que sejam solicitas informações ao Ministro da Saúde sobre A Nota Técnica nº 11/2019, intitulada "Nova Saúde Mental".

1. Trata-se do Requerimento nº 319, de 2019 proveniente da Câmara dos Deputados encaminhado pelo excelentíssimo Deputado Federal Assis Carvalho, que solicita: *"1. Qual a situação atual da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e o que motivou a proposta de mudanças, divulgada na Nota Técnica nº 11/2019? 2. Quais as diferenças das unidades CAPS AD IV na comparação com as demais unidades CAPS? 3. Quais medidas estão previstas para evitar internações prolongadas, nos moldes do fracassado modelo manicomial? 4. Quais evidências científicas apontam a eficácia da eletroconvulsoterapia, e como este Ministério pretende controlar o mau uso ou uso indiscriminado desta técnica? 5. Qual a importância das comunidades terapêuticas nesse novo contexto? 6. Como será feita a abordagem da saúde mental do indígena? Haverá capacitação específica aos profissionais envolvidos? 7. Como será a interação dos novos componentes da RAPS como pontos de atenção já existentes?"*

2. No que compete a Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas – CGMAD, esclarecemos que ainda que pese a publicitação do documento referido, não houve nenhuma Nota Técnica publicada pelo Ministério da Saúde, referente a mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. O texto referido no ofício, tratava-se de um rascunho elaborado pelo ex-Coordenador Geral de Saúde Mental a época. Para ser considerado Nota Técnica deveria ser aprovado pela Diretoria do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) e pela Secretaria de Atenção Saúde (SAS) e só então publicada, o que não ocorreu.

3. Não há que se comparar as unidades de serviços da Rede de Atenção Psicossocial elas se diferenciam por critérios populacionais, epidemiológicos e organização regional/Territorial. Para um melhor entendimento encaminho anexo Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que dispõe em seu Anexo V, Título I e seguintes as diretrizes e funcionamento dos CAPS I, II, III, ad, ad III e infanto-juvenil (8669423) e a Portaria nº 3.588 de 2017, que dispões sobre as diretrizes do CAPS IV (8669459).

4. O Ministério da Saúde ainda não dispõe de diretrizes nacionais para a Eletroconvulsoterapia -ECT, ou indicação e cobertura desse procedimento e não está prevista nenhuma forma de custeio desses procedimentos no âmbito do SUS. Também não há estudos para estimativa da quantidade necessária para atendimento da demanda. A OMS preconiza que, quando necessário, esse procedimento deve seguir os seguintes critérios (WHO-QualityRights, 2012: p.3):

a) Não ser realizada de forma abusiva, sendo indicada com base em diretrizes claras e evidências clínicas;

b) Não ser aplicada em pessoas com menos de dezoito anos;

c) Só ser administrada sob consentimento livre e informado do usuário do serviço;

d) Só ser administrada com anestesia e relaxante muscular;

e) Ser monitorada pelos gestores públicos;

5. O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido estabelece diretrizes gerais para o uso de ECT, recomendando que esse procedimento só deva ser feito após uma adequada e criteriosa avaliação que aponte: que outros métodos não se revelaram eficazes, a condição clínica, avaliação de riscos e benefícios, considerando inclusive eventos adversos potenciais, particularmente quanto ao comprometimento cognitivo. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2.057/2013, Art. 21 a 25) reafirma a obrigatoriedade de procedimentos anestésicos e de recuperação, como condição para administração desse procedimento, além de avaliação prévia do estado clínico geral do paciente, em especial das condições cardiovasculares, respiratórias e neurológicas. Há um consenso da literatura científica quanto à indicação de ECT em algumas situações clínicas específicas, como a depressão refratária a tratamentos farmacológicos, mas apenas 20% a 30% das pessoas com depressão maior não respondem aos tratamentos convencionais (farmacológico e psicoterápico) de forma adequada (Johnston et al, 2019). Diante da baixa prevalência de casos com indicação para esse procedimento e dos requisitos técnicos e de segurança para sua realização, o Ministério da Saúde vem articulando com os Hospitais Universitários de Referência a oferta de ECT, somente para os casos em que for efetivamente necessária, obedecendo a critérios rigorosos de indicação. A aquisição de novos equipamentos de ECT justifica-se para a substituição de aparelhos obsoletos e que não garantem condições de segurança adequadas.

6. Todos os serviços da Rede de Atenção Psicossocial são importantes para compor um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. Quanto as Comunidades Terapêuticas Vale destacar que para compor a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS as Comunidades Terapêuticas necessitam estar de acordo com os requisitos exigidos pela Portaria nº 131/12 que se encontra incorporada na Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017 no ANEXO XCI Capitulo I, dos quais um deles, é que o serviço esteja em adequação as Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de números 50/2002 e 29/2011. E neste sentido se configuraria como um estabelecimento de Saúde. Por tanto, até o momento não temos cadastrados nenhuma Entidade. Atualmente, no âmbito da esfera Federal, o financiamento das Comunidades Terapêuticas tem sido realizado via editais pela SENAD/MJ, do qual não é exigido que sejam estabelecimentos de saúde, mas que estejam de acordo com a RDC 29/2011.

7. A abordagem da saúde mental aos povos indígenas permanece conforme disposto na Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 3 do Anexo XIV, art. 1º e seguintes (8669487).

8. Como já dito antes não há que comparar os serviços. As ações dos serviços da RAPS Rede de Atenção Psicossocial, tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a construção de uma rede de assistência segura, eficaz, diversificada e humanizada. O Ministério da Saúde preconiza a organização do sistema de saúde em redes, conforme definido pela Portaria 4.279, de 30/12/2010. As alterações na Política Nacional de Saúde instituídas pela Portaria nº 3.588/2017, vieram para potencializar e qualificar a RAPS.

9. Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para demais informações que se fizerem necessárias.

10. De acordo, encaminhe ao GAB/SAS, com vistas à ASPAR/SAS, para conhecimento e providências cabíveis.

Documento assinado eletronicamente por **Simone Garcia de Araujo, Bolsista**, em 05/04/2019, às 12:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Marcio Henrique de Oliveira Garcia, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, em 08/04/2019, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **8668889** e o código CRC

RIC 319/2019

ADVERTÊNCIA
Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

[Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,** no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º As redes temáticas de atenção às saúde, as redes de serviço de saúde e as redes de pesquisa em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

CAPÍTULO I
DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Art. 2º As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS obedecerão ao disposto no Anexo I. (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Art. 1º)

Art. 3º São Redes Temáticas de Atenção à Saúde:

I - Rede Cegonha, na forma do Anexo II;

II - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III;

III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV;

IV - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V;

V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI;

CAPÍTULO II
DAS REDES DE SERVIÇO DE SAÚDE

Art. 4º São Redes de Serviço de Saúde:

I - Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, na forma do Anexo VII;

II - Redes Estaduais de Assistência a Queimados, na forma do Anexo VIII.

III - Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, na forma do Anexo IX;

IV - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), na forma do Anexo X;

V - Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), na forma do Anexo XI;

VI - Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS), na forma do Anexo XII;

VII - Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), na forma do Anexo XIII;

VIII - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), na forma do Anexo XIV.

CAPÍTULO III
DAS REDES DE PESQUISA EM SAÚDE

Art. 5º São Redes de Pesquisa em Saúde:

I - Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS), na forma do Anexo XV;

II - Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS), na forma do Anexo XVI;

III - Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino, na forma do Anexo XVII;

IV - Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC), na forma do Anexo XVIII;

V - Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC), na forma do Anexo XIX;

VI - Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), na forma do Anexo XX;

VII - Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN), na forma do Anexo XXI;

VIII - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), na forma do Anexo XXII;

IX - Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA), na forma do Anexo XXIII;

X - Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), na forma do Anexo XXIV;

XI - Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET), na forma do Anexo XXV.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 4279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 88;

II - arts. 1º a 9º e 12 da Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 109;

III - arts. 1º a 10, 41 a 49, 51 a 56 da Portaria nº 11/GM/MS, de 7 de janeiro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de janeiro de 2015, p. 30;

IV - arts. 1º a 23, 34, 37 a 39 da Portaria nº 1020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de maio de 2013, p. 72;

V - Portaria nº 1481/GM/MS, de 13 de junho de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2017, p. 75;

VI - Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 11 de maio de 2012, p. 138;

VII - Portaria nº 2418/GM/MS, de 2 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de dezembro de 2005, p. 32;

VIII - Portaria nº 1084/GM/MS, de 28 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de maio de 2017, p. 52;

IX - Portaria nº 1600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2011, p. 69;

X - arts. 2º a 6º, 11, 27 a 29 e 1º da Portaria nº 2395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de outubro de 2011, p. 79;

XI - Portaria nº 479/GM/MS, de 15 de abril de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 1999, p. 79;

XII - Portaria nº 2923/GM/MS, de 9 de junho de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de junho de 1998, p. 44;

XIII - arts. 1º a 11, 42 a 46 da Portaria nº 1010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2012, p. 87;

XIV - Portaria nº 2657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2004, p. 76;

XV - arts. 1º, 2º, 4º, 5º, 9º e 10 da Portaria nº 2971/GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de dezembro de 2008, p. 69;

XVI - arts. 1º a 6º e 12 da Portaria nº 2338/GM/MS, de 3 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de outubro de 2011, p. 28;

XVII - arts. 1º a 12, 29 a 31, 33, 37 a 40, 42 a 45 da Portaria nº 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de janeiro de 2017, p. 34;

XVIII - Portaria nº 1365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de julho de 2013, p. 166;

XIX - arts. 1º a 5º, 7º a 23, 28 a 30 da Portaria nº 1366/GM/MS, de 8 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de julho de 2013, p. 166;

XX - Portaria nº 1678/GM/MS, de 6 de outubro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de outubro de 2015, p. 55;

XXI - arts. 1º, 3º a 8º, 13, 14 e 16 da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de abril de 2012, p. 35;

XXII - arts. 1º a 5º e 10 da Portaria nº 2994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de dezembro de 2011, p. 118;

XXIII - Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de março de 2017, p. 78;

XXIV - arts. 1º a 20, 37, 39 a 42 e 45 da Portaria nº 2809/GM/MS, de 7 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de dezembro de 2012, p. 36;

XXV - Portaria nº 905/GM/MS, de 16 de agosto de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2000, p. 119;

XXVI - Portaria nº 483/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 50;

XXVII - Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de março de 2013, p. 23;

XXVIII - Portaria nº 62/GM/MS, de 6 de janeiro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 9 de janeiro de 2017, p. 31;

XXIX - arts. 1º a 5º, 8º a 23 e 25 da Portaria nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de março de 2013, p. 25;

XXX - arts. 1º a 31, 34 a 39, 48 e 49 da Portaria nº 389/GM/MS, de 13 de março de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de março de 2014, p. 34;

XXXI - Portaria nº 571/GM/MS, de 5 de abril de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 2013, p. 56;

XXXII - arts. 1º a 6º, 16 a 19 e 21 da Portaria nº 189/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 31;

XXXIII - arts. 1º a 25, 29, 32, 35 e 36-A da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 42;

XXXIV - Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 230;

XXXV - Portaria nº 1306/GM/MS, de 27 de junho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de junho de 2012, p. 196;

XXXVI - arts. 1º a 6º e 9º da Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de fevereiro de 2002, p. 22;

XXXVII - arts. 1º a 11 da Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2012, p. 39;

XXXVIII - arts. 1º a 12 e 17 da Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 45;

XXXIX - Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de fevereiro de 2012, p. 33;

XL - Portaria nº 2391/GM/MS, de 26 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de dezembro de 2002, p. 349;

XLI - Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de fevereiro de 2000, p. 49;

XLII - Portaria nº 678/GM/MS, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de março de 2006, p. 132;

XLIII - Portaria nº 3090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de dezembro de 2011, p. 233;

XLIV - Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de abril de 2012, p. 94;

XLV - art. 1º da Portaria nº 1303/GM/MS, de 28 de junho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 1 de julho de 2013, p. 45;

XLVI - Portaria nº 479/GM/MS, de 23 de março de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2016, p. 45;

XLVII - arts. 1º e 8º da Portaria nº 626/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 53;

XLVIII - arts. 1º a 14, 16 a 18, 23, 25 a 27, 31, 33, 34 e 36 da Portaria nº 2776/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 2014, p. 183;

XLIX - Portaria nº 702/GM/MS, de 12 de abril de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de abril de 2002, p. 28;

L - Portaria nº 1273/GM/MS, de 21 de novembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de novembro de 2000, p. 51;

LI - Portaria nº 936/GM/MS, de 18 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de maio de 2004, p. 52;

LII - arts. 1º a 9º, 12, 16 a 18 da Portaria nº 1679/GM/MS, de 19 de setembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de setembro de 2002, p. 53;

LIII - arts. 1º a 9º, 12 a 17 da Portaria nº 2728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de novembro de 2009, p. 76;

LIV - Portaria nº 2978/GM/MS, de 15 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de dezembro de 2011, p. 89;

LV - Portaria nº 2647/GM/MS, de 4 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de novembro de 2013, p. 41;

LVI - Portaria nº 2970/GM/MS, de 25 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de novembro de 2009, p. 48;

LVII - Portaria nº 176/GM/MS, de 27 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2006, p. 76;

LVIII - Portaria nº 2915/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011, p. 62;

LIX - Portaria nº 137/GM/MS, de 24 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de janeiro de 2014, p. 27;

LX - Portaria nº 193/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 34;

LXI - Portaria nº 794/GM/MS, de 13 de abril de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de abril de 2011, p. 56;

LXII - Portaria nº 192/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXIII - Portaria nº 190/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXIV - Portaria nº 194/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 34;

LXV - Portaria nº 191/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 33;

LXVI - Portaria nº 195/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de fevereiro de 2014, p. 35;

LXVII - Portaria nº 1046/GM/MS, de 20 de maio de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2016, p. 108;

LXVIII - Portaria nº 495/GM/MS, de 10 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de março de 2006, p. 52;

LXIX - Portaria nº 1811/GM/MS, de 12 de agosto de 2009, publicada no Boletim de Serviço do MS, de 17 de agosto de 2009, p. 1;

LXX - Portaria nº 2363/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de outubro de 2009, p. 90.

Art. 7º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO I

Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Anexo 1)

DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.

O texto foi elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS).

O conteúdo dessas orientações está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversos estados.

O documento está organizado da seguinte forma: justificativa abordando por que organizar rede de atenção à saúde, os principais conceitos, fundamentos e atributos da rede de atenção à saúde, os elementos constitutivos da rede, as principais ferramentas de microgestão dos serviços e, diretrizes com algumas estratégias para a implementação da rede de atenção à saúde.

1. POR QUE ORGANIZAR REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões:

Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.

Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

2. CONCEITOS

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço.

Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS.

A contratualização/contratos de gestão, nesse contexto, pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se:

Melhorar o nível de saúde da população;

Responder com efetividade às necessidades em saúde;

Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;

Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;

Coordenar as atividades das partes envolvidas;

Assegurar a produção de um excedente cooperativo;

Distribuir os frutos da cooperação;

Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e

Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para atingir esses objetivos as partes adotam em três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como:

Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados;

O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional;

Promover a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização, nomeadamente através da participação organizada e permanente dos utentes.

Considerando a necessidade de fortalecimento da APS vigente, no que se refere à prática dos seus atributos essenciais, a contratualização das ações de saúde a partir do primeiro nível de atenção, tem sido apontada como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde.

Adicionalmente, estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida.

Os problemas vivenciados na área de educação e da gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas. Nesta concepção, o trabalho deve ser visto como uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde.

Portanto, o trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito devem ser debatidos nas equipes multiprofissionais.

Além da valorização do espaço do trabalho, há necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde.

Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário.

O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

3. FUNDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

3.1 Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos

Economia de escala, qualidade e acesso são a lógica fundamental na organização da rede de atenção à saúde.

A Economia de Escala - ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente.

Qualidade - um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção á saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).

Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode se analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Disponibilidade de Recursos - é outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

3.2 Integração Vertical e Horizontal

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas.

Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).

Integração Horizontal: consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

3.3 Processos de Substituição

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

A substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. Ex: mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o auto-cuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional, etc.

3.4 Região de Saúde ou Abrangência

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

3.5 Níveis de Atenção

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

4. ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;

2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;

3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;

4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;

5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;

6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;

7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;

8. Participação social ampla;

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;

12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;

13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e

14. Gestão baseada em resultado.

A integração dos sistemas de saúde deve ser entendida como um contínuo e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Dessa forma, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. Por sua vez, a integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justificam-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários (OPAS, 2009).

5. PRINCIPAIS FERRAMENTAS DE MICRO GESTÃO DOS SERVIÇOS

A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.

É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

Os problemas ou condições de saúde estão em sujeitos, em pessoas, por isso, a clínica do sujeito é a principal ampliação da clínica, que possibilita o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico.

A gestão da clínica aqui compreendida implica "a aplicação de tecnologias de micro-gestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e e) melhorar a qualidade da atenção à saúde".

Como subsídio à gestão da clínica utiliza-se a análise da situação de saúde em que o objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

A gestão clínica dispõe de ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS. As ferramentas de microgestão partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenhar a RAS e ofertar outras ferramentas como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera.

Diretrizes clínicas - entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre eipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Gestão da condição da saúde - é a mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a RAS. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica. Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação.

A gestão dos riscos coletivos e ambientais passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros.

Gestão de caso - é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender às neces- sidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde.

Auditoria clínica - segundo BERWICK E KNAPP, 1990, há três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos- sentinela. A auditoria clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Lista de espera - pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

6. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

6.1 População e Região de Saúde

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS deve ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. O Pacto pela Saúde define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estru- tura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

6.2 Estrutura Operacional

A estrutural operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

APS - Centro de Comunicação

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

Uma atenção primária de qualidade, como parte integrante da Rede de atenção à saúde estrutura-se segundo sete atributos e três funções:

Atributos - Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

O Primeiro Contato: evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e a melhores resultados de saúde a custos totais mais baixos.

A Longitudinalidade: deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças evitáveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica - diretriz clínica e gestão de patologias.

A Integralidade da Atenção: a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

A Coordenação: é um "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum" (SARFIELD, 2002). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

A Centralidade na Família: remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

A Abordagem Familiar: deve ser empregada em vários momentos, como, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuá- rio e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

A Orientação Comunitária: a APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário:

Definir e caracterizar a comunidade;

Identificar os problemas de saúde da comunidade;

Modificar programas para abordar estes problemas;

Monitorar a efetividade das modificações do programa.

Funções - Resolubilidade, Organização e Responsabilização.

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais (MENDES, 2002):

Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;

Organização: visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

Pontos de Atenção Secundários e Terciários:

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Sistemas de Apoio

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

Sistemas Logísticos

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical.

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Sistema de Governança

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e

instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc.

Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional.

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no CGR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis.

Esse planejamento deverá ainda seguir a mesma sistemática do processo de elaboração do planejamento municipal/estadual, considerando os pressupostos e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos. Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo e são influenciados pelo resultado deste.

O produto do processo de planejamento regional deverá ser expresso no PDRI, o que permitirá o monitoramento e a avaliação das metas acordadas entre os gestores, bem como, a definição dos recursos financeiros necessários.

Como parte intrínseca à governança da RAS, seu financiamento é atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade.

As modalidades de repasses financeiros devem estar alinhadas com o modelo de atenção e ao planejamento regional, fortalecendo as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos, na organização da atenção.

A alocação dos recursos de custeio da Rede de Atenção à Saúde deve ser pautada por uma combinação de critérios de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias e, ainda, ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. A construção de programação pactuada e integrada - PPI consiste em uma estratégia para orientar a definição de alocação compartilhada de recursos.

Além do modelo de alocação, torna-se necessário também o dimensionamento e a garantia de um volume de recursos compatível com as necessidades de investimento na Rede de atenção à saúde.

Da mesma forma, é necessário buscar a unificação dos processos decisórios relativos aos investimentos, que se devem pautar pelos critérios de ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade, materializados nos Planos Diretores de Regionalização e Investimentos.

6.3 Modelo de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual

modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessa Rede.

Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas -, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna- se uma exigência para o estabelecimento da RAS.

7. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA RAS

A transição entre o ideário da RAS e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (PNAB, Políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, Política de Vigilância e Promoção a Saúde, Política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

Com base nisso, propõe-se abaixo diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS:

I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção

Estratégias:

Realizar oficinas macrorregionais sobre RAS e planificação da APS com a participação dos estados e municípios, com vistas ampliar a compreensão sobre a organização da RAS e qualificar o planejamento do Sistema a partir da APS.

Rever e ampliar a política de financiamento da APS com base na programação das necessidades da população estratificada.

Propor novas formas de financiamento para a APS dos municípios, desde que cumpram os seguintes atributos: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

Criar condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico.

Ampliar o escopo de atuação das APS e apoio matricial, incentivando a reorganização do processo de trabalho no território da APS, desenvolvendo ações como:

Incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento;

Integrar a promoção e vigilância em saúde na APS (território único, articulação dos sistemas de informação, agentes de vigilância em saúde);

Incorporar a prática de gestão da clínica para prover um contínuo de qualidade e segurança para o usuário;

Induzir a organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos e condições;

Planejar e articular as ações e serviços de saúde a partir dos critérios de acesso e/ou tempo-resposta;

Ampliar o financiamento e o investimentos em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho.

Implementar as ações voltadas às políticas de atenção às populações estratégicas e às prioridades descritas no Pacto pela Vida.

II. Fortalecer o papel dos CGRs no processo de governança da RAS

Estratégias:

Assegurar a institucionalidade dos CGR como o espaço de tomada de decisão e de definição de ações estratégicas no âmbito da região de saúde;

Incentivar o papel coordenador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização dos CGR visando à implantação da RAS;

Qualificar os gestores que integram os CGR, sobre os instrumentos e mecanismos do processo de governança da RAS;

Incorporar permanentemente nas pautas das CIBs o apoio à organização da RAS;

Fortalecer a gestão municipal tendo em vista que a governabilidade local é pressuposto para qualificar o processo de governança regional.

III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde.

Estratégias:

Organizar a gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS de modo transversal e integrado, compondo Rede de compromisso e co-responsabilidade para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais;

Incorporar a análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ações;

Implantar do apoio matricial na dimensão regional.

IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS

Estratégias:

Elaborar proposta de financiamento tripartite para criação ou adequação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), desprecarização dos vínculos de trabalho e contratação de pessoal;

Incentivar a implementação da política de educação permanente em saúde como dispositivo de mudanças de práticas na APS;

Ampliar o Pró-Saúde / Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE) para todas as instituições de ensino superior visando à mudança curricular e à formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população;

Estimular o estabelecimento de instrumentos contratuais entre a gestão e os profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultados;

Promover articulação política junto ao Congresso Nacional visando à busca de soluções para os problemas advindos da Lei Responsabilidade Fiscal na contratação da força de trabalho para o SUS.

V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS

Estratégia:

Fortalecer a capacidade de planejamento integrado entre municípios e estado, a partir da realidade sanitária regional;

Atualizar o PDRI, considerando a ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade da RAS.

VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS

Estratégias:

Estabelecer os parâmetros de regulação do acesso do sistema de saúde;

Ampliar o financiamento para os complexos reguladores com vistas à implementação da RAS;

Promover a comunicação de todos os pontos de atenção da RAS com a Implementação de registro eletrônico em saúde;

Avançar no desenvolvimento de mecanismo único de identificação dos usuários do SUS;

Promover integração da RAS por meio de sistemas transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico, considerando critérios de acesso, escala e escopo;

Promover a reorganização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) à luz das diretrizes estabelecidas para organização da RAS;

Avançar no desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em saúde na RAS;

Utilizar os sistemas de informação como ferramentas importantes para construção do diagnóstico da situação de saúde, a fim de produzir intervenções baseadas nas necessidades das populações;

Ampliar a cobertura do Telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde da "segunda opinião formativa".

VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS

Estratégias:

Definir os mecanismos de alocação dos recursos de custeio e investimento para a implementação da RAS;

Definir os critérios/índice de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, com vistas à distribuição equitativa do financiamento para a RAS;

Induzir a construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma compartilhada para orientar a definição dos recursos da região de saúde;

Propor novos mecanismos de financiamento das políticas públicas de saúde com foco na garantia do contínuo assistencial e na responsabilização das três esferas de governo;

Redefinir e reforçar o financiamento da APS no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÚCIO, F. L. A COORDENAÇÃO FEDERATIVA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PERÍODO FHC E OS DESAFIOS DO GOVERNO LULA. Revista de Sociologia e Política, v. 24, p. 41- 67, 2005.

Contratualização e Organizações Sociais - Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. Debates GV Saúde, Vol. 1, 1º semestre 2006, p. 24-27.

ARRETCHE, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma dos Programas Sociais. DADOS - Revista de Ciências Sociais, v. 43, n. 6, p. 431-458, 2002.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Regionalização em Saúde e mix público-privado. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 17 jul. 2008.

BARRENECHEA, J. J.; URIBE, E. T.; CHORNY, A. H. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.. Medellín: Ed Universidad de Antioquia/OPS, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, Documento Revisado, maio 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria N. 325, de 22 de fevereiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Federal. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Glossário de Termos da Política Nacional de Humanização. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 15 de jul. 2007c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Gestão é Mais Saúde: Governança para Resultados no Ministério da Saúde. Série B Textos Básicos de Saúde 2009, 234p: il. - Série B. Textos Básicos de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005, Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde: 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - RAS Santa Catarina - Oficina de Governança Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macrorregião Nordeste e Planalto Norte - Guia do Participante - abr. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - Projeto Territórios: Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar. 2008-2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.142. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25 n. 01, p. 5- 26, 2008.

A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 04, n. 02, p. 393-403, 1999.

S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
Um método para análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de usos e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.).Saúde e Democracia: A luta do CEBES. Lemos Editorial, 1997.

CHORNY, A. H. Planificación in Salud: viejas ideas en nuevas ropajes. Cuadernos Médicos-Sociales, n. 73, 1998.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

CONASEMS - XXVI CONGRESSO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS - GRAMADO/RS

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ESPANHA: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS. MESA 2: SANTOS, LENIR - Gestão Pública da Saúde: Modelos Jurídicos, Parcerias Público-Privadas e Regulação dos Sistemas de Serviços, mai. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE - CONASS. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS - Nota Técnica 12/2005.

.Oficina de Rede de Atenção no SUS: Guia do Facilitador. Brasília: CONASS, 2008

CONILL, E. M. Analisis de la problemática de la integración de la APS em El contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servícios y sus efectos en la cohesión social. ENSP, Fiocruz, 2007.

COSTA, N. R. Política social e ajuste macroeconômico. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, suplemento, p. 13-21, 2002.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, 907-923, 2002.

COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. Constituição ou Políticas Públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. (Org). O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC. Brasília: ENAP, 2002.

DIAZ, V. P. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EM PAISES CON DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD. Dissertação de Mestrado. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponível em: www.chc.es. Acesso em: 15 dez. 2008.

DINIZ, E. GLOBALIZAÇÃO, REFORMAS ECONÔMICAS E ELITES EMPRESARIAIS: Brasil anos 1990. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. International Journal of Integrated Care, v. 08, n. 23, p. 1- 6, 2008.

ESCOREL, S.; DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. Divulgação em Saúde para Debate, n. 43, p. 62-78, 2008.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

FERNANDES, SILVIO. Rede de Atenção à Saúde no SUS. 2009 - 20 Anos/CONASEMS.

FLEURY, S.; MAFORT, A. L. M. Gestão de Rede: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLEURY, S. A reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

A Seguridade Social e os dilemas da inclusão social. Revista de Administração Pública, v. 39, n. 3, p. 449-469, 2005a.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA E AMPASA). O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. 2006.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE SAÚDE. Modelo de Atenção à Saúde. 2007-2010.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, v. 2, n. 5, p. 951-963, 2006.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 20, v. 6, p. 1670-1681, 2004.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. Hygeia, v. 2, n.3, p. 35- 46, 2006.

GILLIES, R. R.; SHORTELL, S. M.; ANDERSON, D. A.; MITCHELL, J. B.; MORGAN, K. L. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hospital & Health Services Administration, v. 38, n. 04, p.467-89, 1993.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. Revista Panamericana de Saúde Pública, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

HAM, C. Clinically Integrated Systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffild Trust, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e Integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública, V. 20, Sup. 2, 2004.

IDISA/CAMPINAS-SP - SEMINÁRIO DE REDE INTERFEDERATIVAS DE SAÚDE, fev. 2008, LENIR SANTOS - A organização político- administrativa do SUS de acordo com a conformação jurídico-constitucional inserta no art. 198 da CF: Rede interfederativas de serviços de atenção à saúde.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA - IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <www.igbe.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2008.

Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2000.

KUSCHNIR, R. A Construção da Regionalização: Nota Técnica sobre O PACTO PELA SAÚDE. Versão preliminar, Rio de Janeiro, ENSP, 2007.

LABRA, E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et. al. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FICORUZ, 2005.

LEITE, JACQUELINE GAGMAR B. L; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, ELIANA C. V. - Contratuzalização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os Programa no Estado de Minas Gerais - Revista de Administração em Saúde, Vol. 12, nº 46 - jan/mar 2010 p. 15-22.

LEAT, P.; PINK, G. H.;GUERIERE, M. Towards a Canadian Model of integrated healthcare. Health Care Papers, v. 1, n. 2, p. 13- 35, 2000.

LERNER, M. Modernization and health: a model of the health transition. Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association, São Francisco, Califórnia (inédito), 1973.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.;MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.

LONDOÑO, J. L.; FRENK J. Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Washington, D.C.: World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, 1995.

LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. POLÍTICA E BUROCRACIA NO PRESIDENCIALISMO BRASILEIRO: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n. 41, p. 69-89, 1999.

MACHADO, C. V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

MAFORT, A. L. M. Os Desafios da Gestão em Rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. Revista Saúde em Debate, v. , n. p. , 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N.O financiamento da atenção à saúde no Brasil. Pesquisa Debate, v. 12, n.1, p. 65-91, 2001.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MENDES, E. V. A Rede de atenção à saúde , Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.

Sistemas Integrados de Serviços de Saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde. Mimeo, 2000.

MESA-LAGO, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Cepal - Naciones Unidas, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. Nota Técnica DAD/SE n.º 35: Planilhas de Regionalização - Pacto pela Saúde e Territórios da Cidadania. Brasília, 24 de novembro de 2008.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A.; STEENBERGEN, M. Comparison and reflection. Integrated care in Europe. Maarssen: Elsevier, 2003.

NASH, D; SKOUFALOS, A; HARTMAN, M.; HORWITZ, H. Practicing Medicine in the 21st Century. American College of Physicians Executives, 2006.

NAVARRETE, L. V. et al. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UMA GUÍA PARA EL ANÁLISIS. Revista Espanhola de Salud Pública, v. 79, N. 06, p. 633-643, 2005.

ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UN ESTUDIO DE CASOS. Consorci Hospitalari de Catallunya 1ª Edicíon, 2007, 260p.

NORONHA, J.C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 06, p. 1781-1789, 2003.

NUOVO, J.(Ed.). Chronic Disease Management. New York, NY: Springer Science, 2007.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Bulletin of the World Health Organization, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. Estudo sobre a Contratualização Hospitalar no Âmbito do SUS - Produto II - Relatório Técnico, mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Documento de Trabajo.VII Foro Regional - Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito, Ecuador: out. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Rede Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OMS/OPS, 2008.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PAIM, J. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília. 2001. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexo-si.htm/modelos_assistenciais.pdf. Acesso em: 12 dez. 2008.

PAIM, J. S.;TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, v. 40, numero especial, p. 73-78, 2006.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS J. Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms. Health Affairs, v. 17, n. 02, p. 85-108, 1998.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. SUS: O ESPAÇO DA GESTÃO INOVADORA E DOS CONSENSOS INTERFEDERATIVOS. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, N. R. TÓPICOS PARA REFLEXÃO E FORMULAÇÃO DE ATUAÇÕES PELA MILITÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS. Brasília, 6ª Versão, mimeo, 2008.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica y los adolescentes em México. Salud Pública de México, v. 45, sup l 1, p. 140-152, 2003.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SHORTELL, S.M. et al. Remaking Healthcare in America: building organized delivery systems. San Francisco, Editora Jossey- Bass, 1996.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AGENDA DE PRIORIDADES DO SUS. Revista do CONASEMS, jan. 2008.

SOUZA, C. FEDERALISMO, DESENHO CONSTITUCIONAL E INSTITUIÇÕES FEDERATIVAS NO BRASIL PÓS-1988. Revista de Sociologia e Política, n. 24, p. 105-121, 2005.

TAVARES, M. C. Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

TODD, W. E.; NASH, D. B.(Ed.). Disease Management: A Systems Approach to Improving Patient Outcomes. New York, NY: American Hospital Publiching, 1997.

TODD, W.E. Strategic alliances. In: TODD, W.E. e NASH, D. (Ed.). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. UMA ANÁLISE DA EQUIDADE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Projeto Economia da Saúde - Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido. Relatório de Pesquisa, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP. O Setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil. Campinas: UNICAMP, Caderno n. 46, 2000.

VILAÇA, EUGÊNIO MENDES - A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - Belo Horizonte: ESP-MG, 2009, 848p.

X CONGRESSO INTERNACIONA DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRATACION PÚBLICA. ALCOFORADO, FLÁVIO C. G., Contratualização e efi- ciência no setor public: as organizações sociais. Santiago, Chile. Out. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Decenralization in Health Care. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

Integrated Health Services - What and Why? Making Health Systems Work. Technical Brief, n. 01, 2008.

ZUCCH,I P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. GASTOS EM SAÚDE: OS FATORES QUE AGEM NA DEMANDA E NA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Saúde e Sociedade, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.

ANEXO II

Rede Cegonha (Origem: PRT MS/GM 1459/2011)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 1º)

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º)

I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, I)

II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, II)

III - a promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, III)

IV - o enfoque de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, IV)

V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, V)

VI - a participação e a mobilização social; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, VI)

VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 2º, VII)

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º)

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, I)

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, II)

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 3º, III)

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I , a partir das seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º)

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, I)

II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, II)

III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, III)

IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, IV)

V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 4º, V)

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 5º)

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º)

I - Pré-Natal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, I)

II - Parto e Nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, II)

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, III)

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 6º, IV)

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º)

I - Componente Pré-Natal: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I)

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, a)

b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, b)

c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, c)

d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, d)

e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, e)

f) qualificação do sistema e da gestão da informação; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, f)

g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, g)

h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, h)

i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, I, i)

II - Componente Parto e Nascimento: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II)

a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, a)

b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, b)

c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, c)

d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, d)

e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, e)

f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, f)

g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, II, g)

III - Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III)

a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, a)

b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, b)

c) busca ativa de crianças vulneráveis; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, c)

d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, d)

e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, e)

f) orientação e oferta de métodos contraceptivos; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, III, f)

IV - Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV)

a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha), cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, a)

b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, b)

c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, IV, c)

§ 1º Os municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no Componente Pré-Natal desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os municípios mencionados no parágrafo § 1° deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco

ao local de ocorrência do parto. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 7º, § 2º)

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º)

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I)

a) apresentação da Rede Cegonha no estado, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, a)

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo 1 do Anexo II na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e Colegiado de Gestão Regional (CGR); (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, b)

c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, c)

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d)

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, I, d, 4)

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II)

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, a)

b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, b)

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e homologado pela CIB, e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal e pelos municípios envolvidos. Na sequencia, serão elaborados os planos de ação municipais dos municípios integrantes do CGR; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, c)

d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, II, d)

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III)

a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no município; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, a)

b) contratualização pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal ou pelo município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, b)

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, III, c)

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV)

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art. 7º; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV, a)

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art. 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, IV, b)

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, V)

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas no art. 8º, I, alínea d. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o município, o estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 3º)

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 8º, § 5º)

Art. 9º Para operacionalização da Rede Cegonha cabe: (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos neste Anexo, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, I)

II - ao estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, II)

III - ao município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 9º, III)

Art. 10. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Art. 12)

TÍTULO II
DAS DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO I)

Art. 11. Este Título define as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 1º)

Art. 12. Para efeito deste Título, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º)

I - alojamento conjunto: uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, I)

II - atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, II)

III - gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, III)

IV - parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, IV)

V - parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, V)

VI - quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo

ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 2º, VI)

Art. 13. Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º)

§ 1º Os CPN são classificados em: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º)

I - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, I)

II - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, II)

III - CPN Peri-Hospitalar (CPNp). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 1º, III)

§ 2º O estabelecimento hospitalar poderá possuir mais de uma unidade de CPN, conforme a necessidade locorregional identificada no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 3º, § 2º)

CAPÍTULO II
DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II)

Seção I
Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 14. São requisitos para a constituição da unidade como CPN: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º)

I - possuir estrutura física e equipamentos mínimos, nos termos do art. 15; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, I)

II - observar os requisitos específicos para cada tipo de CPN, nos termos art. 16; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, II)

III - possuir a equipe mínima de que trata o art. 17; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, III)

IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 18; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, IV)

V - garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetriz ou enfermeiro obstétrico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, V)

VI - garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VI)

VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VII)

VIII - ofertar orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, VIII)

IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, IX)

X - possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, X)

XI - possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XI)

XII - alimentar regularmente os sistemas de informação nacionais vigentes e monitorar periodicamente os indicadores estabelecidos no Anexo 7 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XII)

XIII - possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetriz; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XIII)

XIV - cumprir as exigências técnicas relativas a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde, nos termos da Resolução - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, XIV)

Parágrafo Único. A unidade que não possuir os protocolos de que trata o inciso XIII, deverá pactua-los juntamente com as equipes de atenção obstétrica e neonatal do estabelecimento hospitalar de referência, imediatamente após a habilitação do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 15. A estrutura física do CPN deverá atender o disposto no Anexo 6 do Anexo II e na Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 2008, no que se refere às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente, e ao disposto no Anexo 8 do Anexo II , quanto aos equipamentos mínimos necessários para seu funcionamento adequado. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 5º)

Art. 16. Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º)

I - CPNi Tipo I: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I)

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, a)

b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, b)

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, I, c)

II - CPNi Tipo II: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II)

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, a)

b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, b)

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, II, c)

III - CPNp: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III)

a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, a)

b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, b)

c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do Anexo 6 do Anexo II ; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, c)

d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, III, d)

§ 1º O requisito de que trata a alínea "a" do inciso III do "caput" poderá ser excepcionado quando os estabelecimentos de saúde forem considerados estratégicos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no município, mediante solicitação do gestor de saúde, após pactuação prévia na Comissão Intergestores Regional (CIR) e/ou na CIB, com inclusão do estabelecimento no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, o CPNp poderá ser vinculado à Secretaria de Saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, desde que com referência hospitalar estabelecida, nos termos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O CPN poderá ser composto por: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º)

I - 3 (três) quartos PPP, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º, I)

II - 5 (cinco) quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 3º, II)

§ 4º A produção de partos anuais de que trata o § 2º será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 6º, § 4º)

Art. 17. Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º)

I - CPNi Tipo I e Tipo II com 3 (três) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, a)

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, b)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, I, d)

II - CPNi Tipo I e Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, a)

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, b)

c) 2 (dois) técnicos de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, II, d)

III - CPNp com 3 (três) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, a)

b) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, nas seguintes quantidades mínimas: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b)

1. 1 (um), durante a presença do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b, 1)

2. 2 (dois), durante as escalas noturnas, de finais de semana e feriados, bem como nas ausências prolongadas do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, b, 2)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, III, d)

IV - CPNp com 5 (cinco) quartos PPP: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV)

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, a)

b) 2 (dois) enfermeiros obstétricos ou obstetrizes com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, b)

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, c)

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, IV, d)

§ 1º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz coordenador do cuidado também exercerá as atividades de assistência relativas ao cuidado materno e neonatal. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os enfermeiros obstétricos que atuam nos CPN deverão apresentar certificado de especialista na área de enfermagem obstétrica, consubstanciado em especialização "latu sensu" ou programa de residência. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz deverá dar continuidade aos cuidados materno e infantil no alojamento conjunto das mulheres e recém-nascidos assistidos no CPNi Tipo II, bem como alta hospitalar das mulheres com puerpério fisiológico e recém-nascidos sadios. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 3º)

§ 4º A parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz, quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais e culturais e o desejo da mulher. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 7º, § 4º)

Art. 18. Cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra

ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 8º)

Parágrafo Único. Quando necessário, o estabelecimento hospitalar também deverá garantir o acesso da mulher e do recém-nascido a profissionais de saúde de outras especialidades não elencadas no "caput". (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 8º, Parágrafo Único)

Seção II
Da Habilitação como CPN no Âmbito da Rede Cegonha
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 19. Para habilitação da unidade como CPN, os gestores de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios deverão encaminhar requerimento, por meio físico, ao Ministério da Saúde, acompanhado dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º)

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) que contemple a inclusão da unidade como CPN no Desenho Regional da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, I)

II - declaração do gestor estadual, distrital ou municipal de saúde que ateste a existência de recursos humanos mínimos e infraestrutura adequada para o funcionamento da unidade como CPN, nos termos dos arts. 15, 16, 17 e 18 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, II)

III - atualização, pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde das informações referentes ao estabelecimento hospitalar no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), incluindo-se as relativas à unidade com pedido de habilitação como CPN; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, III)

IV - planta baixa do projeto arquitetônico do estabelecimento de saúde, aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local, indicando o CPN com nomenclatura dos espaços físicos, inclusive indicando os ambientes de apoio, conforme o disposto no Anexo 6 do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, IV)

§ 1º Para a habilitação de CPNp vinculado à Secretaria de Saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, e não a um estabelecimento hospitalar, nos termos do art. 16, § 1º , será anexado, ainda, documento que indique o estabelecimento hospitalar de retaguarda assistencial assinado pelo respectivo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde e pelo dirigente do estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 18. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Os modelos dos documentos de que trata este artigo encontram-se no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/redecegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 9º, § 2º)

Art. 20. A solicitação de habilitação de CPN de que trata o art. 19 será avaliada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), com realização, se necessário, de visita técnica "in loco", com emissão de parecer conclusivo sobre o pedido. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 10)

Parágrafo Único. Em caso de aprovação da solicitação de que trata o "caput", a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a publicação de portaria específica de habilitação da unidade como CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 10, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO IV)

Art. 21. O monitoramento de que trata a regulamentação do Centro de Parto Normal (CPN) não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 41)

Art. 22. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 42)

Art. 23. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 43)

Art. 24. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente, em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 44)

Art. 25. Com o término da obra referente ao CPN, o ente federativo e o estabelecimento hospitalar privado sem fins lucrativos beneficiário assumirão a manutenção preventiva dos respectivos CPN pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, como condição para continuar na Rede Cegonha e, depois desse prazo, para receber eventuais novos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 45)

Art. 26. Como condição para recebimento de eventuais novos recursos financeiros no âmbito da Rede Cegonha, o estado, o Distrito Federal ou o município beneficiário informará o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao início da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 46)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação dos CPN, incluindo-se a produção e os indicadores descritos no Anexo 7 do Anexo II , é de responsabilidade das respectivas Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 47)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que tratam o "caput" terão o acompanhamento técnico periódico do Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 28. O Ministério da Saúde, de forma compartilhada com os estados, Distrito Federal e municípios, acompanhará as informações sobre as ações executadas pelos CPN, podendo determinar a suspensão do respectivo repasse financeiro e a desabilitação do CPN, caso constatado o não cumprimento dos requisitos de constituição e habilitação estabelecidos no Capítulo II do Título II. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48)

§ 1º A suspensão do repasse dos recursos financeiros do CPN será determinada se verificado o descumprimento de um ou mais dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º)

I - equipe multiprofissional mínima de saúde incompleta que atua em CPNp ou CPNi tipos I e II; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, I)

II - infraestrutura para o funcionamento adequado do CPNp ou CPNi tipos I e II divergente do estabelecido no Anexo 6 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, II)

III - não garantia de equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas ao dia; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, III)

IV - produção mínima de partos insuficiente conforme dimensão do CPN, registrada em Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 1º, IV)

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias, após recebimento de notificação da suspensão pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar o cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º, providenciará a regularização do repasse dos recursos financeiros do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 3º)

§ 4º Na hipótese do § 3º, a unidade não fará jus ao recebimento dos recursos financeiros referentes ao período de vigência da suspensão do repasse. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 4º)

§ 5º Caso não seja demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata o § 1º, o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 5º)

§ 6º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação do CPN desabilitado a qualquer tempo, desde que cumpridas as exigências estabelecidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 48, § 6º)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, CAPÍTULO V)

Art. 29. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecerão rotinas de acompanhamento e supervisão que garantam o cumprimento dos objetivos dos CPN de promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher e ao recém-nascido na assistência ao parto e ao nascimento. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 49)

Parágrafo Único. O DAPES/SAS/MS prestará cooperação técnica e orientações para atuação dos CPN. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 49, Parágrafo Único)

Art. 30. O procedimento 03.10.01.005-5 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN), constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, será utilizado para registro das ações realizadas pelo CPN no âmbito da Rede Cegonha, nos termos do Anexo 9 do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 51)

Art. 31. O CPN habilitado nos termos deste Título não será remunerado especificamente pela quantidade de procedimentos realizados, quando apresentar AIH com o Procedimento 03.10.01.005-5-PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN) em estabelecimentos de saúde com as seguintes habilitações: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52)

I - 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 3PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, I)

II - 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 5PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, II)

III - 14.12 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 5 PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, III)

IV - 14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 3 PPP; (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, IV)

V - 14.18 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 3 PPP; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, V)

VI - 14.19 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 5 PPP. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, VI)

Parágrafo Único. O CPN habilitado nos termos deste Título será remunerado por meio do incentivo de custeio mensal de que trata a Subseção V da Seção III do Capítulo I do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 52, Parágrafo Único)

Art. 32. Os recursos financeiros para a execução das atividades de que tratam este Título serão oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar: (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53)

I - em relação ao incentivo financeiro de custeio mensal para funcionamento de CPNi ou CPNp, o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585.0001 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53, I)

II - em relação aos incentivos financeiros de custeio para reforma de unidades e de investimento para ampliação de unidades e aquisição de equipamentos e materiais permanentes, o Programa de Trabalho 10.302.2015.20R4.0001 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 53, II)

Art. 33. O repasse dos recursos financeiros de que trata este Título está condicionado à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 54)

Art. 34. A constituição, a habilitação e o funcionamento dos CPN deverão atender as regras e diretrizes técnicas fixadas pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/redecegonha, sem prejuízo de outras regras previstas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 55)

Art. 35. Os estabelecimentos de saúde já tratados como CPN nos termos da Portaria nº 985/GM/MS, de 5 de agosto de 1999, que não se adequam aos requisitos deste Título, continuarão classificados como CPN e apresentando informações de sua produção no âmbito do SUS por meio de AIH, sem alteração na forma de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Art. 56)

TÍTULO III
DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Art. 36. Ficam instituídos os princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e definidos os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, na forma dos Anexos 10 e 11 do Anexo II desta Portaria e do Anexo LXII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve ser compreendida como o conjunto de ações e serviços que abrange a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco, na forma do Anexo 11 do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO I)

Art. 37. Para os fins deste Título, serão consideradas as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º)

I - gestação, parto e nascimento: fenômenos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, I)

II - gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, II)

III - risco materno: risco avaliado a partir das probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher em consequência das condições identificadas no inciso II do "caput" deste artigo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, III)

IV - risco fetal: risco avaliado a partir das condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, IV)

V - risco neonatal: risco avaliado a partir da conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido, com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, V)

VI - encaminhamento responsável na gestação de alto risco: processo pelo qual a gestante de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, VI)

VII - acolhimento: processo constitutivo das práticas que implicam a responsabilização da equipe de saúde pela gestante, puérpera, e pelo recém-nascido, desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta, garantindo bem estar e inclusão. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 2º, VII)

Art. 38. A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º)

I - universalidade, equidade e integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, I)

II - humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com suas necessidades e condições clínicas; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, II)

III - atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), ambas disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br, e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) previstas no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático - 1996"; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, III)

IV - acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, IV)

V - regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, V)

VI - atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VI)

VII - regulação de acesso; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VII)

VIII - controle social. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 3º, VIII)

Art. 39. A organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 4º)

CAPÍTULO II
DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO II)

Art. 40. A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º)

§ 1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 5º, § 2º)

Art. 41. O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto riso sob sua responsabilidade na hora do parto. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 6º)

Parágrafo Único. A gestante deverá estar vinculada e informada quanto à maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 42. São atribuições da atenção básica no pré-natal de alto risco: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º)

I - captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, I)

II - estratificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, II)

III - visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, III)

IV - acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, IV)

V - acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, V)

VI - vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VI)

VII - coordenação e continuidade do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VII)

VIII - acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, VIII)

§ 1º Uma vez encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco, a gestante será orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco manterá a equipe da atenção básica informada acerca da evolução da gravidez e dos cuidados à gestante encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 43. O pré-natal de alto risco poderá ser realizado nos seguintes estabelecimentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º)

I - Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, I)

II - ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. A organização da atenção referente ao pré-natal de alto risco em cada um dos estabelecimentos previstos nos incisos do caput, com fluxos, regulação e financiamento, será objeto de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 44. Os estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º)

I - acolher e atender a gestante de alto risco referenciada; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, I)

II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, II)

III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, III)

IV - realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, IV)

V - garantir a realização dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos em regulamentação específica, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VI)

VII - manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VII)

VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/Aids; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, VIII)

IX - alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 9º, IX)

CAPÍTULO III
DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III)

Seção I
Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 45. São atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10)

I - cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, I)

II - adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, II)

III - receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, III)

IV - implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, IV)

V - adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, e protocolos para a atenção à gestante de risco, contemplando Plano de Parto, de acordo com a estratificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, V)

VI - estimular a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VI)

VII - disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VII)

VIII - permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, VIII)

IX - apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático -1996", e definidos neste Título; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, IX)

X - garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, X)

XI - estimular a realização do parto, em todas as suas fases, quais sejam pré-parto, parto e puerpério imediato, em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para alojamento conjunto no pós-parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XI)

XII - disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XII)

XIII - utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIII)

XIV - apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIV)

XV - estimular a constituição de Colegiado Gestor Materno-Infantil, conforme previsto no Anexo II; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XV)

XVI - desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVI)

XVII - fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVII)

XVIII - realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XVIII)

XIX - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XIX)

XX - realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 10, XX)

Seção II

Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco
(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 46. Considerada a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos dos serviços de Atenção à Gestação de Alto Risco, e em conformidade com os critérios dispostos neste Título, os estabelecimentos de saúde de referência na Atenção à Gestação de Alto Risco classificam-se como: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11)

I - Tipo 1; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, I)

II - Tipo 2. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, II)

Parágrafo Único. A classificação em Tipo 1 ou Tipo 2 refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 47. São critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, independentemente da classificação: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12)

I - apresentar relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local, com avaliação das condições de funcionamento do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, I)

II - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões obrigatórias pertinentes aos estabelecimentos hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, II)

III - realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, III)

IV - fornecer retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garantir o encaminhamento responsável; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, IV)

V - implantar protocolo de acolhimento com classificação de risco no atendimento às urgências obstétricas, ginecológicas e neonatal; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, V)

VI - estruturar equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro e médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VI)

VII - manter todos os leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VII)

VIII - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, VIII)

IX - garantir vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco, com estabelecimento de fluxo e encaminhamento responsável; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, IX)

X - implantar Método Canguru, nos termos do Título II do Anexo X da Portaria de Consolidação nº 2, e do Título IV; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, X)

XI - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XI)

XII - proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação, inclusive nas hipóteses de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XII)

XIII - manter taxa de ocupação mínima de oitenta e cinco por cento para os leitos obstétricos e noventa por cento para os leitos de UTI, UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XIII)

XIV - disponibilizar hemocomponentes nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana, com apresentação do documento de formalização de seu fornecimento, nos termos da Portaria nº 1.353/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e da Resolução da Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2001, da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XIV)

XV - apresentar o número total de partos realizados nos últimos dois anos, conforme Banco de Dados Nacional do Sistema de Informação Hospitalar, com seus respectivos desfechos; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XV)

XVI - constituir e manter em funcionamento o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, nos termos das normas de vigilância em saúde vigentes; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 12, XVI)

Art. 48. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1, além dos critérios previstos no art. 47, os estabelecimentos hospitalares deverão cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13)

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, I)

II - manter quantidade de leitos de gestação de alto risco para atendimento ao SUS, conforme necessidade estabelecida pela programação da Rede Cegonha e contemplada no Plano de Ação Regional; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, II)

III - disponibilizar Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), nos termos do Título IV, no prazo de até um ano da data da habilitação do estabelecimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, III)

IV - dispor de um leito equipado para estabilização da gestante ou puérpera até transferência para UTI Adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI Adulto própria; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, IV)

V - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento hospitalar em período integral, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V)

a) ultrassonografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, a)

b) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, b)

c) cardiotocografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, c)

d) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, d)

e) laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, e)

f) posto de coleta de leite humano; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, V, f)

VI - garantir o acesso à ultrassonografia com "doppler", caso necessário; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VI)

VII - dispor de equipe para a atenção à Gestação de Alto Risco composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII)

a) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, a)

b) enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, b)

c) médico anestesiologista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, c)

d) médico obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, d)

e) médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, e)

f) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, f)

g) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, g)

h) farmacêutico; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, h)

i) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VII, i)

VIII - garantir acesso nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, VIII)

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiologista, médico obstetra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 13, § 3º)

Art. 49. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 47, os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14)

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta e cinco por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, I)

II - dispor de equipe para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II)

a) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, a)

b) enfermeiro obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, b)

c) fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, c)

d) fonoaudiólogo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, d)

e) médico anestesiologista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, e)

f) médico clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, f)

g) médico obstetra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, g)

h) médico neonatologista ou intensivista pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, h)

i) médico pediatra; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, i)

j) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, j)

k) farmacêutico; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, k)

l) psicólogo; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, l)

m) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, II, m)

III - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III)

a) ultrassonografia com doppler; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, a)

b) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, b)

c) cardiotocografia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, c)

d) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, d)

e) laboratório clínico;e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, e)

f) Banco de Leite Humano, ou posto de coleta com referência pactuada a um Banco de Leite Humano, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, III, f)

IV - garantir acesso de apoio nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, IV)

V - disponibilizar UTIN, nos termos do Título IV, no prazo de até doze meses, contado da data de habilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, V)

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para Gestação de Alto Risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 1º)

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 2º)

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiologista, médico clínico geral, médico obstetra, médico neonatologista ou intensivista pediatra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 14, § 3º)

Art. 50. A solicitação de habilitação será encaminhada à Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS) pelo gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, acompanhada dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15) (com redação dada pela PRT MS/GM 1376/2014) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016)

I - ofício de solicitação, cujo modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, I)

II - resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que contemple a inclusão do estabelecimento hospitalar na Rede Cegonha e pactuação de atendimento em UTI Adulto, quando necessária; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, II)

III - declaração do gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou Municipal que ateste a existência dos recursos humanos e da infraestrutura para o funcionamento do serviço hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco solicitado, de acordo com os critérios de habilitação previstos neste Título; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, III)

IV - relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, IV)

Parágrafo Único. A CGSM/DAPES/SAS/MS emitirá parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação encaminhada. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 15, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016)

Art. 51. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 16)

CAPÍTULO IV
DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA (CGBP)
(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 52. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, e terá as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17)

I - capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, I)

II - vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo1 ou Tipo 2; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, II)

III - situar-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros do estabelecimento ao qual esteja vinculada (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, III)

§ 1º A responsabilidade técnica e administrativa pela CGBP é do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, incluindo o transporte para a gestante, recém-nascido e puérpera para atendimento imediato às intercorrências, de acordo com a necessidade clínica. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, a CGBP poderá ser instalada a uma distância superior a cinco quilômetros do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, desde que observados os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º)

I - localização no mesmo Município do estabelecimento hospitalar de referência; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, I)

II - justificativa e pactuação prévia na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, II)

III - encaminhamento para conhecimento da CGHOSP/DAE/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 2º, III)

§ 3º A CGBP deverá dispor de ambientes específicos, tais como dormitório, banheiro, sala e cozinha, todos separados entre si, adequados ao número de usuários previsto. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 17, § 3º)

Art. 53. A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18)

§ 1º A CGBP deve contribuir para a utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos e neonatais nos estabelecimentos hospitalares de referência à Gestação de Alto Risco ao qual estejam vinculadas, com vistas à redução da morbimortalidade materna e perinatal. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º A CGBP somente admitirá usuários que se enquadrem nas situações descritas no caput, não se confundindo com Abrigo, Albergue ou Casa de Passagem. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 18, § 2º)

Art. 54. A CGBP deverá garantir: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19)

I - acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, I)

II - assistência à saúde garantida pelo estabelecimento hospitalar durante a permanência na CGBP, de acordo com as necessidades clínicas dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, II)

III - visita aberta, com horários ampliados e flexíveis; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, III)

IV - acompanhamento por enfermeiro de segunda à sexta-feira, em regime de quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, IV)

V - acompanhamento por técnico de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, V)

VI - cuidados na prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana direcionadas à puérpera e recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VI)

VII - insumos, materiais, suprimentos e limpeza da CGBP;e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VII)

VIII - manutenção da estrutura física e dos equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 19, VIII)

Art. 55. A equipe da CGBP deverá ser composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20)

I - um coordenador técnico-administrativo; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, I)

II - enfermeiro responsável disponível de segunda a sexta-feira, com supervisão do enfermeiro do hospital de referência no final de semana e no período da noite; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, II)

III - técnico de enfermagem disponível nas vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, III)

IV - auxiliar de limpeza durante sete dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, IV)

V - visita médica, de acordo com o quadro clínico, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, V)

Parágrafo Único. O enfermeiro responsável poderá acumular a função de coordenador técnico-administrativo. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 56. A inclusão da gestante, do recém-nascido e da puérpera na CGBP será feita pelo estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, a partir de demanda da Atenção Básica ou da Atenção Especializada, de acordo com os critérios de regulação estabelecidos pelo gestor de saúde local, observando os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21)

I - para a gestante: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I)

a) necessitar de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I, a)

b) necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, I, b)

II - para o recém-nascido clinicamente estável: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II)

a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II, a)

b) necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, II, b)

III - para a puérpera: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III)

a) necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III, a)

b) quando o recém-nascido encontrar-se internado em UTIN ou UCIN no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, III, b)

Parágrafo Único. Preferencialmente, as vagas para as puérperas que necessitem permanecer na CGBP em razão de internação do recém-nascido na UTIN ou na UCINCo não ultrapassarão trinta por cento da capacidade de ocupação da CGBP, devendo-se garantir a disponibilidade da permanência da mãe ao lado do recém-nascido em período integral durante a internação. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 57. O estabelecimento hospitalar responsável pela CGBP deverá registrar e atualizar as seguintes informações das gestantes, bebês e puérperas: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22)

I - nome; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, I)

II - endereço completo, incluindo o Município de origem; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, II)

III - motivo da admissão; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, III)

IV - taxa de ocupação; (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, IV)

V - tempo médio de permanência; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, V)

VI - média de ganho de peso diário do bebê durante a permanência na CGBP. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 22, VI)

Art. 58. O gestor de saúde responsável solicitará à CGSM/DAPES/SAS/MS pedido de habilitação da CGBP, com o encaminhamento dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016) (com redação dada pela PRT MS/GM 1376/2014)

I - comprovação dos requisitos previstos nos arts. 52 e 55 do Anexo II ; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23, I)

II - Declaração do gestor de saúde acerca do cumprimento dos requisitos previstos no art. 54. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 23, II)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

(Origem: PRT MS/GM 1020/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 59. Cada Unidade da Federação deverá pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a implantação de pelo menos um serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se a interrupção da gravidez prevista em lei, observadas as seguintes regras: (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34)

I - Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas; e (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34, I)

II - Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 34, II)

Art. 60. Fica alterado, para 31 de dezembro de 2017, o prazo para atualização da habilitação dos estabelecimentos anteriormente habilitados como referência em Gestação de Alto Risco pela Portaria nº 3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 37) (com redação dada pela PRT MS/GM 1536/2016) (com redação dada pela PRT MS/GM 1481/2017)

Parágrafo Único. As maternidades que não atualizarem a habilitação no prazo estabelecido perderão a habilitação como referência para Gestação de Alto Risco e, consequentemente, a condição de registro de AIH para partos e cesarianas em gestação de alto risco (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 37, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1481/2017)

Art. 61. O Ministério da Saúde publicará um modelo de Plano de Ação para redução de taxas de cirurgias cesarianas. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 38)

Art. 62. O modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizado no endereço eletrônico do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747. (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Art. 39)

Art. 63. Fica determinado que a habilitação de novas maternidades de referência em Gestação de Alto Risco não possui prazo determinado e devem seguir as diretrizes, critérios e parâmetros da Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013. (Origem: PRT MS/GM 1481/2017, Art. 2º)

TÍTULO IV

DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE E OS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE LEITOS DE UNIDADE NEONATAL NO ÂMBITO DO SUS

Art. 64. Este Título define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 1º)

Art. 65. Para os fins deste Título, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE

(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO I)

Art. 66. São diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º)

I - o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, I)

II - promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, II)

III - integralidade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, III)

IV - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, IV)

V - atenção humanizada; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, V)

VI - estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 3º, VI)

Art. 67. São objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º)

I - organizar a Atenção a Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, I)

II - priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, II)

III - garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, III)

IV - induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, IV)

V - induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 4º, V)

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DOS LEITOS DE UNIDADES NEONATAL
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II)

Art. 68. A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º)

§ 1º As Unidades Neonatal devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os recém-nascidos que necessitem dos cuidados específicos de Unidade Neonatal e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma Unidade Neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 69. As Unidades Neonatal são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º)

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, I)

II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II)

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II, a)

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, II, b)

Parágrafo Único. Poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 6º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 70. O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º)

§ 1º A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo, de forma anexa ou como subconjunto de leitos de uma UCINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º O conjunto de leitos de Cuidados Intermediários, UCINCo e UCINCa, conterá, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 3º A Unidade Neonatal que contar com leitos de UTIN, UCINco e UCINca deverá contar com, no mínimo, 10 (dez) leitos totais em ambiente contíguo, compartilhando a mesma equipe prevista para UTIN de que trata os arts. 76 e 77 do Anexo II . (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 4º Na abertura de Unidades Neonatais que contar com leitos de UTIN, UCINco e UCINca com módulos de 10 (dez) leitos, deverá ser considerada a proporção prevista no art. 69, parágrafo único. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 5º A Unidade Neonatal terá custeio de acordo com a tipologia de cada leito, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 7º, § 5º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 71. Para novos estabelecimentos de saúde que disponham de maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 8º)

Art. 72. Serão habilitadas pelo Ministério da Saúde as novas Unidades Neonatal, bem como as já existentes que se adequarem aos requisitos deste Título. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 9º)

Seção I
Do Serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 73. UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10)

I - recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO2 maior que 30% (trinta por cento); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, I)

II - recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, II)

III - recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, III)

IV - recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, IV)

V - recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FiO2) maior que 30% (trinta por cento), exsanguineotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 10, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

Art. 74. As UTIN deverão cumprir os seguintes requisitos de Humanização: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11)

I - controle de ruído; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, I)

II - controle de iluminação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, II)

III - climatização; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, III)

IV - iluminação natural, para as novas unidades; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, IV)

V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, V)

VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, VI)

VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 11, VII)

Art. 75. Para fins de habilitação como UTIN, o serviço hospitalar deverá dispor de equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos próprios e tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

Parágrafo Único. A UTIN poderá ser dos tipos II e III. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 12, Parágrafo Único)

Subseção I
Da UTIN Tipo II
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção I)

Art. 76. Para habilitação como a UTIN tipo II, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13)

I - funcionar em estabelecimento hospitalar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que possuam no mínimo 80 (oitenta) leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos, com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I)

a) centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, a)

b) serviço radiológico convencional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, b)

c) serviço de ecodopplercardiografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, c)

d) hemogasômetro 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, d)

e) Banco de Leite Humano ou unidade de coleta; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, I, e)

II - contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, II)

III - dispor dos seguintes materiais e equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III)

a) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, a)

b) monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, b)

c) ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, c)

d) ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, d)

e) equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, e)

f) conjunto de nebulização, em máscara: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, f)

g) conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório: 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, g)

h) bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem liquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, h)

i) eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, i)

j) materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, j)

k) oftalmoscópio e otoscópio: no mínimo 2 (dois); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, k)

l) negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 (um) por UTIN; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, l)

m) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, m)

n) estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, n) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

o) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, o)

p) equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1(um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, p)

q) materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, q)

r) fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, r)

s) incubadora com parede dupla: 1 (um) por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, s)

t) incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, t)

u) balança eletrônica portátil: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, u)

v) poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, v)

w) refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: 1 (um) por UTIN; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, w)

x) materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, III, x)

IV - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV)

a) assistência nutricional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, a)

b) terapia nutricional (enteral e parenteral); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, b)

c) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, c)

d) assistência clinica vascular e cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, d)

e) assistência clinica neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, e)

f) assistência clinica ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, f)

g) assistência clinica urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, g)

h) assistência clinica gastroenterológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, h)

i) assistência clínica nefrológica, incluindo terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, i) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

j) assistência clinica hematológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, j)

k) assistência clinica hemoterapica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, k)

l) assistência clinica oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, l)

m) assistência clinica otorrinolaringológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, m)

n) assistência clinica de infectologia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, n)

o) assistência clinica cirúrgica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, o)

p) assistência psicológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, p)

q) assistência endocrinológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, q)

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, r)

s) serviço de radiografia móvel; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, s)

t) serviço de ultrassonografia portátil; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, t)

u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, u)

v) serviço de fibrobroncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, v)

w) serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, w)

x) serviço de eletroencefalografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, x)

y) serviço de assistência social; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, IV, y) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

V - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V)

a) cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, a)

b) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, b)

c) cirurgia neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, c)

d) cirurgia ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, d)

e) cirurgia urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, e)

f) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, f)

g) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, g)

h) anatomia patológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, h)

i) agência transfusional 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, i)

j) assistência clinica de genética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, V, j)

VI - equipe mínima formada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI)

a) 1 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, a)

b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, b)

c) 1 (um) médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria (TEP) e com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, c)

d) 1 (um) enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, d)

e) 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, e)

f) 1 (um) fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, f)

g) 1 (um) fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 (seis) horas; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, g)

h) técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, h)

i) 1 (um) funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, i)

j) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, VI, j)

§ 1º O mesmo profissional médico poderá acumular, na mesma unidade neonatal, a responsabilidade técnica e o papel de médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas, previstos nos incisos I e II do 'caput'. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

§ 2º O coordenador de fisioterapia poderá ser um dos fisioterapeutas assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 13, § 2º)

Subseção II
Da UTIN Tipo III
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção I, Subeção II)

Art. 77. Para habilitação como UTIN tipo III, o serviço hospitalar deverá contar com toda a estrutura mínima prevista no art. 76 e mais o seguinte: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14)

I - no mínimo 50% (cinquenta por cento) dos plantonistas devem ter certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, I)

II - enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo 5 (cinco) anos de experiência profissional comprovada de atuação na área; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, II)

III - 1 (um) enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 (cinco) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, III)

IV - coordenador de fisioterapia com título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, IV)

V - bombas de infusão: 4 (quatro) por leito ou fração; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, V)

VI - ventilador mecânico microprocessado: 1 (um) para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 14, VI)

Seção II

Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 78. As UCINCo, também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, obedecendo à rotina de cada serviço. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 79. As UCINCo serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16)

I - recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, I)

II - recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO2) elevada (FiO2 > 30%); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, II)

III - recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, III)

IV - recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venóclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, IV)

V - recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, V)

VI - recém-nascido submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, VI)

VII - recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 16, VII)

Art. 80. Para habilitação como UCINCo, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17)

I - funcionar em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, com garantia de referência para serviços de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, I)

II - contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, II)

III - dispor dos seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III)

a) berço de calor radiante em no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, a)

b) incubadoras simples em no mínimo 60% (sessenta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, b)

c) berços de acrílico em no mínimo 30% (trinta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, c)

d) monitor multiparâmetros: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, d) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

e) ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 (um) para cada 3 (três) recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, e)

f) capacetes/ capuz para oxigênio: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, f)

g) termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, g)

h) estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, h)

i) esfignomanômetro - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, i)

j) otoscópio e oftalmoscópio - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, j)

k) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, k)

l) conjunto de nebulizador e máscara: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, l)

m) aspirador portátil: 1 (um) por unidade. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, m)

n) bomba de infusão: 1 (uma) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, n)

o) aparelhos de fototerapia: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, o)

p) balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, p)

q) negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 (um) por unidade; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, q)

r) relógios e calendário de parede visíveis; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, r)

s) poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito (para realização de contato pele a pele/posição canguru); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, s)

t) oxímetro de pulso: 1 (um) para cada leito; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, t) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

u) termômetro: 1 (um) para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, III, u) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

IV - equipe mínima formada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV)

a) 1 (um) responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, com certificado de habilitação em neonatologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação; permitido acumular responsabilidade técnica ou coordenação no máximo em duas unidades como UCINCo e UCINCa ou UTIN, podendo acumular a função de médico com jornada horizontal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, a)

b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, b)

c) 1 (um) médico plantonista com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, c)

d) 1 (um) enfermeiro coordenador, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada, com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades como UCINCo e UCINCa; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, d)

e) 1 (um) enfermeiro assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, e)

f) 1 (um) técnico de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, f)

g) 1 (um) fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, g)

h) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, h)

i) 1 (um) funcionário responsável pela limpeza em cada turno. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, IV, i)

Parágrafo Único. Em unidades hospitalares que disponham de UCINCo e UTIN, o responsável técnico médico e o enfermeiro coordenador responderão pelas duas unidades, favorecendo a linha de cuidado progressivo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 81. Quando não fizer parte de uma Unidade Neonatal com UTIN, a UCINCo deverá contar ainda com os seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18)

I - ventilador pulmonar microprocessado: 1 (um) para 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, I)

II - bandejas para procedimentos de punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, II)

III - incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, III)

IV - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 (um) para 15 (quinze) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, IV)

V - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UCINCo dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, V)

VI - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI)

a) assistência nutricional; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, a)

b) terapia nutricional (enteral e parenteral); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, b)

c) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, c)

d) assistência clinica vascular e cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, d)

e) assistência clinica neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, e)

f) assistência clinica ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, f)

g) assistência clinica urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, g)

h) assistência clinica gastroenterológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, h)

i) assistência clinica nefrológica, incluindo hemodiálise; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, i)

j) assistência clinica hematológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, j)

k) assistência clinica hemoterapica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, k)

l) assistência clinica oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, l)

m) assistência clinica otorrinolaringológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, m)

n) assistência clinica de infectologia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, n)

o) assistência clinica cirúrgica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, o)

p) assistência psicológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, p)

q) assistência endocrinológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, q)

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, r)

s) serviço de radiografia móvel; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, s)

t) serviço de ultrassonografia portátil; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, t)

u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, u)

v) serviço de fibrobroncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, v)

w) serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, w)

x) serviço de eletroencefalografia; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, x)

y) serviço de assistência social. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VI, y) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3389/2013)

VII - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII)

a) cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, a)

b) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, b)

c) cirurgia neurológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, c)

d) cirurgia ortopédica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, d)

e) cirurgia urológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, e)

f) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, f)

g) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, g)

h) anatomia patológica; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, h)

i) agência transfusional 24 horas; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, i)

j) assistência clinica de genética. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 18, VII, j)

Art. 82. A UCINCo cumprirá os seguintes requisitos de Humanização: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19)

I - controle de ruído; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, I)

II - controle de iluminação; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, II)

III - climatização; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, III)

IV - iluminação natural, para as novas unidades; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, IV)

V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, V)

VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, VI)

VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 19, VII)

Seção III
Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 83. As UCINCa são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 20)

Parágrafo Único. As UCINCa possuirão suporte assistencial por equipe de saúde adequadamente treinada, que possibilite a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 84. As UCINCa serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estável, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 21)

Art. 85. A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 22)

Art. 86. Para habilitação como UCINCa, a unidade hospitalar deverá contar com a estrutura física mínima prevista pela Portaria nº 1.016/GM/MS, de 26 de agosto de 1993. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23)

§ 1º Além da estrutura física mínima prevista no caput, a UCINCa deverá dispor dos seguintes equipamentos: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º)

I - incubadoras simples em pelo menos 20% (vinte por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, I)

II - berços de acrílico em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, II)

III - ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 5 (cinco) recém-nascidos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, III)

IV - termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, IV)

V - estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, V)

VI - material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo 12 do Anexo II ; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VI)

VII - aspirador portátil: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VII)

VIII - balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, VIII)

IX - relógios e calendários de parede visíveis; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, IX)

X - poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 1º, X)

§ 2º A incubadora de transporte, o esfignomanômetro, o otoscópio, o oftalmoscópio e o conjunto de nebulizador e máscara poderão ser compartilhados entre as UCINCo e UCINCa, guardando a proporção em relação ao número de

leitos. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 23, § 2º)

Art. 87. O atendimento na UCINCa será feito pela(s) equipe(s) responsável(eis) pela CINCo. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 24)

Parágrafo Único. Para fins de formação da equipe mínima da UCINCo, nos termos do art. 80, IV, serão somados os leitos de UCINCo e de UCINCa disponíveis na mesma unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 88. A UCINCa cumprirá os mesmos requisitos de Humanização previstos para a UCINCo, conforme art. 82. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 25)

CAPÍTULO III
DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO III)

Art. 89. O processo de habilitação das Unidades Neonatal, de qualquer das tipologias descritas neste Título, seguirá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26)

I - envio do pedido de habilitação pela unidade hospitalar ao respectivo gestor de saúde municipal (Municípios em gestão plena), estadual ou distrital; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, I)

II - análise do pedido pela Secretaria de Saúde Municipal (Municípios em gestão plena), Estadual ou do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, II)

III - em caso de análise favorável, encaminhamento de proposta pelo gestor de saúde municipal (Municípios em gestão plena), estadual ou distrital à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS), com a seguinte documentação: (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III)

a) declaração assinada pelo gestor de saúde responsável, comprovando o cumprimento das exigências de habilitação previstas neste Título e atestando que o estabelecimento de saúde cumpre com as normativas sanitárias ou que foi pactuado um plano de ações corretivas com cronograma de adequação entre o estabelecimento de saúde e a vigilância sanitária competente; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 159/2015) (com redação dada pela PRT MS/GM 3389/2013)

b) aprovação do credenciamento da Unidade Neonatal interessada pela Comissão Intergestores Regional (CIR), se houver, e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, c)

c) atualização das informações referentes ao estabelecimento hospitalar no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, III, d)

IV - análise da proposta e da respectiva documentação pela CGHOSP/DAHU/SAS/MS, que poderá realizar vistoria in loco para a habilitação ou a qualquer tempo; e (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, IV)

V - em caso de análise favorável, publicação de portaria de habilitação pela SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, V)

§ 1º No caso de processo formalizado por Secretaria de Saúde de Município em gestão plena, deverá constar, além do parecer do gestor de saúde municipal, o parecer do gestor de saúde estadual, que será responsável pela integração da Unidade Neonatal à rede estadual/regional, com a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, § 1º)

§ 2º A análise do pedido pela Secretaria de Saúde responsável ficará na posse do gestor de saúde estadual, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 26, § 2º)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 930/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 90. As Secretarias de Saúde dos estados em conjunto com as Secretarias de Saúde municipais e do Distrito Federal estabelecerão planejamento regional de atenção em terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, com a finalidade de incrementar, quantitativa e qualitativamente, o acesso dos pacientes usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 28)

Art. 91. Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Art. 29)

TÍTULO V
DO ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 92. Este Título regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º)

§ 1º Para efeito deste Título entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 2º)

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 2418/2005, Art. 1º, § 3º)

TÍTULO VI

DA EXCLUSÃO DA CRÍTICA NO SIH/SUS PARA REGISTRO DE CESARIANAS DOS ESTADOS QUE NÃO FORMALIZARAM A ADESÃO AO PACTO PELA REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANA

Art. 93. Fica determinada a exclusão da crítica no SIH/SUS para registro de cesarianas dos Estados que não formalizaram a adesão ao Pacto pela Redução da Cesariana. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 1º)

Art. 94. Fica estabelecida como competência dos gestores municipais, estaduais e distrital a definição e adoção de estratégias para a obtenção de redução da realização do parto cesariano e da sistemática de acompanhamento, avaliação e controle do desenvolvimento dessas estratégias, conforme as diretrizes para a operação cesariana no Brasil. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 2º)

Art. 95. Caberá a Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio da Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação, tomar as medidas necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS para cumprir o disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1084/2017, Art. 3º)

ANEXO 1 DO ANEXO II

MATRIZ DIAGNÓSTICA (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 1)

MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida)

Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal)

Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município

Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37 semanas)

% de óbitos infantis-fetais investigados

% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

2º GRUPO: Indicadores de Atenção

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal

Cobertura de equipes de Saúde da Família

Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe

% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação

% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses

% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada

% de gestantes com todos os exames preconizados

3° GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde

Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco

Identificação dos leitos UTI neonatal existentes

Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

4° GRUPO: Indicadores de Gestão

% de investimento estadual no setor saúde

PDR atualizado

PPI atualizada

Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial

Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

ANEXO 2 DO ANEXO II

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 3)

NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez;

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina,

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

ANEXO 3 DO ANEXO II

KIT PARA AS UBS (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 4)

KIT PARA AS UBS

1 sonar

1 fita métrica

1 gestograma

1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal

Balança adulto

ANEXO 4 DO ANEXO II

KIT PARA AS GESTANTES (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 5)

KIT PARA AS GESTANTES

Bolsa Rede Cegonha;e

Trocador de fralda.

ANEXO 5 DO ANEXO II

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS (Origem: PRT MS/GM 1459/2011, Anexo 6)

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Bolsa para acondicionar os materiais

Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto

Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox

Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"

Lanterna média a dínamo

Fraldas de algodão

Guarda-chuva e capa de chuva

Bacia de alumínio

Toalha para enxugar as mãos

Estetoscópio de Pinard de plástico

Fita métrica

Pacotes com gaze

Escova de unha

Sabão líquido

Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical

Luvas descartáveis

Álcool a 70%

Saco plástico transparente (polietileno)

Almontolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool

Tesoura comum para uso pessoal

Livro da Parteira

Lápis/caneta e borracha

Caderno pequeno para anotações

Balão auto-inflável com válvula reguladora

Máscaras para balão

Bulbo ou pêra de borracha

Estetoscópio adulto

Gorro/toca capilar

Coberta de flanela para o recém-nascido

Avental plástico

Forro protetor

ANEXO 6 DO ANEXO II

ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 1)

ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL

A planta física para este caso deverá conter os seguintes espaços físicos abaixo (a serem distribuídos de acordo com as especificidades do terreno ou estabelecimento):

	AMBIENTES	Quantificação (mínima - un)	Dimensão (mínima - m)	Área (mín
	AMBIENTES FINS			
1	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante *	1	-	1
2	Sala de exames e admissão de parturientes*	1	-	
3	Sanitário anexo à sala de exames *	1	1,20	
4	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (sem banheira)	2	3,20	1
5	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheira)	1	3,20	
6	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	1,70	

7	Área para deambulação (Varanda/solário) - interna e/ou externa.	1	-	2
8	Posto de enfermagem *	1	-	
9	Sala de serviço *	1	-	
	AMBIENTES DE APOIO			
10	Sala de utilidades	1	1,50	
11	Quarto de plantão para funcionários	1	2,00	
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	-	
13	Rouparia	-	-	
14	Depósito de Material de Limpeza	1	1,00	
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	-	
16	Copa	1	1,15	
17	Refeitório	1	-	1
18	Área para guarda de macas r cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-	

* Como unidade Intra-hospitalar tipo II, o CPN poderá compartilhar também estes ambientes fins com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que sejam de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

Observação: Ao somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido 30% (trinta por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes). Planta recomendada pela Área Técnica de Saúde da Mulher/MS encontra-se no site: www.saude.gov.br/redecegonha

AMBIENTES FINS

1.Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).

2.Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.

3.Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima de 1,20m e área mínima de 2,40m².

4.Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 (uma) parturiente e seu acompanhante e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

5.Quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

6.Quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

7.Nos quartos PPP's devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.

8.Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente.

9.Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m².

10.Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

11.Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

AMBIENTES DE APOIO

12.Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

13.Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

14.Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

15.Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

16.Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

17.Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

18.Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

19.Refeitório: essa área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

20.Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

AMBIENTES FINS

1.Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).

2.Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.

3.Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima de 1,20m e área mínima de 2,40m².

4.Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 (uma) parturiente e seu acompanhante e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

5.Quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

6.Quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

7.Nos quartos PPP's devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.

8.Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente.

9.Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m².

10.Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

11.Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

AMBIENTES DE APOIO

12.Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

13.Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

14.Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

15.Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

16.Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

17.Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

18.Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

19.Refeitório: essa área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

20.Área para guarda de macas e cadeirá de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

ANEXO 7 DO ANEXO II

INDICADORES DO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 2)

Indicadores a serem monitorados mensalmente pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelo CPN:

1) Dados dos partos:

a) Total de partos realizados no CPN intra-hospitalar tipos I e II e CPN peri-hospitalar

b) Percentual de partos realizados por cada profissional: enfermeiro (a) e médico (a)

c) Percentual de partos em adolescentes

d) Percentual de partos na água

e) Percentual de partos em posição vertical

2) Percentual de episiotomia

3) Percentual de Laceração 1º e 2º grau

4) Percentual de Laceração 3º e 4º grau

5) Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)

6) Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio

7)Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério

8)Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré Natal

9)Dados do Recém-Nascido (RN):

a) Percentual de RN com peso ao nascer < 2.500 g e > 4.000g

b)Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41 semanas

c)Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto

d)Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento

10) Percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência

11) Percentual de transferência da puérpera e do RN do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência

12) Percentual de avaliação/procedimento médico obstétrico ou pediátrico na unidade

ANEXO 8 DO ANEXO II

REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL (Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 3)

REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL

1.Infra-estrutura destinada especificamente ao seu funcionamento constituída por:

1.1.Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

1.2.Sala de exames e admissão de parturientes;

1.3.Sanitário anexo à sala de exames;

1.4.Três a 5 (cinco) quartos PPP para CPN peri-hospitalar, sendo 1 (um) com banheira; e 3 (três) a 5 (cinco) quartos PPP para CPN intra-hospitalar, sendo 1 (um) com banheira; Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional), com arco e perneiras removíveis;

1.5.Banheiro anexo ao quarto PPP;

1.6.Área para deambulação (interna e/ou externa);

1.7.Varanda /solário;

1.8.Posto de enfermagem; e

1.9.Sala de serviço.

2.Possuir os seguintes ambientes de apoio:

2.1.Sala de utilidades;

2.2.Quarto de plantão para funcionários;

2.3.Banheiros anexo ao quarto de plantão (masculino e feminino);

2.4.Rouparia (não necessariamente se constitui em um ambiente);

2.5.Depósito de material de limpeza;

2.6.Depósito de equipamentos e materiais;

2.7.Copa;

2.8.Refeitório das parturientes (para CPN intra-hospitalar este espaço é opcional);e

2.9.Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional).

OBS.: Como unidade intra-hospitalar, o CPN poderá compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

3. Equipamentos Mínimos do Centro de Parto Normal:

3.1.Estetoscópio clínico;

3.2.Esfigmomanômetro;

3.3.Fita métrica;

3.4.Estetoscópio sonar, 01 (um) por quarto PPP;

3.5.Amnioscópio com fonte de luz;

3.6.Mesa auxiliar;

3.7.Foco de luz móvel;

3.8.Instrumental para exame ginecológico incluindo especulo vaginal e pinça de Cheron;

3.9.Materiais para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:

3.9.1.Barra fixa ou escada de Ling;

3.9.2.Bola de Bobat e cavalinho;

3.9.3.Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher;

3.9.4.Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto;

3.10.Perneira para adoção da posição ginecológica pela mulher (acoplável e removível na cama de alvenaria);

3.11.Instrumental para parto normal com clampeador de cordão;

3.12.Mesa para refeição;

3.13.Colchão de 1,28m x 1,88m, D33 revestido com material lavável para quarto PPP

3.14.Banquetas e/ou cadeiras para o parto vertical;

3.15.Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por quarto PPP;

3.16.Balança para recém-nascido;

3.17.Oxímetro de pulso;

3.18.Berço aquecido para reanimação com fonte de calor radiante;

3.19.Berço de acrílico, 01 (um) por quarto PPP;

3.20.Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica números 6, 8 e 10. Dispositivo para aspiração de mecônio na traquéia;

3.21.Material para ventilação: balão auto-inflável de 500 ml e de 750 ml, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H2O e/ou manômetro, máscaras faciais para recém-nascidos a termo;

3.22.Capacete HOOD para oxigenioterapia de RN;

3.23.Plástico protetor para evitar perda de calor;

3.24.Maleta de reanimação com material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete, tamanhos 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0 mm;

3.25.Material para cateterismo umbilical;

3.26.Incubadora de transporte (caso o estabelecimento não possua);

3.27.Fonte de oxigênio;

3.28.Poltrona reclinável para acompanhante;

3.29.Mesa para exame ginecológico;

3.30.Escadinha de dois lances; e

3.31.Computador com impressora;

3.32.Cardiotocógrafo

Equipamentos e Materiais Opcionais do Centro de Parto Normal:

4.1.Camas PPP;

4.2.Mesa de cabeceira; e

4.3.Equipamento áudio-visual.

ANEXO 9 DO ANEXO II

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO DE PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)
(Origem: PRT MS/GM 11/2015, Anexo 4)

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCEDIMENTO DE PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)

Procedimento	03.10.01.005-5 - PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)
Descrição	PARTO NORMAL DE GESTANTE DE RISCO HABITUAL
Origem	03.10.01.003-9
Modalidade	Hospitalar
Instrumento de registro	AIH (Proc. Principal)

Complexidade	Média Complexidade
Tipo de financiamento	Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Serviço Ambulatorial	R$ 0,00
Valor Serviço Ambulatorial Total	R$ 0,00
Valor Serviço Hospitalar	R$ 267,60
Valor Serviço Profissional	R$ 175,80
Valor Hospitalar Total	R$ 443,40
Atributo complementar	Exige VDRL na AIH
Sexo	Feminino
Idade mínima	15 anos
Idade máxima	40 anos
Média de permanência	2
Leito	02 - Obstétrico
CBO	2231F9, 223545, 225250
CID	O631, O800, O801, O808, O809, P95
Habilitação	14.03 Unidade que realiza assistência ao parto sem distócia por enfermeiro obstet obstetriz; 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo I com 3 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo I 5PPP 14.12 Unid Centro de Parto Normal peri-hospitalar com 5 PPP
	14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar com 3 PPP 14.18 Unida Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo II com 3PPP 14.19 Unidade de Centr Parto Normal intra-hospitalar Tipo II 5PPP

ANEXO 10 DO ANEXO II

TABELA COM CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DOS AMBIENTES (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Anexo 2)

TABELA COM CÁLCULO DO DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DOS AMBIENTES

1) ÁREA MÍNIMA DOS AMBIENTES OBRIGATÓRIOS	m2/ocupante	nºde mulher acolhi	
	m²	10	15
Espaço de Estar das usuárias multiuso	1,50	15,00	22,5
Cozinha/copa	1,20	12,00	18,0
Quartos para alojamento	6,00	60,00	90,0
Sala de atendimento multiprofissional	12,00	12,00	12,0
Área de Serviço	0,70	7,00	10,5
Banheiros para gestantes e puérperas: 1cd/ 5 mulher	3,80	7,60	11,4
Sanitário para visitantes e funcionários : 1 masc. e 1 fem. Cd/ 20 ocupantes	3,60	3,60	3,6(
2)TOTAL PARCIAL		127,20	183,(
3) ÁREA MÍNIMA DA ÁREA DE CIRCULAÇÃO + PAREDES - valor a ser acrescido sobre área mínima dos ambientes obrigatórios (25%)		31,8	45,7
4) ÁREA MÍNIMA TOTAL DA CASA		159,00	228,7

ANEXO 11 DO ANEXO II

ESTRUTURA DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (Origem: PRT MS/GM 1020/2013, Anexo 3)

ESTRUTURA DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA

As novas construções e reformas de CGBP deverão possuir estrutura proporcional à sua capacidade de ocupação, conforme os requisitos a seguir:

1. espaço de estar das usuárias com 1,5m² por usuária da CGBP;

2. cozinha/copa com 1,2m² por ocupante da CGBP;

3. quartos para alojamento de gestantes, de recém-nascidos e de puérperas, totalizando dez, quinze ou vinte camas, de acordo com o número de usuárias da casa, com área mínima de 6,0m² por usuária da CGBP;

4. sala de atendimento multiprofissional com área mínima de 12m²;

5. área de serviços com 0,70m² por usuária da CGBP;

6. área para lazer na parte externa da CGBP com incidência direta de sol e com espaço para poltronas de descanso e deambulação livre, quando houver espaço disponível;

7. banheiros para usuárias: 1 (um) banheiro contendo 1 (um) vaso sanitário, 1(uma) pia e 1 (um) chuveiro, com, no mínimo, 3,8m² para 1 (um) grupo de 5 usuárias da CGBP;

8. banheiros para visitantes e funcionários: 1 (um) banheiro para uso masculino e 1 (um) banheiro para uso feminino contendo, cada um deles, 1 (um) vaso sanitário e 1(uma) pia, com, no mínimo, 3,6m² cada:

a) O somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido em 25% (vinte e cinco por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes);

b) as camas podem ser distribuídas em três, quatro ou cinco cômodos, observado o parâmetro de metragem;

c) nos quartos de alojamento do recém-nascido deverão estar contemplados espaços para o berço do recém-nascido e a cama da mãe ou acompanhante, com vistas a garantir que mães puérperas sejam alojadas necessariamente junto com seus filhos recém-nascidos;

d) o banheiro poderá ser ampliado, num mesmo espaço ou em espaços diretamente ligados, para atender mais grupos de 5 (cinco) usuárias, desde que contemplado, proporcionalmente, com a metragem mínima aplicável ao número de usuárias atendidas e o número de vasos sanitários, pias e chuveiros para sua utilização;

e) o banheiro para visitantes e usuários poderá ser ampliado, num mesmo espaço ou em espaços diretamente ligados, para atender mais visitantes e funcionários, desde que contemplado, proporcionalmente, com a metragem mínima aplicável ao número de visitantes e funcionários e o número de vasos sanitários e pias para sua utilização; e

f) as normas de acessibilidade deverão ser respeitadas em todos os cômodos da CGBP;

9. A CGBP deverá contar, no mínimo, com os seguintes equipamentos, materiais e mobiliários:

a) balança antropométrica;

b) balança neonatal;

c) estetoscópio adulto e neonatal;

d) esfigmomanômetros;

e) cama;

f) berço;

g) armário;

h) sofá;

i) escada de dois degraus;

j) mesa para refeição;

k) geladeira;

l) fogão;

m) lavadora de roupas;

n) televisão; e

o) computador.

10. Quando houver área para lazer na parte externa, a CGBP deverá contar com poltrona e/ou rede para banho de sol do recém-nascido e puérpera ou gestante.

ANEXO 12 DO ANEXO II

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (Origem: PRT MS/GM 930/2012, Anexo 1)

MATERIAL NECESSÁRIO PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (KIT carrinho)

I - Sala de parto e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 26°C e:

a) mesa de reanimação com acesso por 3 lados;

b) monte de calor radiante;

c) fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros;

d) aspirador a vácuo com manômetro;

e) relógio de parede com ponteiro de segundos; e

f) termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente.

II - Material para aspiração:

a) Sondas: traqueais Nº 6, 8 e 10 e gástricas curtas Nº 6 e 8;

b) Dispositivo para aspiração de mecônio; e

c) Seringa de 20 ml.

III - Material para ventilação:

a) reanimador manual neonatal (balão auto-inflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30-40 cm H2O e/ou manômetro);

b) ventilador mecânico manual neonatal em T;

c) máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e de termo 1;

d) blender para mistura oxigênio/ar; e

e) oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura.

IV - Material para intubação traqueal:

a) laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00, 0 e 1;

b) cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/3,0/ 3,5 e 4,0 mm;

c) material para fixação da cânula: tesoura, fita adesiva e algodão com SF 0,9%; e

d) pilhas e lâmpadas sobressalentes.

V - Medicações:

a) adrenalina (diluir em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 5,0 ml para uso endotraqueal);

b) adrenalina (diluir em SF 0,9% a 1/10.000 em seringa de 1,0 ml para uso endovenoso); e

c) expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em 2 seringas de 20 ml.

VI - Material para cateterismo umbilical:

a) campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze;

b) pinça tipo kelly reta de 14 cm e cabo de bisturi com lâmina Nº 21;

c) porta agulha de 11 cm e fio agulhado mononylon 4.0; e

d) cateter umbilical 5F ou 8F de PVC ou poliuretano.

VII - Outros:

a) luvas e óculos de proteção individual;

b) compressas e gazes esterilizadas;

c) estetoscópio neonatal;

d) saco de polietileno de 30x50 cm e touca para proteção térmica do prematuro; e

e) tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical.

ANEXO III

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (Origem: PRT MS/GM 1600/2011)

Art. 1º Este Anexo institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 1º)

LIVRO I

DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO I)

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º)

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, I)

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, II)

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, III)

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, IV)

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clinicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, V)

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VI)

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VII)

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, VIII)

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, IX)

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, X)

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XI)

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XII)

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 2º, XIV)

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º)

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 3º, § 4º)

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º)

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, I)

II - Atenção Básica em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, II)

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, III)

IV - Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, IV)

V - Força Nacional de Saúde do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, V)

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VI)

VII - Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VII)

VIII - Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VIII)

LIVRO II
DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS
(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO II)

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 5º)

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 6º)

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 8º)

Parágrafo Único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 9º)

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10)

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, I)

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, II)

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 11)

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 12)

TÍTULO I
DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO ÂMBITO DO SUS

Art. 13. O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 2º)

CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO I)

Art. 14. São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º)

I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, I)

II - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, III)

III - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

Art. 15. Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º)

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, I)

II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, II)

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, III)

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, IV)

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 4º, V)

CAPÍTULO II
DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA
(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO II)

Art. 16. Para efeito deste Título, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º)

§ 1º Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto deste Título, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 17. São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º)

I - ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, I)

II - ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, II)

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III)

a) cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, a)

b) neurologia/neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, b)

c) pediatria; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, c)

d) traumato-ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, III, d)

§ 1º As instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A caracterização de unidades hospitalares como excepcionalmente estratégicas para a referência regional do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências será pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e avaliada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 6º, § 2º)

CAPÍTULO III
DOS LEITOS DE RETAGUARDA
(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO III)

§ 1º Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, definidas pelo art. 17, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 2º)

Art. 18. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

§ 2º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2809/2012)

§ 3º O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 11, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2809/2012)

CAPÍTULO IV
DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 19. Ficam criados mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 1º)

Art. 20. Ficam estabelecidos os seguintes critérios para classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que farão jus à remuneração adicional estabelecida no art. 22: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º)

§ 1º Hospitais Tipo I - são hospitais especializados, que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º)

I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, I)

II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital para o atendimento das urgências/emergências especializados em: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II)

a) cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 1)

2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 2)

3. eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 3)

4. ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 4)

5. ecocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 5)

6. hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 6)

7. angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 7)

8. cirurgia cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 8)

9. unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 9)

10. agência transfusional, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 10)

11. anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, a, 11)

b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 1)

2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 2)

3. eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 3)

4. ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 4)

5. unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 5)

6. cirurgia pediátrica , e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 6)

7. anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, b, 7)

c) traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c)

1. radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 1)

2. análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 2)

3. intensificador de imagem, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 3)

4. anestesiologia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, II, c, 4)

III - outros recursos tecnológicos acessíveis e/ou alcançáveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação do prestador, próprios dos hospitais de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III)

a) cardiologia: tomografia computadorizada (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, a)

b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b)

1. agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 1)

2. tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 2)

3. broncoscopia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 3)

4. endoscopia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, b, 4)

c) traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c)

1. tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 1)

2. cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 2)

3. cirurgia bucomaxilofacial; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 3)

4. cirurgia geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 4)

5. neurocirurgia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 5)

6. agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, III, c, 6)

IV - recursos humanos mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências específicas nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV)

a) cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a)

1. cardiologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 1)

2. hemodinamicista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 2)

3. angiografista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 3)

4. cirurgião cardiovascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 4)

5. intensivista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 5)

6. ecocardiografista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 6)

7. imagenologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 7)

8. anestesiologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, a, 8)

b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b)

1. pediatra; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 1)

2. intensivista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 2)

3. cirurgião pediátrico, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 3)

4. anestesista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, b, 4)

c) traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c)

1. ortopedista e traumatologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 1)

2. clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 2)

3. anestesista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, IV, c, 3)

V - outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade e capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V)

a) cardiologia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a)

1. imagenologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a, 1)

2. hematologista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, a, 2)

b) pediatria: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b)

1. imagenologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 1)

2. hematologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 2)

3. broncoscopista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 3)

4. endoscopista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 4)

5. neuropediatria. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, b, 5)

c) Traumato-ortopedia: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c)

1. imagenologista; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 1)

2. cirurgião vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 2)

3. cirurgião bucomaxilofacial; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 3)

4. cirurgião geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 4)

5. neurocirurgião, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 5)

6. hematologista. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 1º, V, c, 6)

§ 2º Hospitais Tipo II - são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º)

I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para o acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como urgência/emergência clínica e cirúrgica. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, I)

II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis existentes no hospital - para propedêutica e/ou terapêutica dos atendimentos de urgência/emergência, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II)

a) radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, a)

b) ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, b)

c) análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, c)

d) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, d)

e) terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, e)

f) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, f)

g) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, g)

h) agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, h)

i) anestesiologia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, i)

III - outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II)

a) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, a)

b) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, b)

c) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, c)

d) ecocardiografia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, d)

e) terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, II, e)

IV - recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III)

a) clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, a)

b) clínica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, b)

c) cirurgia geral; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, c)

d) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, d)

e) anestesia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, e)

f) tratamento intensivo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, III, f)

V - outros recursos humanos alcançáveis, identificados por especialidade, capacitados para o atendimento às urgências/emergências nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV)

a) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, a)

b) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, b)

c) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, c)

d) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, d)

e) cardiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, e)

f) odontologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, f)

g) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, g)

h) neurologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, h)

i) neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, i)

j) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, j)

k) psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, k)

l) gineco-obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, l)

m) hematologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, m)

n) cirurgia pediátrica. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 2º, IV, n)

§ 3º Hospitais Tipo III - são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências. Devem dispor de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º)

I - área física e instalações - compatíveis com as normas do Ministério da Saúde e adequadas para acolhimento e atendimento dos portadores de danos e/ou agravos caracterizados como pequenas, médias ou grandes urgências/emergências, de natureza clínica ou cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, I)

II - recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis - propedêuticos e/ou terapêuticos, existentes no hospital, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II)

a) análises clínicas laboratoriais; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, a)

b) radiologia convencional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, b)

c) ultra-sonografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, c)

d) eletrocardiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, d)

e) unidade de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, f)

f) tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, g)

g) agência transfusional; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, h)

h) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, i)

i) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, j)

j) terapia renal substitutiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, k)

k) anestesiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, l)

l) neurocirurgia, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, m)

m) Ecocardiografia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, II, n)

III - outros recursos tecnológicos - próprios ou de terceiros, acessíveis sob a forma de contrato, convênio, comodato, parceria ou compra direta de serviço, com identificação dos prestadores, a saber: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III)

a) hemodinâmica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III, a)

b) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, III, b)

IV - recursos humanos mínimos e indispensáveis - presentes no hospital, capacitados nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV)

a) clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, a)

b) clínica pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, b)

c) cirurgia geral adulto e pediátrico; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, c)

d) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, d)

e) anestesia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, e)

f) terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, f)

g) odontologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, g)

h) radiologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, h)

i) cardiologista, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, i)

j) neurologista (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, IV, j)

V - outros recursos humanos - alcançáveis, mediante indicação dos profissionais, capacitados nas áreas de: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V)

a) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, a)

b) toxicologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, b)

c) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, c)

d) hemodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, d)

e) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, e)

f) endoscopia digestiva; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, f)

g) broncoscopia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, g)

h) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, h)

i) cirurgia bucomaxilofacial.; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, i)

j) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, j)

k) gineco-obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, k)

l) psiquiatria; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, l)

m) cirurgia torácica, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, m)

n) neurocirurgião. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 3º, V, n)

§ 4º Ficam entendidos como recursos tecnológicos e humanos acessíveis/alcançáveis aqueles que são necessários ao atendimento aos pacientes em situação de urgência/emergência e pelos quais a unidade hospitalar se responsabiliza, garantindo com recursos do próprio hospital o acesso ao serviço ou profissional. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 2º, § 4º)

Art. 21. As Unidades Hospitalares que preencherem os requisitos constantes do art. 20 e participarem das Centrais de Regulação ou de Mecanismos de Garantia de Referência, passarão a dispor das condições para integrar o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 3º)

Art. 22. Os hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências receberão remuneração adicional, relativa aos procedimentos de internação hospitalar de emergência listados no Anexo 1 do Anexo III , de conformidade com a seguinte classificação e respectivos percentuais: (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º)

I - Hospital Tipo I - 20%; (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, I)

II - Hospital Tipo II - 35%, e (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, II)

III - Hospital Tipo III - 50%. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. Os atendimentos às urgências/emergências psiquiátricas somente farão jus à remuneração adicional quando realizadas nos hospitais gerais, sejam tipo II ou III. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Para a efetivação do pagamento do adicional, de que trata o art. 22, deverá ser lançado no campo específico da AIH para CARÁTER DE INTERNAÇÃO, o dígito 2 - Emergência em Unidade de Referência. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 5º)

Art. 24. Ficam definidos os procedimentos passíveis de cobrança, na forma dos artigos anteriores, os quais constam do Anexo 1 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde fica autorizada a emitir portarias, incluindo ou excluindo procedimentos objeto deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 25. O gestor estadual/municipal deverá realizar supervisão nas AIH emitidas, bem como programar e executar a realização de auditorias. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 7º)

Art. 26. O adicional de que trata o art. 22 não será cumulativo com o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E). (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 8º)

Art. 27. Não serão passíveis de adicional as órteses, próteses e materiais especiais, hemoterapia e procedimentos de alta complexidade em Neurocirurgia. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 9º)

Art. 28. Cada Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências contará com um número máximo de Unidades Hospitalares Tipos I, II e III, a ser definido pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com base em estudos realizados em conjunto com a respectiva secretaria estadual de saúde, em indicadores populacionais e disponibilidade de recursos.

Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 10)

Art. 29. Cabe ao gestor estadual, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite, o encaminhamento da proposta de seu Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências à Secretaria de Atenção à Saúde que, após análise, providenciará o correspondente reajuste financeiro. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 11)

Art. 30. A classificação dos hospitais, bem como sua consequente remuneração adicional, é dinâmica, pressupondo, portanto, que as Comissões Intergestores Bipartite possam solicitar reenquadramento de unidades à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12)

§ 1º Nos casos de reavaliação, a mesma será efetuada considerando o cumprimento integral do disposto neste Capítulo, assim como a disponibilidade de recursos. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 1º)

§ 2º Caso as Secretarias Estaduais de Saúde já tenham enviado a relação de unidades hospitalares para habilitação, com base nos critérios exigidos pela Portaria GM/MS/Nº 2925/98, revogada pelo art. 15 deste ato, e não tenham solicitado alteração no prazo de 30 (trinta) dias, a SAS/MS procederá à análise documental e à visita de inspeção, definindo a classificação de acordo com os critérios deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 2º)

§ 3º Para efeito de programação e elaboração dos projetos, o Ministério da Saúde deverá informar a cada estado os recursos financeiros estimados para remuneração adicional de custeio. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 12, § 3º)

Art. 31. As secretarias estaduais ou municipais de saúde realizarão avaliações semestrais nas unidades, podendo solicitar o descredenciamento, caso seja constatado o não cumprimento das exigências deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 13)

Art. 32. Nos casos em que todas as unidades indicadas já sejam dotadas dos requisitos de qualificação tecnológica exigidos para as unidades hospitalares do tipo III, parcela dos recursos de investimento poderá ser utilizada em unidades hospitalares estratégicas, que façam parte do Sistema Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, medida que deverá ser devidamente justificada pela Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pela SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Art. 14)

CAPÍTULO V
DO PROGRAMA DE APOIO À IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 33. Fica instituído o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 1º)

Art. 34. Este programa contará com recursos que deverão se alocados de acordo com as necessidades da Unidade Federativa: (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º)

I - na área de Assistência Pré-hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, I)

II - nas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, II)

III - nos Hospitais de Referência do Sistema Estadual, e (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, III)

IV - em treinamento das respectivas equipes. (Origem: PRT MS/GM 2923/1998, Art. 2º, IV)

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 2395/2011, CAPÍTULO V

Art. 35. Para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares contempladas por este Título criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, compostos por: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27)

I - coordenador da Urgência/Emergência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, I)

II - coordenador da UTI; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, II)

III - coordenador das Unidades de internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, III)

IV - coordenador da central de internação do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, IV)

V - representante do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 27, V)

Art. 36. Compete aos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28)

I - garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, I)

II - promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, II)

III - monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, III)

IV - propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, IV)

V - propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, V)

VI - acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VI)

VII - articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VII)

VIII - manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, VIII)

IX - garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, IX)

X - atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, X)

XI - monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XI)

XII - agilizar a realização de exames necessários; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XII)

XIII - definir critérios de internação e alta; e (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XIII)

XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, XIV)

Parágrafo Único. Para o alcance dos objetivos estabelecidos neste artigo, cada membro do grupo terá funções específicas cotidianas relativas ao funcionamento do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, articuladas entre si e com o conjunto de coordenadores das diversas especialidades, com agenda conjunta periódica para avaliação das atividades desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 28, Parágrafo Único)

Art. 37. A SAS/MS publicará portaria específica com os critérios para a reorganização das Linhas de Cuidado Prioritárias. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 29)

Art. 38. Este Título organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 1º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2809/2012)

TÍTULO II
DO COMPONENTE DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)

CAPÍTULO I
DAS DIRETRIZES PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) E SUA CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS, COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 39. Este Capítulo define as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 1º)

Seção I
Das Definições
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO I)

Art. 40. Para efeito deste Capítulo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º)

I - SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, I)

II - Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, II)

III - Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, III)

IV - incentivo: modalidade de repasse de recurso financeiro a ser utilizado tanto para investimento, quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IV)

V - investimento: modalidade de repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, V)

VI - custeio: modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VI)

VII - habilitação: processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros

repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VII)

VIII - qualificação: processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos neste Capítulo, passando a fazer jus a novos valores de custeio; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, VIII)

IX - Indicadores do SAMU 192: situações utilizadas pelo Ministério da Saúde para avaliação do funcionamento do SAMU 192 no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, IX)

X - Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, X)

XI - Responsável Técnico: profissional médico responsável pelas atividades médicas do serviço; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XI)

XII - Responsável de Enfermagem: profissional enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XII)

XIII - Médicos Reguladores: profissionais médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, XIII)

Parágrafo Único. Os indicadores do SAMU 192 são: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - número geral de ocorrências atendidas no período; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - tempo mínimo, médio e máximo de resposta; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - identificação dos motivos dos chamados; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - localização das ocorrências; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - idade e sexo dos pacientes atendidos; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

Seção II
Da Composição do Componente SAMU 192
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II)

Subseção I
Da Central de Regulação das Urgências
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 41. A Central de Regulação das Urgências terá equipe composta por: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º)

I - Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR); (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, I)

II - Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, II)

III - Radio-Operador (RO). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 3º, III)

Art. 42. As Centrais de Regulação das Urgências deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos no Anexo 3 do Anexo III e totais de profissionais estabelecidos no Anexo LXXXIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 4º)

Subseção II
Das Bases Descentralizadas
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 43. As Bases Descentralizadas poderão existir sempre que se fizer necessária infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. As Bases Descentralizadas deverão seguir a estrutura física padronizada pelo Ministério da Saúde, incluída a padronização visual. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Subseção III
Das Unidades Móveis
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 44. As unidades móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º)

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, I)

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, II)

III - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, III)

IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, IV)

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, V)

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, VI)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de unidade móvel mais adequado às peculiaridades regionais. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção III
Da Regionalização
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO III)

Art. 45. O componente SAMU 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pelo Capítulo I do Título II do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º)

§ 1º Cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 7º, § 2º)

Art. 46. A regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional e poderá ocorrer das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º)

I - regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes; (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, I)

II - regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes; e (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, II)

III - implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, III)

§ 1º O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional, corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, consequentemente, a adequada atenção aos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 8º, § 2º)

Art. 47. Os municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possuem SAMU 192 poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 9º)

Art. 48. Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação da cobertura do componente SAMU 192 às peculiaridades regionais que estarão detalhadas no respectivo projeto. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 10)

Seção IV
Da Capacitação
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 49. O componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 11)

Parágrafo Único. A capacitação será promovida preferencialmente de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

Seção V
Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 1010/2012, CAPÍTULO VII)

Art. 50. A doação das unidades móveis se dará na fase de implantação do componente SAMU 192, mediante análise pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 42)

Parágrafo Único. As solicitações de ampliação e renovação de frota e reserva técnica serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAHU/SAS/MS e poderão ser atendidas quando houver disponibilidade por parte do Ministério da Saúde, desde que estejam em conformidade com a legislação de regência e com os critérios constantes do endereço eletrônico www.saude.gov.br/samu. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 42, Parágrafo Único)

Art. 51. Compete à CGUE/DAHU/SAS/MS adotar todas as providências necessárias à plena aplicação das recomendações contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 43)

Art. 52. As regras e fluxos para os processos de recursos referentes ao processo de negociação, análise, aprovação e implantação deste componente serão aquelas vigentes no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 44)

Art. 53. Para os efeitos do disposto neste Capítulo, ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservados aos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 45)

Art. 54. Fica determinada a inserção das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 804/SAS/MS, de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46)

§ 1º As Centrais de Regulação das Urgências e as Unidades Móveis da Rede de Atenção às Urgências serão consideradas estabelecimentos de saúde do SUS na área de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 1º)

§ 2º A SAS/MS editará ato específico contendo orientações para o cumprimento do disposto no "caput" e no § 1º. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde descritos no § 1º deste artigo deverão adequar o cadastramento no SCNES, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a publicação do ato referido no § 2º. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 3º)

§ 4º Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) efetivar os procedimentos necessários junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Art. 46, § 4º)

CAPÍTULO II
DAS ATRIBUIÇÕES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS E O DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192

Art. 55. Ficam estabelecidos, na forma do Anexo 4 do Anexo III , as atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Art. 1º)

Art. 56. A Secretaria de Atenção à Saúde, em seu âmbito de atuação, adotará as providências necessárias à plena aplicação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Art. 2º)

CAPÍTULO III

DO VEÍCULO MOTOCICLETA - MOTOLÂNCIA COMO INTEGRANTE DA FROTA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA EM TODA A REDE SAMU 192 E DEFINE CRITÉRIOS TÉCNICOS PARA SUA UTILIZAÇÃO

Art. 57. Ficam instituídas as motocicletas (motolâncias) como mais um recurso móvel disponível e integrado à frota do SAMU 192, para o atendimento rápido, principalmente das pessoas acometidas por agravos agudos (tempo-dependentes) e ficam aprovados os Anexos 5, 6 e 7 do Anexo III , tendo como complemento o Caderno de Orientações Técnicas da Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º)

§ 1º O quantitativo de motocicletas a ser distribuído acompanhará o número de ambulâncias habilitadas em cada serviço, preferencialmente, à proporção de uma motocicleta para cada Unidade de Suporte Avançado (USA) e uma a cada duas Unidades de Suporte Básico (USB). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Poderão ser adicionadas unidades à frota de cada serviço considerando-se a realidade e a necessidade técnica de acordo com a especificidade de cada SAMU 192. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 2º)

§ 3º As motocicletas deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica, de acordo com as orientações contidas no Anexo 7 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 1º, § 3º)

Art. 58. As motolâncias serão adquiridas pelo Ministério da Saúde e cedidas mediante termo de doação, aos SAMU 192, conforme diretrizes e parâmetros gerais estabelecidos pelo Capítulo III do Título II do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 2º)

Art. 59. As motocicletas deverão dispor, minimamente, dos seguintes equipamentos e materiais: (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º)

I - cilindro de oxigênio de alumínio compatível com o volume do baú de carga ou da mochila própria para transporte; Colar cervical (P, M, G); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, I)

II - desfibrilador externo automático (DEA); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, II)

III - luvas de procedimento e estéreis; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, III)

IV - ataduras, compressas, gazes; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, IV)

V - talas de imobilização de diversos tamanhos; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, V)

VI - material de venopunção (incluindo seringas e cateteres de diversos tamanhos); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VI)

VII - material de via aérea básica (cânula de Guedel, máscara de oxigênio com reservatório, cateteres de O^2, ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório); (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VII)

VIII - estetoscópio e esfigmomanômetro; (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, VIII)

IX - oxímetro portátil; e (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, IX)

X - equipamento de proteção individual completo (tanto os itens previstos para a área da saúde quanto os necessários para a segurança na condução de motocicletas). (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, X)

§ 1º Será fornecido pelo Ministério da Saúde o Desfibrilador Externo Automático (DEA); oxímetro portátil e cilindro de oxigênio de alumínio compatível com o volume do baú de carga ou da mochila própria para transporte. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Medicamentos e soluções poderão ser utilizados, desde que sempre sob orientação do Médico Regulador da Central de Regulação das Urgências (SAMU 192) e de acordo com protocolos padronizados pelo serviço, a fim de propiciar o rápido início do atendimento no local, até a chegada de outras equipes ou conforme o que for determinado pela regulação médica. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 4º, § 2º)

Art. 60. O grafismo da motocicleta do SAMU 192 deverá seguir o padrão definido pelo Ministério da Saúde, conforme modelo constante do Anexo 6 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 5º)

Art. 61. A Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, adotará as medidas necessárias à plena aplicação das recomendações contidas no ato ora publicado. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 9º)

Art. 62. Para os efeitos do disposto neste Capítulo, o Distrito Federal será tratado como estado, no que couber, e de acordo com suas peculiaridades de ente federado, nos termos da Constituição. (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Art. 10)

TÍTULO III

DO COMPONENTE SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 63. Este Título estabelece as diretrizes e cria mecanismos para implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências no SUS, em conformidade com o Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 1º)

Art. 64. A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º)

I - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, I)

II - equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, II)

III - funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, III)

§ 1º Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Assistência qualificada é a assistência prestada por profissionais de saúde capacitados ao pleno exercício dos protocolos clínicos firmados para o funcionamento adequado da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 2º, § 2º)

Art. 65. A SE deve ser localizada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde, devendo ser observados os seguintes requisitos para a sua implantação: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º)

I - cobertura regional do componente SAMU 192 para a localidade de instalação da SE ou configuração da SE como base descentralizada do componente SAMU 192, de suporte avançado ou básico de vida, garantindo complementaridade da assistência local ou por telemedicina; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, I)

II - localização da SE em Município que ocupe posição estratégica em relação à Rede de Atenção às Urgências, objetivando menor tempo-resposta para atendimento e encaminhamento aos demais serviços de saúde referenciados do Plano de Ação Regional; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, II)

III - configuração da SE como serviço de apoio ao atendimento, transporte e/ou transferência de pacientes críticos/graves em locais com grande extensão territorial ou de característica rural ou com isolamento geográfico de comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, III)

IV - instalação da SE em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte, habilitados ou não, com até 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades tipo Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, IV)

V - presença de equipe mínima de saúde composta por um médico, um enfermeiro e pessoal técnico com disponibilidade para assistência imediata na SE aos pacientes críticos/graves admitidos, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, V)

VI - treinamento e qualificação da equipe atuante na SE para atendimento de urgências. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, VI)

§ 1º A SE deve ser implantada com a observância dos parâmetros constantes do Anexo 9 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Situações excepcionais serão discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e posteriormente enviadas para análise do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 3º, § 2º)

Art. 66. A SE deve atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos neste Título e na Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente com relação à: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º)

I - observância do Anexo 8 do Anexo III , no tocante à estrutura física, ao mobiliário e aos materiais e equipamentos mínimos definidos para a SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, I)

II - observância do modelo definido pelo Ministério da Saúde no tocante à caracterização visual das unidades, conforme disponível no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. As ações das SE devem ser incluídas nos Planos de Ação Regional das Redes de Atenção às Urgências, conforme determina o Anexo III. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 67. Constituem-se responsabilidades da SE: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º)

I - articular-se com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema de saúde da região, construindo fluxos coerentes e efetivos; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, I)

II - fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência no âmbito da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, II)

III - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, III)

IV - encaminhar os pacientes, após estabilização clínica, para internação em serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador, ou para as portas de urgência referenciadas pela Central de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, IV)

V - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede Atenção às Urgências da região a partir da complexidade clínica e traumática do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, V)

VI - referenciar e contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede de atenção à saúde, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, VI)

VII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da SE. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 5º, VII)

Art. 68. Constituem-se responsabilidades do gestor responsável pela SE: (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º)
I - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da SE; (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, I)

II - estabelecer e/ou adotar protocolos clínicos e procedimentos administrativos para o adequado funcionamento da SE; e (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, II)

III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em concordância e articulação com outras unidades de urgência e de acordo com o Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 6º, III)

Art. 69. Para os fins do disposto neste Título, ao Distrito Federal competem os direitos e obrigações reservados aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Art. 12)

TÍTULO IV
DO COMPONENTE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H) E O CONJUNTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA 24 HORAS

Art. 70. Ficam definidas as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DAS DEFINIÇÕES
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO I)

Art. 71. Para os fins deste Título, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º)

I - UPA 24h: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, I)

II - UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento federal; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, II)

III - UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, III)

IV - gestor: Chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, IV)

V - classificação de Risco: ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, V)

VI - acolhimento: diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, VI)

VII - segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 2º, VII)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES DA UPA 24h
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO II)

Art. 72. São diretrizes da UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º)

I - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, I)

II - equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, II)

III - acolhimento; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, III)

IV - classificação de risco (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 3º, IV)

Art. 73. As ações das UPA 24h deverão fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências (RAU), a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 4º)

Art. 74. Considerar-se-á a UPA 24h em efetivo funcionamento quando desempenhar as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º)

I - acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, I)

II - articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, II)

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, III)

IV - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, IV)

V - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, V)

VI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VI)

VII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VII)

VIII - manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, VIII)

Parágrafo Único. O apoio diagnóstico da UPA 24h poderá ser realizado em outro estabelecimento de saúde, desde que seja justificado pelo gestor, considerando a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 5º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III
DO MODELO DE ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL DA UPA 24H
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO III)

Art. 75. Compete ao gestor responsável pela UPA 24h: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º)

I - implantar diretrizes de acolhimento e classificação de risco, em conformidade com este Título; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, I)

II - adotar protocolos clínicos de atendimento e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, II)

III - garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, III)

IV - garantir a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contrarreferência, articulando com os pontos da RAS, considerando a territorialização; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, IV)

V - inscrever a UPA 24h no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, V)

VI - registrar obrigatoriamente todos os procedimentos realizados na UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 6º, VI)

CAPÍTULO IV
DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS, EQUIPAMENTOS E RECURSOS HUMANOS DA UPA 24h.
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO IV)

Art. 76. A UPA 24h atenderá ao estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aos regulamentos técnicos de projetos e às legislações específicas para construções e estruturas físicas de estabelecimentos assistenciais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 7º)

Art. 77. Quanto ao mobiliário, aos materiais e aos equipamentos mínimos obrigatórios, deverá ser observado o disposto no arquivo eletrônico disponível no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 8º)

Art. 78. A aquisição dos equipamentos médico-hospitalares e mobiliários deverá ocorrer até o início de funcionamento da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 9º)

Parágrafo Único. Os entes federados beneficiários cadastrarão os equipamentos e mobiliários adquiridos no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 79. A caracterização visual das UPA 24h deverá atender aos padrões visuais constantes do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do SUS, bem como no disposto no Manual de Padronização Visual da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 10)

Parágrafo Único. O gestor deverá adotar a padronização predial, nos termos do Manual de Padronização Visual da UPA 24h, ficando a seu critério a adoção dos demais padrões contidos no referido Manual. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 80. O projeto de arquitetura para construção ou ampliação da UPA 24h deverá seguir o programa arquitetônico mínimo disponibilizado no SISMOB e ser aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 11)

Art. 81. Caberá ao gestor definir o quantitativo da Equipe Assistencial Multiprofissional da UPA 24h, tomando como base a necessidade da RAS, bem como as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissionais, devendo manter o quantitativo de profissionais suficiente, de acordo com a capacidade instalada e o quadro de opções de custeio constante dos arts. 889 e 890 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 12)

CAPÍTULO V
DA QUALIFICAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO VII)

Art. 82. A qualificação da UPA 24h condiciona-se à apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29)

I - comprovação da cobertura do SAMU 192, através da portaria de habilitação publicada no Diário Oficial da União (DOU) ou termo de garantia assinado pelo gestor de existência de serviço de atendimento equivalente ao realizado pelo SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, I)

II - comprovação da execução de atividades de educação permanente por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, II)

III - comprovação de cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do município sede da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, III)

IV - relatório padronizado de visita técnica realizada pelo Ministério da Saúde que ateste: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV)

a) padronização visual da UPA 24h de acordo com o Título IX da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, a)

b) efetivo funcionamento da grade de referência e contrarreferência instituída nas Centrais de Regulação; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, b)

c) implantação de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, c)

d) Relatório de Agravos de Notificação Compulsória, conforme regras definidas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, IV, d)

V - declaração do gestor que ateste a conformidade do serviço prestado pela UPA 24h em relação às normas sanitárias vigentes; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, V)

VI - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor de que a UPA 24h estará inserida no Plano quando da sua elaboração; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VI)

VII - comprovação da pactuação do ente federado relativa à grade de referência e contrarreferência, com fluxo estabelecido entre a UPA 24h e os componentes da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VII)

VIII - cumprimento da produção assistencial no SIA/SUS atendendo, no mínimo, ao disposto no art. 87. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 29, VIII)

Art. 83. O processo de qualificação de UPA 24h obedecerá o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30)

I - encaminhamento pelo gestor ao Ministério da Saúde dos documentos descritos no art. 82 por meio do SAIPS; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, I)

II - análise pela CGUE/DAHU/SAS da documentação apresentada; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, II)

III - realização obrigatória de visita técnica na UPA 24h pelo Ministério da Saúde, com emissão de parecer técnico conclusivo a ser inserido no SAIPS; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, III)

IV - aprovação da proposta pela CGUE/DAHU/SAS no SAIPS; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, IV)

V - publicação de portaria de qualificação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, V)

§ 1º A qualificação da UPA 24h será válida por 3 (anos) anos, a contar da data de publicação da portaria correlata, podendo ser renovada mediante novo processo de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 1º)

§ 2º Nos casos em que a qualificação não seja renovada, o repasse do incentivo financeiro cessará de forma automática a contar da data constante da portaria de qualificação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 2º)

§ 3º É facultado ao Ministério da Saúde a realização de visita técnica para verificação dos requisitos de qualificação durante o terceiro ano de validade da portaria com vistas à instrução do processo de renovação de qualificação. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 3º)

§ 4º As propostas de qualificação ou de renovação de qualificação terão validade de 90 (noventa) dias, a contar da data do envio para análise no SAIPS. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 30, § 4º)

Art. 84. A qualificação da UPA 24h Ampliada exige, além da documentação listada no art. 82, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII do Anexo III , a apresentação do termo de recebimento da obra de ampliação subscrito pelo gestor. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 31)

Art. 85. Para a habilitação de UPA 24h Ampliada a Unidade deverá reunir, ao mesmo tempo, as condições de habilitação e qualificação de tratam o disposto no art. 885 da Portaria de Consolidação nº 6 e no art. 82. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 33)

CAPÍTULO VI
DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO VIII-A)

Art. 86. A UPA 24h habilitada ou qualificada para custeio deverá ser monitorada, após o primeiro repasse do incentivo de custeio e, deverá ser avaliada de acordo com os critérios descritos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 37)

Art. 87. A produção mínima para a UPA 24h, registrada no SIA/SUS, deverá ocorrer de acordo com o Anexo LXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38)

§ 1º Caso a UPA 24h não apresente a produção mínima mensal conforme quadro acima, o gestor deverá apresentar ao Ministério da Saúde justificativa para o funcionamento abaixo do mínimo definido. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38, § 1º)

§ 2º Caso a justificativa da produção da UPA 24h não seja aceita pelo Ministério da Saúde, o gestor deverá revisar o seu plano de funcionamento, nos termos do previsto no art. 893 da Portaria de Consolidação nº 6, podendo ser suspenso ou restabelecido à condição anterior. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 38, § 2º)

Art. 88. Quanto às UPA 24h qualificadas, o gestor deverá encaminhar anualmente ao Ministério da Saúde declaração de cumprimento dos requisitos de qualificação da UPA 24 h previstos no art. 82. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 39)

Art. 89. O monitoramento do número de atendimentos realizados pela UPA 24h levará em conta os procedimentos definidos no Anexo 12 do Anexo III , a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40)

§ 1º Os dados gerados de acordo com o previsto neste artigo devem estar atualizados pelo gestor e disponíveis ao Ministério da Saúde, a partir do registro no SIA/SUS, para efeito de monitoramento, controle, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 1º)

§ 2º A ausência de registro no SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos implicará a suspensão da transferência de recursos para custeio mensal da UPA 24h, de acordo com a Seção II do Capítulo III do Título VII da Portaria de

Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 3º)

§ 3º A ausência de registro no SIA/SUS por 6 (seis) meses consecutivos acarretará na desabilitação da UPA 24h. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 40, § 4º)

Art. 90. Caso persista a irregularidade de que trata o art. 896 da Portaria de Consolidação nº 6, a UPA 24h será desabilitada no custeio. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 42)

Art. 91. A avaliação realizada anualmente pelo Ministério da Saúde levará em conta o perfil e o papel da UPA 24h na Rede de Atenção às Urgências e Emergências visando alertar o gestor sobre necessidades de adequação da oferta assistencial da unidade bem como orientá-lo para possíveis readequações visando a oferta máxima da sua capacidade operacional e buscando convergência entre oferta e demanda de acordo com o planejado e às necessidades de acesso às urgências na região. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 43)

Art. 92. O monitoramento de que trata este Título não exime o ente federado beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 44)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 10/2017, CAPÍTULO IX)

Art. 93. O pedido novo de implantação de UPA 24h, ficarão sujeitas ao planejamento integrado da despesa de capital e custeio e à análise da proposta inserida no SISMOB, que deverá conter seguintes informações e documentos: (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45)

I - compromisso formal do gestor de prover a UPA 24h com Equipe Assistencial Multiprofissional, que deverá contar com a presença médica, de enfermagem, de apoio administrativo e demais profissionais nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, possibilitando o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes acometidos por quaisquer tipos de urgências; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, I)

II - declaração da existência na área de cobertura da UPA 24h, de SAMU 192 habilitado ou, na ausência deste, apresentação de termo de compromisso de implantação ou de cobertura de SAMU 192 dentro do prazo de início de funcionamento da UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, II)

III - cobertura da Atenção Básica à Saúde de, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da população do municípios sede da UPA 24h ou apresentação de termo de compromisso de implantação dessa cobertura; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, III)

IV - compromisso da implantação da classificação de risco no acolhimento dos pacientes na UPA 24h, de acordo com padrões nacionais e internacionais reconhecidos; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, IV)

V - pactuação do ente federado da grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível loco-regional com todos os componentes da RAU e, quando houver, com o transporte sanitário; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, V)

VI - compromisso formal subscrito pelo gestor de pelo menos um dos hospitais integrantes da grade de referência de que esse estabelecimento garante a retaguarda hospitalar para a UPA 24h; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VI)

VII - resolução da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal com a designação do coordenador da Coordenação da Rede de Urgência, conforme a Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002; (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VII)

VIII - declaração do gestor acerca da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para implantação da UPA 24h, com garantia da execução desses recursos para este fim; e (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, VIII)

IX - Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências ou, na sua ausência, compromisso formal do gestor que justifique a necessidade de implantação desta unidade na região com o intuito de garantir, ampliar e qualificar o acesso à atenção às urgências e emergências, descrevendo que a nova UPA 24h estará inserida no citado Plano, quando da sua elaboração. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, IX)

§ 1º Além do disposto neste artigo, a proposta para implantação da UPA 24h deverá ser previamente submetida à análise e aprovação do Conselho de Saúde e CIB, respectivos, para posterior avaliação e aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, § 1º)

§ 2º O projeto de arquitetura para construção ou ampliação de UPA 24h deverá seguir o programa arquitetônico mínimo disponibilizado no SISMOB e ser aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Art. 45, § 2º)

TÍTULO V
DA LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 94. Fica aprovada a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 1º)

Art. 95. São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º)

I - Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, I)

II - Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, II)

III - Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, III)

IV - Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento hierarquizado e referenciado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, IV)

V - Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, V)

VI - Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuem diretamente nas centrais de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VI)

VII - Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VII)

VIII - Disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado; (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, VIII)

IX - Fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, IX)

X - Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 2º, X)

Art. 96. O conteúdo da Linha de Cuidado ao Trauma, a ser observado por todos os serviços habilitados da RUE, estará disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 1365/2013, Art. 3º)

TÍTULO VI
DOS CENTROS DE TRAUMA

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO I)

Art. 97. Este Título estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 1º)

Art. 98. Os Centros de Trauma são estabelecimentos hospitalares integrantes da RUE que desempenham o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 2º)

Art. 99. Os Centros de Trauma têm os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º)

I - melhoria do atendimento aos pacientes vítimas de trauma com consequente redução da morbidade e mortalidade; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º, I)

II - universalização e padronização de um modelo de atendimento ao paciente vítima de trauma em todas as suas etapas. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 3º, II)

Art. 100. São diretrizes dos Centros de Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º)

I - organização da rede de atenção ao paciente vítima de trauma, com abrangência definida e definição de níveis de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, I)

II - disponibilizar o mais rápido possível ao paciente vítima de trauma acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos necessários ao seu atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, II)

III - racionalização do custo pela concentração do atendimento ao paciente vítima de trauma nos Centros de Trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, III)

IV - qualidade do atendimento ao paciente vítima de trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, IV)

V - universalizar o atendimento de qualidade ao paciente vítima de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 4º, V)

Art. 101. Os Centros de Trauma têm as seguintes finalidades: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º)

I - diminuição da mortalidade dos pacientes vítimas de trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, I)

II - redução das sequelas dos pacientes vítimas de trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, II)

III - padronização do atendimento ao paciente vítima de trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 5º, III)

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE TRAUMA
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II)

Art. 102. Os Centros de Trauma são organizados conforme tipologias, sob as seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º)

I - Centro de Trauma Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, I)

II - Centro de Trauma Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, II)

III - Centro de Trauma Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, III)

Parágrafo Único. A definição de cada um dos Tipos dos Centros de Trauma tem como parâmetro o dimensionamento da RUE e a localização dos pontos de atenção ao trauma, considerando-se ainda o número de habitantes com cobertura assistencial e o tempo de deslocamento até o respectivo Centro de Trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Seção I
Do Centro de Trauma Tipo I
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 103. O Centro de Trauma Tipo I é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Geral, seguindo as tipologias das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 8º)

Art. 104. Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo I, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º)

I - ser referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme o desenho da regionalização definido nos Planos Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, I)

II - ter estrutura para realizar ações de média complexidade com cobertura populacional até 200.000 (duzentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, II)

III - participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, III)

IV - ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, IV)

V - possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, V)

VI - possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma de média complexidade, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, a)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, b)

c) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, c)

d) cirurgião geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, d)

e) anestesiologista com atividade no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, e)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, f)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, g)

h) equipes para manejo de pacientes críticos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VI, h)

VII - possuir equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma que são de competência desse hospital e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VII)

VIII - possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, VIII)

IX - ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, IX)

X - ter referência de Centro de Trauma Tipo II e/ou III ou de outro estabelecimento hospitalar para casos de maior complexidade, regulado pela Central de Regulação, após realização de procedimentos mínimos de estabilização do paciente; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, X)

XI - possuir retaguarda de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), regulados na RUE, para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos e/ou pediátricos, que necessitarem dos cuidados de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XI)

XII - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XII)

XIII - possuir serviço de diagnose por imagem (radiologia e ultrassonografia); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XIII)

XIV - ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XIV)

XV - possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XV)

XVI - ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVI)

XVII - ter serviço de reabilitação ou disponível; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVII)

XVIII - garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, XVIII)

§ 1º Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º)

I - serviço de diagnose por imagem (radiologia e ultrassonografia); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, I)

II - sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, II)

III - serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, III)

IV - serviço de Hemoterapia ou disponível em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 1º, IV)

§ 2º Para fins do disposto no inciso III do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquela que for qualificada conforme as regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelo cirurgião geral e/ou ortopedista e sejam de média complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 4º)

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM), ou residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 5º)

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo I deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 9º, § 6º)

Art. 105. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 104, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo I mediante pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 10)

Art. 106. Os municípios ou regiões de saúde com populações de sua área de abrangência menor que 200.000 (duzentos mil) habitantes e localizados a mais de 60 (sessenta) minutos de deslocamento de um Centro de Trauma Tipo I por meio de transporte sanitário mais rápido disponível deverão contar com estrutura ambulatorial ou hospitalar (Unidades de Pronto Atendimento 24 hs (UPA 24hs)) ou Salas de Estabilização (SE) para a garantia do primeiro atendimento e estabilização dos casos de trauma com plantão médico 24 (vinte e quatro) horas. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 11)

Seção II
Do Centro de Trauma Tipo II
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 107. O Centro de Trauma Tipo II é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo I, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 12)

Art. 108. Para se habilitar como Centro de Trauma Tipo II, o estabelecimento hospitalar deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13)

I - ser referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme o desenho da regionalização definido nos Planos Estaduais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, I)

II - ter estrutura para realizar ações de média e alta complexidade com cobertura populacional de 200.001 (duzentos mil e um) a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, II)

III - possuir pelo menos 1 (uma) habilitação em alta complexidade conferida pelo Ministério da Saúde, qual seja de traumato-ortopedia ou neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, III)

IV - participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, IV)

V - ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no SIH/SUS; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, V)

VI - possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VI)

VII - possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII)

a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, a)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, b)

c) cirurgião; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, c)

d) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, d)

e) anestesiologista com atividade no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, e)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, f)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, g)

h) equipes para manejo de pacientes críticos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VII, h)

VIII - possuir equipe suficiente para realização de cirurgia dos casos de trauma que são de competência desse hospital e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, VIII)

IX - possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, IX)

X - ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, X)

XI - garantir retaguarda de terapia intensiva para os casos de trauma ou pós-operatório de trauma ou queimadura, quando necessitarem desse cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XI)

XII - ter disponíveis ou garantir a assistência ao trauma, 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feirados, para as seguintes equipes médicas e de odontologia, de acordo com a necessidade do trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII)

a) neurocirurgia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, a)

b) ortopedia e traumatologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, b)

c) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, c)

d) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, d)

e) cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, e)

f) cirurgia crânio-maxilo facial e/ou cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, f)

g) urologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, g)

h) cirurgia torácica e ginecologia/obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, h)

i) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, i)

j) pediatria, quando referência em atendimento à pediatria; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, j)

k) oftalmologia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XII, k)

XIII - possuir leitos de UTI para cuidado aos pacientes de trauma, sejam adultos e/ou pediátricos, que necessitarem de terapia intensiva; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIII)

XIV - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIV)

XV - possuir serviço de diagnose por imagem com radiologia e ultrassonografia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XV)

XVI - possuir serviço de tomografia computadorizada ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVI)

XVII - garantir acesso à ressonância magnética em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVII)

XVIII - possuir suporte de equipe multiprofissional composta por: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII)

a) fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, a)

b) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, b)

c) nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, c)

d) farmacêutico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, d)

e) psicólogo. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XVIII, e)

XIX - ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XIX)

XX - possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XX)

XXI - ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXI)

XXII - possuir serviço de reabilitação ou disponível; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXII)

XXIII - possuir referência de Centro de Trauma Tipo III ou Hospitais Especializados para os casos de maior complexidade, regulado pela Central de Regulação, após realização de procedimentos mínimos de estabilização do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXIII)

XXIV - garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, XXIV)

§ 1º Para fins do disposto no inciso II do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º)

I - leitos de UTI; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, I)

II - serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, II)

III - sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, III)

IV - serviço de laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, IV)

V - serviço de hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 1º, V)

§ 2º Para fins do disposto no inciso IV do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquelas que forem qualificadas conforme regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista ou neurocirurgião ou cirurgião vascular ou cirurgião plástico ou cirurgião pediatra ou cirurgião crânio-maxilo-facial ou cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial ou urologista ou cirurgião torácico ou ginecologista ou obstetra ou oftalmologista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso VIII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelos especialistas e sejam de média complexidade ou pelo ortopedista e/ou neurocirurgião e sejam de média ou alta complexidade, mediante a habilitação do referido estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 4º)

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os médicos e cirurgiões-dentistas das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na respectiva área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou residência médica ou odontológica, de acordo com a respectiva área de atuação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 5º)

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo II deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 13, § 6º)

Art. 109. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 108, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser consideradas Centro de Trauma Tipo II mediante pactuação na CIR e na CIB ou, se for o caso, no CGSES/DF, com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 14)

Art. 110. Os Centros de Trauma Tipo II deverão estar localizados numa distância correspondente a um tempo de deslocamento de, no máximo, 60 (sessenta) minutos dos Centros de Trauma Tipo I, medido pelo meio de transporte sanitário mais rápido disponível permanentemente para a maioria dos casos de remoção. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 15)

Seção III
Do Centro de Trauma Tipo III
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 111. O Centro de Trauma Tipo III é um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo II, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de que trata o Título I do Livro II. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 16)

Art. 112. Para se qualificar como Centro de Trauma Tipo III, o estabelecimento deve cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17)
I - ser referência, com estrutura para realizar ações de média e alta complexidade para uma cobertura populacional de 500.001 (quinhentos mil e um) a 1.500.000 (um milhão e quinhentos mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, I)

II - ter pelo menos 2 (duas) habilitações em alta complexidade, conferidas pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório que uma delas seja de traumato-ortopedia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, II)

III - participar da RUE e ser Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na citada Rede; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, III)

IV - ser referência regional, com realização de, no mínimo, 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no SIH/SUS; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, IV)

V - possuir, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, V)

VI - ter equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI)
a) clínico geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, a)

b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento à pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, b)

c) cirurgião; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, c)

d) ortopedista; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, d)

e) anestesiologista localizado no centro cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, e)

f) enfermeiros; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, f)

g) técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, g)

h) equipes para manejo de pacientes críticos e dimensionados para o número de leitos. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VI, h)

VII - possuir equipe suficiente para realização de cirurgia dos casos de trauma e que não comprometa o atendimento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VII)

VIII - possuir Centro Cirúrgico e leitos de enfermaria suficientes para o atendimento ao trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, VIII)

IX - ter leitos de retaguarda para garantir a atenção integral do Componente Hospitalar da RUE, constituídos nos termos de ato específico do Ministro de Estado da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, IX)

X - garantir retaguarda de terapia intensiva para os casos de trauma ou pós-operatório de trauma ou queimados, quando necessitarem desse cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, X)

XI - ter disponíveis ou garantir a assistência ao trauma 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feirados, para as seguintes equipes médicas e de odontologia: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI)
a) cirurgia vascular; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, a)

b) cirurgia plástica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, b)

c) cirurgia pediátrica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, c)

d) cirurgia de mão; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, d)

e) otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, e)

f) oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, f)

g) cirurgia crânio-maxilo-facial e/ou cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, g)

h) urologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, h)

i) cirurgia torácica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, i)

j) endoscopia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, j)

k) ginecologia/obstetrícia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, k)

l) clínica geral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, l)

m) pediatria, quando referência em atendimento à pediatria; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, m)

n) nefrologia; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, n)

o) neurocirurgia; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, o)

p) ortopedia e traumatologia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XI, p)

XII - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XII)

XIII - possuir serviços de diagnose com radiologia, ultrassonografia e tomografia computadorizada; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIII)

XIV - possuir ou ter disponível radiologia vascular intervencionista e ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIV)

XV - ter protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XV)

XVI - possuir serviço de laboratório clínico ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVI)

XVII - ter serviço de hemoterapia ou disponível em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVII)

XVIII - possuir serviço de reabilitação ou disponível; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XVIII)

XIX - garantir acompanhamento ambulatorial dos pacientes atendidos; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XIX)

XX - ser referência em atenção ao trauma para o gestor de saúde e garantir o desenvolvimento de processos formativos para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, XX)

§ 1º Para fins do disposto no inciso I do "caput", os requisitos mínimos que compõem a estrutura necessária para realizar ações de média e alta complexidade são: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º)
I - leitos de UTI; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - serviço de diagnose por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e radiologia intervencionista); (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, II)

III - sala cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, III)

IV - laboratório clínico; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, IV)

V - hemoterapia. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 1º, V)

§ 2º Para fins do disposto no inciso III do "caput", considera-se Porta de Entrada Hospitalar de Urgência instalada estrategicamente na RUE aquelas que forem qualificadas conforme regras previstas no Título I do Livro II, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", considera-se equipe suficiente para realização de cirurgias dos casos de trauma aquela composta por, pelo menos, 1 (um) cirurgião ou ortopedista ou neurocirurgião ou cirurgião vascular ou cirurgião plástico ou cirurgião pediatra ou cirurgião da mão ou cirurgião crânio-maxilo-facial ou cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial ou urologista ou cirurgião torácico ou ginecologista ou obstetra ou oftalmologista ou otorrinolaringologista ou endoscopista. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso VII do "caput", as cirurgias dos casos de trauma que são de competência do estabelecimento hospitalar são aquelas que podem ser realizadas pelos especialistas e sejam de média complexidade ou pelo ortopedista e/ou neurocirurgião e sejam de média ou alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 4º)

§ 5º Os médicos das equipes de plantão e os médicos e cirurgiões-dentistas das equipes de apoio deverão possuir título de especialista na respectiva área de atuação, reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Conselho Federal de Odontologia (CFO) ou Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou residência médica ou odontológica, de acordo com a respectiva área de atuação, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 5º)

§ 6º Os prestadores de serviços que se encontrarem disponíveis para o Centro de Trauma Tipo III deverão estar cadastrados no SCNES como terceiros vinculados ao estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 17, § 6º)

Art. 113. Os estabelecimentos hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos de que trata o art. 112, mas que, excepcionalmente, forem considerados estratégicos para a referência regional no Plano de Ação Regional da RUE, poderão ser considerados Centro de Trauma Tipo III mediante pactuação na CIR e na CIB ou, se for o caso, no CGSES/DF, com posterior avaliação e validação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 18)

Art. 114. Os Centros de Trauma Tipo III deverão estar localizados numa distância correspondente a um tempo de deslocamento de, no máximo, 60 (sessenta) minutos dos Centros de Trauma Tipo II, medido pelo meio de transporte sanitário mais rápido disponível permanentemente para a maioria dos casos de remoção. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 19)

CAPÍTULO III
DO REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO III)

Art. 115. Para habilitação de um estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo I, II ou III, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar requerimento, por meio físico, ao Ministério da Saúde, incluindo-se os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20)

I - cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela CIB ou documento que comprove a discussão e a implementação do PAR e aprovação da CIB; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, I)

II - expediente que comprove a aprovação da CIR e CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao Trauma e habilitação do respectivo Centro de Trauma Tipo I, II ou III; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, II)

III - Termo de Compromisso assinado pelo gestor estadual e/ou municipal ou distrital de saúde, por meio do qual se obriga a estabelecer e cumprir a Linha de Cuidado ao Trauma da RUE, aprovada pelo Ministério da Saúde, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento-base da referida linha de cuidado, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com trauma; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, III)

IV - Formulário para Vistoria do Gestor - Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Trauma, assinado pelo gestor estadual e/ou municipal ou distrital de saúde, conforme modelos constantes dos Anexos 13, 14 e 15 do Anexo III , com comprovação documental do atendimento dos requisitos para classificação do estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, IV)

§ 1º Na hipótese de pedido de habilitação de um estabelecimento hospitalar como Centro de Trauma Tipo II ou Tipo III, além dos documentos previstos no "caput" o requerente deverá informar o número de leitos de UTI ou de leitos

de retaguarda ao paciente com trauma. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 1º)

§ 2º Na hipótese de algumas atividades exigidas para habilitação serem realizadas por outros estabelecimentos hospitalares, além dos documentos previstos no "caput" o requerente deverá encaminhar termo de compromisso conforme modelo constante do Anexo 16 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 2º)

§ 3º Os entes federativos e regiões de saúde que ainda não dispuserem de PAR, conforme descrito no inciso I do "caput", mas que forem considerados estratégicos para implantação da Linha de Cuidado ao Trauma conforme pactuação da CIB e CIR, poderão pleitear a habilitação para Centro de Trauma Tipo I, II ou III com dispensa da apresentação do documento de que trata o inciso I do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no § 3º e para suprir a dispensa do documento de que trata o inciso I do "caput", o o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar à CGMAC/DARAS/SAS/MS as seguintes documentações específicas: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º)
I - comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da RUE; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, I)

II - comprovação da existência de pontos de atenção de UPA 24hs e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da RUE; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, II)

III - expediente ou Termo de Compromisso do gestor local de saúde que comprove articulação assistencial entre SAMU 192, UPA 24 horas ou do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da RUE, unidades hospitalares de retaguarda e outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instalados na região. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 20, § 4º, III)

Art. 116. O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS), avaliará a documentação encaminhada pela Secretaria de Saúde interessada, sendo que poderá realizar vistoria "in loco" a qualquer tempo para avaliação do cumprimento ou não dos requisitos exigidos para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 21)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde poderá efetuar diligências e solicitar do requerente documentos e outras providências para subsidiar a análise do pedido de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 117. Em caso de manifestação favorável da CGMAC/DARAS/SAS/MS a respeito do pedido de habilitação, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as providências para a publicação de portaria de habilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 22)

Art. 118. Em caso de manifestação desfavorável da CGMAC/DARAS/SAS/MS, a SAS/MS comunicará, por expediente físico, o resultado da análise à Secretaria de Saúde interessada. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 23)

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1366/2013, CAPÍTULO V)

Art. 119. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos requisitos de habilitação pelos estabelecimentos hospitalares e a efetiva realização dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, além dos seguintes itens de desempenho dos Centros de Trauma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28)

I - cumprimento da Linha de Cuidado ao Trauma; (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28, I)

II - submissão à auditoria do gestor local de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28, II)

III - regulação integral pelas Centrais de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 28, III)

Art. 120. O monitoramento e a avaliação a que se refere o art. 119 será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos financeiros previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. Sem prejuízo do disposto no "caput" deste artigo, os Centros de Trauma poderão ser monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

I - visitas "in loco" pelas Secretarias de Saúde estaduais, Distrital e municipais, bem como pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único, I)

II - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 29, Parágrafo Único, II)

Art. 121. O repasse do incentivo financeiro será imediatamente interrompido quando constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação e das demais condições previstas no art. 119. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 30)

Parágrafo Único. Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação de Centro de Trauma, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os

requisitos previstos neste Título, caso em que o custeio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Art. 30, Parágrafo Único)

TÍTULO VII
DOS CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (CIATox)

Art. 122. Ficam instituídos os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox) como estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma, da Rede de Atenção as Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 1º)

Parágrafo Único. Nas localidades onde não houver plano da RUE aprovado caberá ao gestor manifestar o interesse pela adesão do CIATox à rede assistencial de urgência e emergência existente. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 123. A integração dos centros à linha de cuidado ao trauma da RUE se dará pela manifestação formal do gestor local junto à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 2º)

Art. 124. Os Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), constantes do Anexo 17 do Anexo III farão jus ao recebimento do incentivo financeiro, como forma de apoio à manutenção dos respectivos CIATox, nos termos da Seção XIII do Capítulo II do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 3º)

Art. 125. Para fins do Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), define-se: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º)

I - Assistência Toxicológica: um conjunto de ações e práticas a nível individual e coletivo, relacionadas às exposições às substâncias químicas, toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas, envolvendo a promoção e a vigilância da saúde e a prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, I)

II - Intoxicação: é um conjunto de sinais e sintomas provocados pela exposição às substâncias químicas e envenenamento por toxinas de animais peçonhentos e plantas tóxicas; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, II)

III - Centro de Informação e Assistência Toxicológica: unidades de saúde, de referência em Toxicologia Clínica no SUS, com atendimento em regime de plantão permanente por teleconsultoria e ou presencial, com o objetivo de prover informação toxicológica aos profissionais de saúde e às instituições e prestar assistência às pessoas expostas e/ou intoxicadas, visando à redução da morbimortalidade. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 4º, III)

Art. 126. São consideradas atividades essenciais dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º)

I - Produção e disseminação de informações, com destaque para diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção das intoxicações agudas e crônicas e os riscos que elas ocasionam à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, I)

II - Produção e disseminação de informações para orientação à rede assistencial sobre reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas, sobre o uso racional de medicamentos na gestação, lactação, por idosos; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, II)

III - Suporte clínico a profissionais de saúde na avaliação de gravidade das intoxicações agudas e crônicas para o correto encaminhamento para unidades referenciadas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, III)

IV - Notificação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, IV)

V - Prevenção de doenças e agravos; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, V)

VI - Promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 5º, VI)

Art. 127. São consideradas atividades opcionais dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica: (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º)

I - Busca ativa de casos de interesse para Saúde Pública com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, I)

II - Investigação de eventos de interesse para a Saúde Pública, com destaque para intoxicações agudas e crônicas; (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, II)

III - Suporte e análise laboratorial para os casos de intoxicação agudas e crônicas; e (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, III)

IV - Assistência à saúde da população em geral em casos de intoxicação aguda ou crônica. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 6º, IV)

Art. 128. A Secretaria de Atenção Saúde, do Ministério da Saúde, coordenará o processo de instituição dos CIATox na RUE. (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Art. 8º)

TÍTULO VIII

DA LINHA DE CUIDADOS EM AVC E DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 128. Este Título dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 1º)

Art. 129. Os Centros de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC integram a Linha de Cuidados em AVC e são componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 3º)

Art. 130. Para fins de tratamento aos pacientes com AVC, os Centros de Atendimento de Urgência serão classificados como Tipo I, Tipo II ou Tipo III. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I

DA HABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES COMO CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC NO ÂMBITO DO SUS
(Origem: PRT MS/GM 665/2012, CAPÍTULO I)

Art. 131. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo I os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumpram os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º)
I - realizar atendimento de urgência 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, I)

II - realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas 24 (vinte e quatro) horas do dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, II)

III - dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, III)

IV - disponibilizar protocolos clínicos e assistenciais escritos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, IV)

V - possuir leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico 24 (vinte e quatro horas) por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VI)

VI - realizar serviço de laboratório clínico em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VIII)

VII - fornecer cobertura de atendimento neurológico, disponível em até 30 (trinta) minutos da admissão do paciente (plantão presencial, sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

VIII - possuir Unidade de Tratamento Intensivo (UTI); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

IX - dispor de equipe neurocirúrgica 24 (vinte e quatro) horas/dia, seja ela própria, presencial ou disponível em até 2 (duas) horas, ou referenciada, disponível em até 2 (duas) horas; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

X - realizar tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 1º Entende-se por telemedicina/telessaúde para tratamento agudo do AVC a utilização de sistemas de comunicação ou teleconferência que incluam ou não o compartilhamento de vídeo, som e dados de neuroimagem, permitindo a avaliação remota de um paciente com suspeita de AVC por um neurologista com experiência em AVC, preferencialmente vinculado a um Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 1º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 2º Na avaliação referida no § 1º do art. 5º, o sistema de comunicação ou teleconferência deve permitir que o neurologista realize: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)
I - checagem da história clínica e do exame neurológico, se necessário, do referido paciente, conversando ou visualizando e, sobretudo, interagindo em tempo real com o paciente e a equipe médica à distância para o cuidado ao paciente com AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, I)

II - deve-se avaliar, em tempo real, a neuroimagem realizada logo após sua aquisição no equipamento remoto (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), através de um software de transmissão de imagem, com visualizador que tenha ajuste do centro e largura da janela da imagem e transferência de dados segura, quando necessitar de trombólise; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, II)

III - todo o cuidado ao paciente com AVC para redução da morbidade e sequelas, considerando seus riscos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 5º, § 2º, III)

Art. 132. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo II os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que cumpram todos os requisitos exigidos no art. 131 e que disponham de: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º)
I - Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), que deverá: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I)
a) possuir área física definida com, no mínimo, cinco leitos exclusivamente destinados ao atendimento do paciente com AVC agudo (isquêmico, hemorrágico ou acidente isquêmico transitório); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, a)

b) realizar atendimento ao paciente com AVC agudo até setenta e duas horas de internação oferecendo, inclusive, tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, b)

c) realizar atendimento de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, c)

d) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, I, d)

II - realização dos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II)
a) Eletrocardiograma (ECG); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, a)

b) serviço de laboratório clínico em tempo integral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, b)

c) serviço de radiologia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, II, c)

III - garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do Anexo 21 do Anexo III , aos seguintes procedimentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III)
a) ressonância magnética; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, b)

b) angioressonância; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, c)

c) ecodoppler transcraniano; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, d)

d) neuroradiologia intervencionista; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, e)

e) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 800/2015)

f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, f) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

g) angiografia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, III, g) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 1º Entende-se por U-AVC Agudo, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado aos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e oferecer tratamento trombolítico endovenoso. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Cada U-AVC Agudo deve possuir os seguintes recursos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º)
I - recursos humanos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I)
a) um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, a)

b) médico 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, b)

c) enfermeiro 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, c)

d) um técnico de enfermagem exclusivo para cada 4 (quatro) leitos, 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, d)

e) suporte diário de fisioterapeuta; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, e)

f) suporte diário de fonoaudiólogo; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, f)

g) suporte de neurologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, I, g)

II - recursos materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II)
a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, a)

b) um estetoscópio por leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, b)

c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, §

2º, II, c)

d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, d)

e) materiais para aspiração; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, e)

f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f)
1. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 1)

2. cabos e lâminas de laringoscópio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 2)

3. tubos/cânulas endotraqueais; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 3)

4. fixadores de tubo endotraqueal; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 4)

5. cânulas de Guedel; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 5)

6. fio guia estéril; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, f, 6)

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, g)

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, h)

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, i)

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, j)

k) cilindro transportável de oxigênio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, k)

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada 3 (três) leitos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, l)

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 2º, II, m)

§ 3º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação descritos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Agudo no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 6º, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

Art. 133. Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, os estabelecimentos hospitalares que cumprirem todos os requisitos exigidos nos arts. 131 e 132 do Anexo III e que disponham de: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º)
I - Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral), que inclui a Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, I)

II - no mínimo, 10 (dez) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, II)

III - atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitarem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido por suporte com cuidados paliativos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, III)

IV - tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, IV)

V - ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, para dar suporte à RUE; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, V)

§ 1º Entende-se por U-AVC Integral, unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 (quinze) dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A U-AVC Integral deve possuir os seguintes recursos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º)
I - recursos humanos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I)
a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, a)

b) um médico, 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, b)

c) suporte de neurologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, inclusive feriados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, c)

d) um enfermeiro exclusivo na unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, d)

e) um técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, e)

f) um fisioterapeuta para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, f)

g) um fonoaudiólogo para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, g)

h) um terapeuta ocupacional para cada 10 (dez) leitos, 6 (seis) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, h)

i) um assistente social, 6 (seis) horas por dia, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, i)

j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, I, j)

II - recursos materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II)
a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, a)

b) um estetoscópio por leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, b)

c) 2 (dois) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada 3 (três) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, c)

d) 50% (cinquenta por cento) dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial não invasiva; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, d)

e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, e)

f) 1 (uma) máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, f)

g) materiais para aspiração; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, g)

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, h)

i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i)
1. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 1)

2. cabos e lâminas de laringoscópio; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 2)

3. tubos/cânulas endotraqueais; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 3)

4. fixadores de tubo endotraqueal; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 4)

5. cânulas de Guedel; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 5)

6. fio guia estéril; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, i, 6)

j) 1 (um) equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, j)

k) 1 (um) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, k)

l) 1 (uma) maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 10 (dez) leitos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, l)

m) cilindro transportável de oxigênio. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 2º, II, m)

§ 3º A U-AVC Integral deve monitorar e registrar os seguintes indicadores assistenciais e de processo: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º)
I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, I)

II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, II)

III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, III)

IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IV)

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, V)

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VI)

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VII)

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, VIII)

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, IX)

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, X)

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XI)

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XII)

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 3º, XIII)

§ 4º As unidades da federação que não cumprirem os critérios de habilitação definidos neste artigo e tiverem necessidade de U-AVC Integral no contexto da Rede de Urgência e Emergência poderão solicitar a referida habilitação, que será analisada e definida pelo Ministério da Saúde em ato específico. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 7º, § 4º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

Art. 134. Para a habilitação em Centro de Atendimento de Urgência Tipo I, II e III aos pacientes com AVC junto ao Ministério da Saúde, os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais deverão encaminhar a respectiva solicitação, por meio de ofício, à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS) com as seguintes documentações: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º)
I - cópia do Plano de Ação Regional (PAR) aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou equivalente, submetido ao Ministério da Saúde, ou expediente que comprove elaboração do PAR da Rede de Urgência e Emergência e a resolução da CIB aprovando a habilitação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, I)

II - Termo de Compromisso assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal por meio do qual se obriga a estabelecer e adotar a Linha de Cuidado em AVC e o PCDT - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, constante do Plano de Ação Regional da RUE, com realização de ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, II)

III - Formulário para Vistoria do Gestor - Normas de Classificação e Habilitação de Centro de Atendimento de Urgência assinado pelo Gestor Municipal e/ou Estadual e Distrito Federal do SUS, conforme modelos constantes dos Anexos 18, 19 e 20 do Anexo III , com comprovação do cumprimento das exigências para habilitação; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, III)

IV - atualização das informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, IV)

§ 1º Em caso de solicitação de habilitação para Centro de Atendimento de Urgência Tipo II ou Tipo III aos Pacientes com AVC, também deverá ser informado o número de leitos da Unidade de Cuidado Agudo ao paciente com AVC ou da Unidade de Cuidado Integral ao paciente com AVC. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde avaliará a documentação encaminhada pelo Gestor local do SUS, que poderá realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Caso o resultado da avaliação do pedido de habilitação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as providências para a publicação de portaria de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Em caso de pendências, o Ministério da Saúde encaminhará ao Gestor local do SUS ofício para conhecimento e providências para regularização. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 4º)

§ 5º Caso o resultado da avaliação do pedido de habilitação seja desfavorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) comunicará ao Gestor local do SUS. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 5º)

§ 6º As localidades e regiões que ainda não dispuserem do PAR, conforme descrito em inciso I do "caput", e forem consideradas estratégicas para implantação da Linha de Cuidado ao AVC pelos gestores estaduais e municipais,

poderão pleitear habilitação para o Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III, mediante a apresentação dos documentos descritos no § 7º deste artigo e parecer técnico da CGMAC/DAET/SAS/MS, além do cumprimento das regras desta Portaria, com exceção do inciso I do "caput" do presente artigo. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 6º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)

§ 7º Para o cumprimento do § 6º do "caput" deste artigo, os gestores deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 800/2015)
I - comprovação da cobertura do componente SAMU 192 da Rede de Urgência e Emergência; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, I)

II - comprovação da existência de pontos de atenção de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviços de urgências; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, II)

III - cobertura mínima, pela Atenção Básica, de 50% (cinquenta por cento) da população; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, III)

IV - expediente ou termo de compromisso que comprove articulação com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares de retaguarda e com outros serviços de atenção à saúde para promoção da reabilitação, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenando tais fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica instaladas na região; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, IV)

V - expediente que comprove a aprovação da CIR e da CIB para a referida implantação da Linha de Cuidado ao AVC e habilitação do respectivo Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC Tipo I, II ou III. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 8º, § 7º, V)

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 665/2012, CAPÍTULO III

Art. 135. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS) fica acrescida do procedimento "Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico - Código 03.03.04.030-0", nos termos do Anexo LXXXIX da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 13)

Parágrafo Único. São excludentes entre si os procedimentos 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo) e 03.03.04.030-0 - Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico, previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 136. Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS devem submeter-se à regulação, controle e avaliação dos respectivos gestores, os quais são responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14)
I - avaliação permanente da estrutura e equipe dos serviços habilitados para prestar este tipo de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, I)

II - avaliação da compatibilidade entre a estrutura e equipe autorizadas a prestar os serviços e a respectiva produção; (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, II)

III - avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos, observando-se também a frequência esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos) correlacionados; e (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, III)

IV - avalição da qualidade dos serviços prestados. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, IV)

§ 1º Os serviços de saúde autorizados a prestar assistência aos pacientes acometidos por AVC no âmbito do SUS deverão observar a Linha de Cuidados em AVC e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo, instituído por meio da Portaria nº 664/GM/MS, de 12 de abril de 2012. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º O controle, a avaliação e a auditoria deverão utilizar como parâmetro a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 - Tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico e do procedimento 03.03.04.014-9 - Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC (isquêmico ou hemorrágico agudo), devendo a frequência do procedimento 03.03.04.030-0 representar até vinte por cento da soma das duas frequências em cada estabelecimento de saúde habilitado. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 14, § 2º)

Art. 137. Fica aprovada a Linha de Cuidados em AVC, a ser observada por todos os serviços habilitados nos termos deste Título, cujo conteúdo encontrar-se-á disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Art. 16)

TÍTULO IX
DA LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) E DO PROTOCOLO CLÍNICO SOBRE SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS (SCA)

Art. 138. Fica aprovada a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo Clínico sobre SCA de que trata este artigo encontram-se disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 139. Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos contidos no Anexo XIV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os procedimentos indicados pelo Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 6 são excludentes entre si. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 140. Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS os atributos dos procedimentos de acordo com o Anexo XVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 3º)

Art. 141. Garanti, na alta hospitalar, a continuidade do uso da medicação clopidogrel (75 mg) para que o paciente faça uso diário por trinta (30) dias da referida medicação, conforme protocolo clínico supracitado. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. : A medicação clopidogrel será fornecida pelo hospital quando da internação do paciente, conforme protocolo clínico, e o hospital deverá fornecê-la ao paciente por mais 30 dias da alta, até que seja adquirido pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 142. Fica instituída, no âmbito do SUS, a Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO), na forma do Anexo XIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º)

§ 1º Entende-se por Unidade de Terapia Intensiva Coronariana, ou simplesmente, Unidade Coronariana (UCO), a unidade de terapia intensiva dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo, necessariamente, dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A UCO deverá ser habilitada como Leito de Terapia Intensiva Coronariana - UCO tipo II ou tipo III, de acordo com os critérios de habilitação de Unidade de Terapia Intensiva - UTI tipo II ou tipo III dispostos na Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 143. Será publicada em portaria específica a operacionalização das terapias medicamentosas ora incluídas para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), previstos na Linha de Cuidado do IAM e Protocolo da Síndrome Coronariana Aguda. (Origem: PRT MS/GM 2994/2011, Art. 10)

TÍTULO X
DO CUIDADO PROGRESSIVO AO PACIENTE CRÍTICO OU GRAVE

Art. 144. Fica aprovado, na forma do anexo, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidado Intermediário Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. As Unidades de Terapia Intensiva e as Unidades de Cuidados Intermediários devem articular uma linha de cuidado progressivo, de acordo com a condição clínica e complexidade do cuidado do paciente. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 145. A Secretaria de Atenção à Saúde regulamentará os procedimentos hospitalares do SIH/SUS das Unidades de Cuidados Intermediário Adulto e Pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 2º)

Art. 146. As habilitações vigentes à data de publicação da Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017 classificadas como 26.96 - UTI Adulto Tipo I e 26.98 - UTI Pediátrica Tipo I serão classificadas respectivamente em UCI-a e UCI-ped. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 3º)

Parágrafo Único. Serão excluídos da Tabela de Leitos Complementares do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os tipos de leitos de UTI Adulto Tipo I (26.96) e UTI Pediátrica Tipo I (26.98) e incluídos os tipos de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Adulto (UCI-a) e Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico (UCI-ped), cabendo ao gestor competente (Estado ou Município) do SUS a inserção dos respectivos leitos no campo Leito Complementar - módulo "Leitos Existentes". (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 147. As Unidades de Terapia Intensiva atualmente habilitadas como Tipo II ou Tipo III, permanecerão como tal. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 4º)

Art. 148. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS), para o cumprimento do disposto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 895/2017, Art. 5º)

TÍTULO XI
DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS PARA RETAGUARDA À REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) E DEMAIS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 149. Este Título estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 1º)

Art. 150. Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º)
I - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, I)

II - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 2º, II)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO I)

Art. 151. As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 3º)

Art. 152. Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 4º)

Art. 153. Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, restritos ao leito, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 154. São diretrizes dos Cuidados Prolongados: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º)
I - prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, bem como para a recuperação de sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, I)

II - equidade no acesso e atenção prestada em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, II)

III - garantia de cuidado por equipe multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, III)

IV - incentivo à autonomia e autocuidado do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IV)

V - articulação entre as equipes multidisciplinares das UCP com as equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar, centros de referência em reabilitação, bem como com outras equipes que atuem nos demais pontos de atenção do território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e a continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, V)

VI - garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, nos termos do Capítulo III do Título XI do Livro II; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VI)

VII - eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VII)

VIII - corresponsabilizaçao da família no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, VIII)

IX - intersetorialidade; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, IX)

X - acessibilidade. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 6º, X)

Art. 155. Os Cuidados Prolongados têm como finalidade: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º)
I - desenvolver um sistema diferenciado de cuidados por meio da introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sóciodemográficas e epidemiológicas da população; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, I)

II - garantir o acolhimento, acessibilidade e humanização do cuidado ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, II)

III - reabilitar o usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, III)

IV - avaliar, de forma global, por meio de atuação multidisciplinar integrada, as necessidades do usuário, considerando sua situação de dependência e os seus objetivos de funcionalidade e autonomia definidos periodicamente;

(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IV)

V - incentivar e apoiar a adaptação dos usuários à incapacidade e aprendizagem do autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, V)

VI - acompanhar o usuário em situação de dependência por meio de Plano Terapêutico, especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VI)

VII - promover a continuidade do acompanhamento do usuá- rio após a alta hospitalar, de forma a possibilitar a revisão de diag- nóstico, a reavaliação de riscos e a adequação de condutas entre os especialistas envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VII)

VIII - apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, VIII)

IX - orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, IX)

X - buscar a integralidade da assistência atuando de forma articulada às demais equipes de atenção à saude atuantes no território; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, X)

XI - diminuir a ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XI)

XII - reduzir as internações recorrentes ocasionadas por agravamento de quadro clínico dos usuários em regime de atenção domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XII)

XIII - aumentar a rotatividade dos leitos de retaguarda clínica para quadros agudos e crônicos reagudizados. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 7º, XIII)

CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PROLONGADOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II)

Art. 156. Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º)

I - Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como Serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, I)

II - Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, II)

§ 1º As UCP devem possuir entre quinze e vinte e cinco leitos para tratamento prolongado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O HCP constitui-se em um estabelecimento cuja capacidade instalada total seja direcionada para essa finalidade, com, no mínimo, quarenta leitos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 8º, § 2º)

Art. 157. As UCP e o HCP terão acessibilidade e contarão com Sala Multiuso de Reabilitação, espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º)

§ 1º As UCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I e os HCP deverão contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II, de acordo com estabelecido no Anexo 22 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para os fins deste Título, acessibilidade é entendida como a presença de condições necessárias para que o usuário realize qualquer movimentação ou deslocamento dentro de suas capacidades individuais, por seus próprios meios ou com o auxílio de um profissional, familiar ou cuidador, em condições seguras, mesmo que para isso necessite de aparelhos ou equipamentos específicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 9º, § 2º)

Seção I
Da Equipe Multidisciplinar
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 158. As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10)

I - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, I)

II - enfermeiro: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, II)

III - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, III)

IV - assistente social: vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, IV)

V - fisioterapeuta: sessenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, V)

VI - psicólogo: vinte horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VI)

VII - fonoaudiólogo: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, VII)

Parágrafo Único. Os usuários das UCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 159. Os HCP deverão possuir toda a estrutura necessária para o funcionamento de um estabelecimento hospitalar, segundo legislação vigente, e para cada módulo com quarenta leitos, uma equipe multiprofissional com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11)
I - médico plantonista disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, I)

II - médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, II)

III - enfermeiro: oitenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, III)

IV - enfermeiro plantonista noturno disponível nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IV)

V - técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, V)

VI - assistente social: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VI)

VII - fisioterapeuta: cento e vinte horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VII)

VIII - psicólogo: quarenta horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, VIII)

IX - fonoaudiólogo: sessenta horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, IX)

X - terapeuta ocupacional: trinta horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, X)

Parágrafo Único. Os usuários dos HCP de que trata este artigo deverão contar com acesso a outras especialidades médicas, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 160. As equipes multiprofissionais deverão desenvolver um trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas que resultem no atendimento humanizado e resolutivo, de acordo com as condições do usuário hospitalizado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12)

§ 1º As equipes multiprofissionais serão organizadas de forma horizontalizada e funcionarão nos sete dias da semana, com retaguarda de plantonista médico e enfermeiro no estabelecimento hospitalar durante a noite e nos finais de semana. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 1º)

§ 2º Entende-se por horizontalizada a forma de organização do trabalho em saúde na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 12, § 2º)

Art. 161. São atribuições da equipe multidisciplinar: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13)

I - avaliação global do usuário no momento da internação ou reinternação em conjunto, quando couber, com as equipes: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I)

a) da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, a)

b) do Leito de Retaguarda; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, b)

c) da Unidade de Pronto Atendimento (UPA); e/ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, c)

d) do Serviço de Atenção Domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, I, d)

II - utilização de protocolos de acesso regulado, em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, II)

III - elaboração de Plano Terapêutico, quando couber, permitindo-se tratamento e controle de sintomas e/ou sequelas do processo agudo ou crônico, visando à reabilitação funcional parcial ou total; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, III)

IV - utilização de prontuário clínico unificado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IV)

V - identificação precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, V)

VI - articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica, inclusive as da Atenção Domiciliar, para o planejamento da alta hospitalar em tempo oportuno; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VI)

VII - elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VII)

VIII - orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, VIII)

IX - articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, IX)

X - participação nos processos formativos da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, X)

§ 1º A Educação Permanente em Saúde da equipe multidisciplinar tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º)

I - assegurar que todos os profissionais envolvidos com o cuidado dos usuários hospitalizados nas UCP e HCP e que prestam cuidado direto às pessoas em situação de dependência disponham das competências necessárias ao adequado exercício de suas funções; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, I)

II - contribuir para a formação, capacitação e atualização dos profissionais do SUS, especialmente dos profissionais que: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II)
a) estejam vinculados a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, a)

b) estejam vinculados à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, b)

c) atuem nas demais unidades de internação do hospital onde estará vinculada a UCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, c)

d) atuem na área de Atenção Básica, inclusive atenção domiciliar, na prestação de assistência aos usuários com necessidade de cuidados prolongados; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, II, d)

III - integrar a produção de conhecimento científico com vistas à qualificação da equipe multidisciplinar, com temas essenciais para a garantia da qualidade da prestação dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, III)

IV - desenvolver a prática do ato de cuidar, que envolve sentimentos, atitudes e ações, devido ao grande impacto emocional no usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 1º, IV)

§ 2º Os gestores de saúde e os prestadores de serviços hospitalares são responsáveis pela incorporação de estratégias de educação permanente em saúde para os seus profissionais das UCP e HCP por meio de cursos, oficinas pedagógicas, supervisão e treinamento, com temas relevantes para equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 13, § 2º)

Seção II
Da Regulação do Acesso
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 162. Para internação em UCP e HCP, o usuário poderá ser procedente de: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14)

I - unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, I)

II - unidades ambulatoriais de reabilitação; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, II)

III - atenção básica, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade para essa tipologia de cuidado estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 14, III)

Art. 163. A internação do usuário em UCP e HCP seguirá as definições estabelecidas pelo gestor local de saúde, observado o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15)

I - a internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas no art. 162 à Central de Regulação, ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, I)

II - a Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, II)

III - obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem a UCP ou HCP para o qual o usuário deverá ser encaminhado; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, III)

IV - a Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 15, IV)

Seção III
Da Elegibilidade do Usuário aos Cuidados Prolongados na Rede de Atenção à Saúde
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 164. Poderá ser admitido em UCP e HCP o usuário em situação clínica estável cujo quadro clínico apresente uma das seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16)

I - recuperação de um processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, I)

II - necessidade de cuidados prolongados para reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de um processo clínico, cirúrgico ou traumatológico; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, II)

III - dependência funcional permanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, III)

§ 1º Além de apresentar pelo menos uma das características descritas no "caput", o usuário elegível para ser admitido em UCP e HCP deverá se enquadrar em pelo menos uma das seguintes situações clínicas: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º)
I - usuários em suporte respiratório, como ventilação mecânica não invasiva, oxigenoterapia ou higiene brônquica; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, I)

II - usuários submetidos a antibioticoterapia venosa prolongada, terapia com antifúngicos, dietoterapia enteral ou nasogástrica, portadores de outras sondas e drenos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, II)

III - usuários submetidos aos procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos que se encontrem em recuperação e necessitem de acompanhamento multidisciplinar, cuidados assistenciais e reabilitação físico-funcional; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, III)

IV - usuários em reabilitação motora por Acidente Vascular Cerebral (AVC), neuropatias, Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Hematoma Sub-Aracnóide Traumático (HSAT), Hematoma Sub-aracnóide Espontâneo (HSAE) e Traumatismo Raquimedular (TRM); (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IV)

V - usuários traqueostomizados em fase de decanulação; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, V)

VI - usuários que necessitem de curativos em úlceras por pressão grau III e IV; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VI)

VII - usuários sem outras intercorrências clínicas após procedimento de laparostomia; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VII)

VIII - usuários com incapacidade transitória de deambulação ou mobilidade; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, VIII)

IX - usuários com disfagia grave aguardando gastrostomia; ou (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, IX)

X - usuários, em fase terminal, desde que com agravamento do quadro, quando não necessitem de terapia intensiva. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 1º, X)

§ 2º Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 165. São inelegíveis à internação em UCP e HCP os seguintes usuários: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17)

I - com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, I)

II - cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, II)

III - que necessitem de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas equipes de atenção básica, inclusive atenção domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 17, III)

CAPÍTULO III
DA ALTA HOSPITALAR RESPONSÁVEL
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO III)

Art. 166. A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18)

Parágrafo Único. A avaliação global do usuário para a alta hospitalar responsável será realizada pela equipe multidisciplinar horizontal com vistas a identificar as estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 167. São objetivos da alta hospitalar responsável: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19)

I - promover a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, I)

II - buscar a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, II)

III - dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, III)

IV - otimizar o tempo de permanência do usuário internado; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, IV)

V - prevenir o risco de readmissões hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, V)

VI - avaliar as necessidades singulares do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VI)

VII - prevenir o risco de infecção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 19, VII)

CAPÍTULO IV
DOS PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DE LEITOS
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO IV)

Art. 168. O cálculo para estabelecer a necessidade de leitos de Cuidados Prolongados será feito de forma regional, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20)

I - a necessidade de leitos hospitalares gerais é de 2,5 (dois inteiros e cinco décimos) leitos gerais para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, I)

II - os leitos de Cuidados Prolongados corresponderão a 5,62% (cinco inteiros e sessenta e dois décimos por cento) da necessidade total de leitos hospitalares gerais, percentual que deverá ser distribuído da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II)
a) 60% (sessenta por cento) para internações em UCP e HCP; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, a)

b) 40% (quarenta por cento) para cuidados em Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, II, b)

§ 1º Em caso de inexistência de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), a Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) poderá considerar percentual diferenciado de déficit de leitos para internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no art. 168, § 1º , o Secretário de Atenção à Saúde editará, para cada caso analisado, ato específico que indique, para a respectiva entidade, qual o percentual diferenciado de déficit de leitos considerado para fins de internação em UCP ou HCP. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 20, § 2º)

CAPÍTULO V
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 169. O monitoramento consiste na verificação do cumprimento, por UCP e HCP, dos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37)

I - elaboração e/ou adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, I)

II - manutenção de equipe multiprofissional e de suporte para especialidades, conforme descrito neste Título; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, II)

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, III)

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IV)

V - articulação com a Atenção Básica, inclusive Atenção Domiciliar, de sua Região de Saúde e/ou Município; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, V)

VI - realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VI)

VII - desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde para as equipes multidisciplinares, por iniciativa das instituições hospitalares em parceria com gestores de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VII)

VIII - disponibilização de ofertas de educação em saúde e autocuidado para os usuários, familiares e cuidadores; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, VIII)

IX - regulação integral dos leitos pelas Centrais de Regulação, de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS e mediante pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, IX)

X - taxa média de ocupação de no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, X)

XI - desenvolvimento de ferramentas que auxiliem a clínica ampliada e a gestão da clínica, a exemplo do matriciamento, do Plano Terapêutico, do prontuário clínico unificado e dos protocolos clínicos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, XI)

§ 1º As UCP e HCP serão monitoradas pelos Grupos Condutores Estaduais da RUE, os quais ficarão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º)

I - avaliar o cumprimento dos requisitos previstos neste Título e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, I)

II - enviar à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, no prazo de trinta dias contado da conclusão da avaliação, relatório circunstaciado do que foi constatado nos trabalhos de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 1º, II)

§ 2º O monitoramento a que se refere o art. 169, § 1º será realizado com periodicidade máxima de 1 (um) ano, a partir do início do repasse de recursos previsto neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 2º)

§ 3º Sem prejuízo do disposto no § 1º deste artigo, as UCP e os HCP serão monitorados, em caráter complementar, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º)

I - visitas in loco pelas Secretarias de Saúde municipais, estaduais ou do Distrito Federal, bem como pelo Ministério da Saúde, quando necessárias; (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, I)

II - atuação, quando couber, do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, II)

III - avaliação do impacto epidemiológico e resolutividade da estratégia por meio de indicadores quanti-qualitativos. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 37, § 3º, III)

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 2809/2012, CAPÍTULO VII)

Art. 170. Ficam incluídas no SCNES as seguintes habilitações: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39)

I - Código 09.08 - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP); e (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, I)

II - Código 09.09 - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 39, II)

Art. 171. Os leitos de longa permanência estabelecidos na Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passam a ser denominados leitos de cuidados prolongados, pertencentes ao Componente Hospitalar da RUE. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40)

Parágrafo Único. Os leitos de que trata este artigo serão organizados em UCP ou HCP, de acordo com o estabelecido neste Título. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 40, Parágrafo Único)

Art. 172. O Ministério da Saúde disponibilizará, no prazo de quarenta dias após a data de publicação da Portaria nº 2809/GM/MS, de 07 de dezembro de 2012, Manual com Diretrizes para Organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do SUS, que servirá de apoio à implementação desses serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 41)

Art. 173. Os estabelecimentos hospitalares que contiverem UCP e HCP serão habilitados em Serviços de Assistência em Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Enteral/Parenteral, quando prestarem tais serviços. (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 42)

Art. 174. O art. 11 da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º: (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Art. 45)

LIVRO III
DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS
(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO III)

Art. 175. A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela execução de 5 (cinco) fases: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13)

I - Fase de Adesão e Diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I)

a) apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos Estados e no Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, a)

b) realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, b)

c) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c)

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, I, c, 4)

II - Fase do Desenho Regional da Rede: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II)

a) realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, a)

b) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, b)

c) aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, c)

d) elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, II, d)

III - Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III)

a) contratualização pela União, pelo Estados, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III, a)

b) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR, com apoio institucional da SES. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, III, b)

IV - Fase da Qualificação dos Componentes: a qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, IV)

V - Fase da Certificação: a certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, V)

§ 1º O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas no art. 175, I, alínea c. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 2º)

§ 3º A contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 13, § 3º)

LIVRO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1600/2011, CAPÍTULO IV)

Art. 176. Os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14)

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 2º)

§ 3º Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local). (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 3º)

§ 4º O relatório da situação da atenção estadual às urgências elaborado nos termos do art. 176, § 3º será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGUE/DAHU/SAS/MS), onde comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 4º)

§ 5º Fica recomendado que os Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 5º)

§ 6º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º)

I - Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, I)

II - Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, II)

III - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, III)

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, IV)

V - representante da Defesa Civil; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, V)

VI - representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, VI)

VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 6º, VII)

§ 7º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências tenham a seguinte composição mínima: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º)

I - Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, I)

II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências); (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, II)

III - representante do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, III)

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, IV)

V - representante da Defesa Civil Municipal; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, V)

VI - representante do gestor municipal da área de trânsito; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, VI)

VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 14, § 7º, VIII)

Art. 177. Não serão cadastradas UTI do tipo II ou III ou incluídos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 2º)

Parágrafo Único. A comprovação de que trata este artigo se dará pelo envio dos atos de instituição da Comissão, devidamente chancelados pelo responsável pela CNCDO à qual o hospital esteja vinculado, anexos ao processo de cadastramento. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 2º, § 1º)

Art. 178. Não serão cadastradas hospitais para realização de transplantes das classes I, II ou III que não comprovem, em seus processos de cadastramento, a criação e funcionamento de suas respectivas Comissões Intra-hospitalares de Transplantes. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 4º)

Art. 179. Todos os órgãos captados e retirados deverão ser destinados à respectiva Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, que os distribuirá obedecendo às listas únicas de receptores e a legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 905/2000, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO III

LISTA DOS PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA (Origem: PRT MS/GM 479/1999, Anexo 1)

Lista dos Procedimentos de Internação Hospitalar de Emergência

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
31000002	Cirurgia múltipla
31002056	Incisão e drenagem de abscesso prostático
31003044	Extração de corpo estranho na uretra com cistoscopia
31003060	Incisão e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31004040	Incisão e drenagem de abscesso da glândula de Cowper
31005012	Lombotomia
31005047	Incisão e drenagem de abscesso periuretral
31006019	Nefrectomia parcial
31006043	Incisão e drenagem de fleimão urinoso
31006086	Incisão e drenagem de abscesso do epidídimo
31007015	Nefrectomia total
31008011	Nefrolitotomia
31009034	Cistorrafia
31010016	Nefrorrafia
31010075	Tratamento cirúrgico da torção do testículo ou do cordão espermático
31011101	Tratamento cirúrgico do priaprismo
31014011	Pieloplastia
31015018	Pielostomia
31015034	Extração de corpo estranho da bexiga
31017045	Uretrorrafia
31020011	Drenagem de abscesso renal ou peri-renal
31023010	Nefrostomia percutânea
32002017	Cardiorrafia
32004010	Cardiotomia e pericardiotomia
32004044	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta abdominal
32005016	Introdução de eletrodo temporário de marca passo
32005040	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta torácica com circulação extracorpórea ou circulação assi
32006047	Tratamento cirúrgico do aneurisma periférico arterial ou venoso
32007043	Tratamento cirúrgico do aneurisma da aorta toráco abdominal com circulação extra corpórea pu coirc assistida
32008040	Tromboembolectomia de extremidades
32009046	Trombectomia ou embolectomia arterial de extremidade
32011040	Arteriorrafia

32012047	Arteriotomia exploradora de extremidades
32016042	Bypass ou endarterecomia da carótida ou vertebral
32017049	Bypass ou endarterecomia da carótida ou aorto ilíaca
32018045	Bypass ou endarterecomia de ramos supra aórticos por acesso cervical ou torácico
32019041	Bypass ou endarterecomia femoro poplíteia
32020040	Bypass ou endarterectomia renal
32030045	Trombectomia venosa
32031025	Ventriculosseptoplastia (pós infarto do miocárdio)
32031041	Ligadura das artérias ilíacas
32032048	Interrupção da veia cava ou filtro da veia cava
32033044	Ligadura de ramos da aorta abdominal
32034040	Tratamento cirúrgico da fístula artério-venosa congênita ou adquirida
32035047	Ligadura das veias esfagianas
32038046	Ligadura das veias cárdio-tuberositárias
32039042	Plastia das artérias
32040040	Ressecção do arco aórtico com enxerto
32041047	Ressecção da coarctação da aorta com ou sem enxerto
32049048	Ligadura de carótida interna e externa
32050046	Enxertos arteriais
32055048	By pass ou endarterectomia de artérias viscerais
32057040	Instalação de cateter venoso de média permanência totalmente implantável
33002118	Drenagem de abscesso subfrénico
33003033	Incisão e drenagem de abscesso lingual e sublíngual
33003041	Esofagectomia
33003092	Pancreatotomia para drenagem
33003106	Esplenectomia
33003114	Herniorrafia com ressecção intestinal (estrangulada
33004099	Pancreatectomia parcial
33004110	Herniorrafia sem ressecção intestinal (estrangulada)
33005036	Glossorrafia
33005044	Esofagogastrectomia
33005060	Apendicectomia
33006059	Gastrorrafia
33006067	Colectomia parcial (hemicolectomia)
33007047	Esofagorrafia cervical
33007055	Gastroenteroanastomose
33007063	Colectomia total
33007110	Herniorrafia diafragmática (via torácica)
33008043	Esofagorrafia torácica
33008060	Enteroanastomose (qualquer segmento)
33008078	Incisão e drenagem de abscesso anal
33010021	Incisão e drenagem de abscesso da parótida
33010064	Enterorrafia (qualquer segmento)
33010080	Hepatectomia parcial
33010087	Hepatotomia e drenagem de abscesso ou cisto
33012083	Hepatorrafia
33013071	Tratamento cirúrgico da imperfuração membranosa do ânus
33014043	Esofagostomia
33014060	Tratamento cirúrgico da má rotação intestinal
33014078	Tratamento cirúrgico do prolapso anal mucoso

33014116	Herniorrafia recidivante
33015066	Jejunostomia
33016046	Tratamento cirúrgico de varizes esofagianas
33016119	Laparotomia exploradora
33021066	Enterectomia
33022119	Ressutura da parede abdominal (por deiscência total ou evisceração)
33023069	Colostomia
33023077	Incisão e drenagem de abscesso isquiorretal
33025061	Redução cirúrgica de volvo por laparotomia
33026076	Retirada de fecaloma
33027064	Ileostomias
33027072	Tratamento cirúrgico da trombose hemorroidária externa
33028079	Tratamento cirúrgico do íleo meconial
33028117	Laparotomia videolaparoscópica para drenagem para drenagem e/ou biópsia
33029075	Tratamento cirúrgico da peritonite meconial
33029113	Drenagem de hematoma ou abscesso retro retal
33030111	Drenagem de hematoma ou abscesso pre-peritoneal
33032114	Drenagem de abscesso pélvico
33034060	Colorrafia por via abdominal
33040060	Excisão e drenagem de abscesso sub mucoso de reto
33041067	Proctoplastia e proctorrafia por via perineal
33044066	Apendicectomia videolaparoscópica
33044074	Tratamento cirúrgico da atresia congênita ânus retal
33045070	Tratamento cirúrgico de outras anomalias congênitas ânus-retal
34011013	Episioperineorrafia não obstétrica
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35011017	Histerectomia puerperal
35016019	Redução manual inversão uterina aguda pós-parto
35018011	Cerclagem de colo uterino
35019018	Sutura de lacerações do trajeto pélvico
36001066	Sutura de esclera
36002038	Retirada de corpo estranho da câmara anterior do olho
36002054	Retirada de corpo estranho intravítreo
36003018	Sutura de conjuntiva
36010090	Drenagem de abscesso palpebral
36013099	Sutura de pálpebra
37001019	Antrotomia da mastoide (drenagem de otite no lactente)
37001035	Incisão e drenagem de abscesso periamigdaliano
37003054	Retirada de corpo estranho na intimidade dos ossos da face
37006037	Drenagem de abscesso faríngeo
37006053	Redução cirúrgica do afundamento do malar, sem fixação
37007050	Redução cirúrgica do afundamento do malar, com fixação
37011057	Redução cirúrgica da fratura dos ossos próprios do nariz
37012045	Laringorrafia
37014056	Redução incruenta do afundamento da apófise zigomática
37015052	Redução incruenta do maxilar
37016059	Redução incruenta da luxação temporo-mandibular
37025058	Tratamento conservador da fratura dos ossos da face
37026054	Tratamento conservador da fratura dos ossos próprios do nariz
38001144	Pequeno queimado

38003147	Médio queimado
38007142	Grande queimado
38008017	Excisão e drenagem de tumor (abscesso e panarício)
38011018	Sutura de ferida com ou sem debridamento
38014017	Incisão e drenagem de fleimão
38018012	Debridamento da fasceite neocrotizante
38025019	Perda de substância cutânea – lesões extensas planos superficial
38027011	Escalpo parcial
38028018	Escalpo total
39000001	Politraumatizado
39001032	Redução cirúrgica da fratura da costela
39001083	Amputação de antebraço
39001105	Amputação ao nível dos metacarpianos
39001164	Amputação ao nível do tornozelo
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001229	Tração continua trans-esquelética
39002039	Redução cirúrgica da fratura do esterno
39002209	Retirada de corpo estranho intra muscular
39003108	Amputação do dedo (cada)
39003159	Amputação da perna
39003205	Retirada de corpo estranho intra- ósseo
39003256	Tratamento conservador da fratura do pé com bota gessada com ou sem salto
39004031	Tratamento conservador de fratura da costela
39004040	Tratamento cirúrgico da avulsão do supra espinhoso
39005038	Tratamento conservador de fratura do esterno
39005054	Desarticulação da articulação escápulo umeral
39005062	Amputação ao nível do braço
39006042	Redução cirúrgica da fratura da clavícula
39006123	Desarticulação da articulação coxo femural
39006140	Desarticulação da articulação do joelho
39006182	Drenagem de abscesso do psoas
39007049	Redução cirúrgica da fratura do colo e cavidade glenoide do omoplata
39007081	Ressecção da cabeça do rádio
39007090	Ressecção do(s) osso(s) do carpo
39007138	Tratamento cirúrgico do deslocamento epifisiário extremidade superior do femur
39008045	Redução cirúrgica da luxação acrômio clavicular
39008096	Redução cirúrgica da(s) fratura(s) do(s) osso(s) do carpo
39008142	Patelectomia
39009041	Redução cirúrgica da luxação esterno clavicular
39009050	Redução incruenta da luxação traumática da articulação escápulo-umeral
39009068	Redução cirúrgica da fratura da diáfase do úmero
39009084	Redução cirúrgica do deslocamento epifisiário dos ossos do antebraço
39009092	Redução cirúrgica da luxação do(s) osso(s) do carpo
39009114	Redução cirúrgica da fratura ao nível da pelve, com fixação
39009122	Redução cirúrgica da luxação coxo femural
39009130	Redução cirúrgica da fratura da diáfise do femur
39010058	Luxação traumática escápulo umeral (cruenta)
39010120	Redução cirúrgica da luxação coxo femoral (congênita)
39011054	Tratamento conservador da artrite piogênica escápulo umeral
39011062	Redução cirúrgica da fratura da extremidade superior do úmero com fixação

39011097	Redução incruenta da(s) fratura(s) do osso(s) do punho
39011127	Redução cirúrgica da luxação coxo femural (traumática)
39011135	Redução cirúrgica de fratura da extremidade do fêmur
39011151	Redução cirúrgica da diáfise da tíbia, com fixação
39011160	Redução cirúrgica da fratura do tornozelo, com fixação
39012050	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica escapulo umeral
39012093	Redução incruenta da luxação de osso(s) do carpo
39012115	Redução incruenta da disjunção ao nível da pelve
39012123	Redução incruenta da luxação coxo femoral (central)
39013022	Retirada de corpo estranho da coluna
39013049	Redução incruenta da luxação acrômio-clavicular
39013065	Redução cirúrgica da fratura em T ou Y da extremidade inferior
39013073	Redução cirúrgica da fratura dos ossos do cotovelo com fixação
39013081	Redução cirúrgica da fratura dos ossos do antebraço com fixação
39013090	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do carpo
39013090	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do carpo
39013111	Redução incruenta da fratura ao nível da pelve
39013120	Redução incruenta da luxação congênita coxo femoral com ou sem tração
39013138	Redução cirúrgica da fratura transtrocanteriana
39013146	Redução cirúrgica da fratura do joelho, com fixação
39013162	Redução cirúrgica da fratura – luxação do tornozelo
39013251	Tipo Velpeau (tóraco braquial)
39014045	Redução incruenta da luxação externo-clavicular
39014070	Redução cirúrgica da luxação do cotovelo
39014088	Redução cirúrgica da fratura do cúbito, com fixação
39014126	Redução incruenta da luxação coxo femoral (traumática)
39014142	Redução cirúrgica da luxação do joelho
39014177	Redução cirúrgica da fratura do(s) Redução cirúrgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixação
39015068	Redução cirúrgica da fratura supra-condiliana do úmero com fixação
39015076	Redução incruenta da luxação do cotovelo
39015122	Tratamento conservador da fratura do acetábulo
39015149	Tratamento cirúrgico da luxação recidivante da rotula
39015157	Tratamento cirúrgico do deslocamento epifisiário (extremidade inferior da tíbia)
39015165	Redução incruenta da fratura do tornozelo
39015173	Redução cirúrgica da fratura do tarso
39015254	Tratamento conservador da fratura da bacia com aparelho pelvi-podálico
39016021	Redução cirúrgica da luxação da coluna
39016048	Tratamento conservador de fratura da clavícula
39016080	Redução cirúrgica da fratura do rádio, com fixação
39016102	Redução cirúrgica da fratura de Bennet
39016110	Tratamento cirúrgico de fratura do sacro
39016145	Tratamento cirúrgico da rotura do ligamento do joelho
39016161	Redução incruenta da fratura luxação do tornozelo
39017044	Tratamento conservador de fratura da escápula
39017079	Tratamento conservador da fratura ao nível do cotovelo
39017087	Redução cirúrgica de fratura luxação de Monteggia
39017095	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica do punho
39017117	Tratamento conservador de fratura ao nível da pelve
39017125	Redução cruenta da fratura do acetábulo
39017133	Redução incruenta da extremidade inferior do fêmur

39017141	Tratamento cirúrgico da rotura dos meniscos
39017150	Redução incruenta do deslocamento epifisiário (extremidade inferior da Tíbia)
39017168	Redução incruenta da luxação do tornozelo
39017176	Redução cirúrgica da fratura do(s) pododáctilo(s)
39018024	Redução incruenta da fratura da coluna
39018040	Tratamento conservador da fratura do colo e cavidade glenoide
39018067	Redução incruenta da fratura da extremidade superior do úmero
39018075	Tratamento conservador da artrite piogênica do cotovelo
39018105	Redução cirúrgica de fratura das falanges, com fixação
39018113	Tratamento conservador da fratura ao nível da pelve sem aparelho
39018130	Redução incruenta da fratura e deslocamento epifisário do fêmur
39018148	Redução incruenta da fratura do joelho
39019020	Redução incruenta da luxação da coluna
39019063	Redução incruenta da fratura da diáfise do úmero
39019071	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica do cotovelo
39019128	Tratamento conservador da artrite piogênica coxo femoral
39019136	Redução incruenta da fratura da diáfise do fêmur
39019144	Redução incruenta da luxação do joelho
39019152	Redução incruenta da fratura da tíbia
39019160	Tratamento conservador da fratura do tornozelo
39019179	Redução cirúrgica da luxação do(s) metatarsiano(s)
39019250	Pescoço (torcicolo) aparelho gessado
39020029	Tratamento conservador da fratura da coluna, com aparelho
39020061	Redução incruenta da fratura supracondidilianas do úmero
39020100	Redução cirúrgica da fratura dos metacarpianos com fixação
39020126	Tratamento cirúrgico da artrite piogênica coxo femoral
39020134	Redução incruenta da fratura do colo do fêmur
39020142	Tratamento conservador da fratura do joelho
39020169	Tratamento cirúrgico da lesão dos ligamentos do tornozelo
39020177	Redução cirúrgica da luxação do tarso
39021025	Tratamento conservador da fratura da coluna, sem aparelho
39021084	Redução incruenta do deslocamento epifisiário dos ossos do antebraço
39021130	Redução incruenta da fratura transtrocanteriana
39021149	Tratamento conservador da rotura do ligamentos do joelho
39021157	Tratamento conservador da fratura do perônio
39021165	Tratamento conservador da artrite piogênica do tornozelo
39021173	Redução cirúrgica da luxação do(s) pododáctilo(s)
39022021	Tratamento conservador da fratura das apófises transversas e espinhosas
39022080	Redução incruenta das fraturas do cúbito
39022102	Redução cirúrgica da luxação das falanges
39022153	Tratamento conservador da fratura da tíbia
39023060	Tratamento conservador da fratura da díafise do úmero
39023087	Redução incruenta da fratura do rádio
39023109	Redução cirúrgica da luxação dos metacarpianos
39023150	Tratamento conservador da fratura da tíbia e perônio
39024067	Tratamento conservador da fratura da extremidade superior do úmero
39024083	Redução incruenta da fratura dos ossos do antebraço
39024130	Tratamento conservador da fratura da diáfise do fêmur
39025020	Redução incruenta de luxação do cóccix
39025080	Redução incruenta da fratura luxação de Monteggia

39025136	Tratamento conservador da fratura da extremidade inferior do fêmur com aparelho
39025179	Redução incruenta da fratura do(s) metatarsiano(s)
39026086	Tratamento conservador da(s) fratura(s) de um ou dois ossos do antebraço
39026108	Redução incruenta da fratura de Bennet
39026132	Tratamento conservador fratura ao nível da extremidade superior do fêmur com aparelho
39026175	Redução incruenta de fratura do(s) osso(s) do tarso
39027104	Redução incruenta de fratura do(s) metacarpiano(s)
39027139	Tratamento conservador da fratura da extremidade superior do fêmur sem aparelho
39027171	Redução incruenta de fratura do(s) pododactilo(s)
39028100	Redução incruenta da luxação da(s) falange(s)
39028178	Redução incruenta da luxação do(s) metatarsiano(s)
39029107	Redução incruenta da luxação do(s) metacarpiano(s)
39029131	Tratamento conservador da avulsão do grande trocanter
39029174	Redução incruenta da luxação do(s) osso(s) do tarso
39030130	Tratamento cirúrgico da avulsão do grande trocanter
39030172	Redução incruenta da luxação do(s) pododactilo(s)
39031101	Tratamento conservador da fratura da(s) falange(s)
39031136	Tratamento conservador da avulsão do pequeno trocanter
39031179	Tratamento conservador da fratura do(s) metatarsiano(s)
39032108	Tratamento conservador da fratura do(s) metacarpiano (s)
39032132	Tratamento cirúrgico do deslocamento da epífise femoral superior (epifisiólise)
39032175	Tratamento conservador da fratura do(s) osso(s) do pé
39033104	Tratamento conservador da osteomielite aguda dos ossos da mão
39033171	Tratamento conservador da fratura do(s) pododactilo(s)
39033171	Tratamento conservador da fratura do(s) pododactilo(s)
39034100	Redução incruenta da fratura da(s) falange(s)
39038173	Tratamento conservador da fratura do astrágalo
39039170	Tratamento conservador da fratura do calcâneo
40003035	Laminectomia descompressiva
40004015	Craniotomia descompressiva
40004031	Laminectomia para abscesso extradural
40006034	Laminectomia para lesão traumática meningo-medular
40007014	Craniotomia para remoção de corpo estranho intracraniano
40008045	Neurorrafia múltipla
40009017	Craniotomia para abscesso cerebral
40009041	Neurorrafia única
40013049	Microcirurgia de nervos periféricos
40038017	Tratamento cirúrgico do hematoma subdural
40039013	Tratamento cirúrgico do hematoma extradural
40040011	Tratamento cirúrgico do hematoma intracerebral
40046010	Tratamento cirúrgico da fratura da abóbada craniana sem lesão encefálica
40047016	Trépano punção e drenagem de abscesso cerebral
40055019	Tratamento cirúrgico do afundamento do seio frontal
40060012	Trepanação craniana para propedêutica neurocirúrgica
42001056	Mediastinotomia para drenagem
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002052	Mediastinotomia exploradora trans-external
42003075	Incisão e drenagem de abscesso da mama
42004039	Traqueotomia (inclusive curativos)
42006015	Pneumotomia com ressecção costal para drenagem cavitária de abscesso pulmonar

42006066	Toracoplastia (qualquer técnica)
42007011	Pneumotomia com retirada de corpo estranho
42007062	Toracotomia exploradora
42008069	Toracotomia com drenagem fechada
42013011	Sutura pulmonar com pleurodese
44001053	Redução incruenta da fratura unilateral da mandíbula
44002050	Redução incruenta da fratura bilateral da mandíbula
44003056	Redução cruenta da fratura unilateral da mandíbula
44004044	Excisão e sutura de lesão da boca
44004052	Redução cruenta da fratura bilateral da mandíbula
44005059	Redução cruenta da fratura cominutiva da mandíbula
44007051	Redução incruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort II
44008058	Redução incruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort III
44009054	Redução cruenta da fratura do maxilar superior Le Fort III, com aparelho de contenção
44010052	Redução cruenta da fratura do maxilar superior – Le Fort III
44011040	Incisão e drenagem de abscesso da boca
44011059	Redução incruenta da fratura do malar com aparelho de contenção
44012055	Redução cruenta fratura do malar com aparelho de contenção
44013051	Redução incruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s) unilateral
44014058	Redução incruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s) bilateral
44015054	Redução cruenta da(s) fratura(s) alvéolo dentária(s)
69000018	Infecção do aparelho genital durante gravidez
69000026	Mastite
69000034	Infecção da parede abdominal pós-cesariana
69000042	Peritonite pós-cesariana
69000085	Hiperemese gravídica (forma grave)
69000123	Rotura prematura da membranas
69000131	Gravidez molar sem parto
71300015	Prematuridade
71300023	Tocotraumatismos
71300031	Anoxia perinatal grave
71300040	Doença hemorrágica do recém nascido
71300058	Síndrome da A. P. I do Recém Nascido (membrana hialina)
71300066	Pneumopatias agudas
71300074	Doenças hemolíticas perinatais.
71300082	Ictéricias neonatais
71300090	Infecções perinatais
71300112	Outras afecções do recém – nascido
72300019	Desidratação aguda (pediatria)
72500018	Desidratação aguda (clínica médica)
73300055	Síndrome disabsortiva (pediatria)
73300063	Mucoviscidose (pediatria)
73500038	Síndrome disabsortiva (clínica médica)
74300016	Cólera (pediatria)
74300024	Febre tifóide e outras salmoneloses (pediatria)
74300067	Gangrena gasosa (pediatria)
74300075	Peste (pediatria)
74300075	Peste (pediatria)
74300083	Brucelose (pediatria)
74000091	Listeriose (pediatria)

74300105	Difteria (pediatria)
74300113	Meningite purulenta (pediatria)
74300121	Tétano (pediatria)
74300130	Coqueluche (pediatria)
74300180	Bouba (pediatria)
74300199	Leptospirose (pediatria)
74300229	Estreptococcias (pediatria)
74300237	Estafilococcias (pediatria)
74300245	Infecção por bacilo piociânico (pediatria)
74300253	Infecções meningocócicas (pediatria)
74300270	Entero infecções (pediatria)
74300288	Intoxicação alimentar (pediatria)
74300296	Meningoencefalite a vírus (pediatria)
74300318	Sarampo (pediatria)
74300326	Caxumba (pediatria)
74300334	Mononucleose (pediatria)
74300342	Febre amarela (pediatria)
74300350	Hepatite infecciosa (pediatria)
74300369	Raiva (pediatria)
74300440	Dengue (pediatria)
74500015	Cólera (clínica médica)
74500023	Febre tifóide e outras salmoneloses (clínica médica)
74500066	Gangrena gasosa (clínica médica)
74500074	Peste (clínica médica)
74500082	Brucelose (clínica médica)
74500090	Listeriose (clínica médica)
74500104	Difteria (clínica médica)
74500112	Tétano (clínica médica)
74500163	Bouba (clínica médica)
74500171	Leptospirose (clínica médica)
74500201	Estreptocóccias (clínica médica)
74500210	Estafilococcias (clínica médica)
74500228	Infecção por bacilo piociânico (clínica médica)
74500236	Doença meningocócica (clínica médica)
74500244	Septicemia (clínica médica)
74500252	Entero infecções (clínica médica)
74500260	Intoxicação alimentar (clínica médica)
74500279	Meningoencefalite bacteriana (clínica médica)
74500287	Meningoencefalite viral (clínica médica)
74500317	Febre amarela (clínica médica)
74500325	Hepatite infecciosa (clínica médica)
74500333	Raiva (clínica médica)
74500376	Esquistossomose (clínica médica)
74500414	Meningite por fungos e outras
74500430	Hanseníase (clínica médica)
74500457	Dengue (clínica médica)
75300028	Afecções esofagianas
75300036	Abscesso hepático
75300052	Gastrite e duodenite
75300060	Obstrução intestinal

75300079	Íleo paralítico
75300087	Colite ulcerativa ou cólon irritável
75300095	Peritonite
75300109	Abscesso intestinal
75300117	Linfadenite aguda mesentérica
75300125	Colecistite aguda
75300133	Pancreatite
75300141	Megacolon
75300150	Diverticulite
75300176	Hemorragias digestivas
75500019	Afecções esofagianas
75500027	Úlcera péptica
75500035	Gastrite e duodenite
75500094	Obstrução intestinal
75500124	Hemorragias digestivas
75500132	Peritonite
75500159	Linfadenite aguda mesentérica
75500175	Atrofia amarela aguda do fígado
75500183	Hepatite aguda ou subaguda não infecciosa
75500191	Insuficiência hepática aguda
75500230	Colangite
75500248	Abscesso hepático
75500256	Coma hepático
75500272	Colecistite aguda
75500299	Afecções pancreáticas
76300021	Laringotraqueobronquite
76300030	Abscesso retrofarinfeo ou periamigdaliano
76300056	Bronquiolite aguda
76300064	Pneumonia estafilocóccica
76300072	Outras pneumonias
76300080	Broncopneumonias
76300110	Pneumotórax
76300129	Abscesso pulmonar
76300153	Broncoquiectasia
76300161	Hemorragias das vias respiratórias
76300170	Sarcoidose
76300188	Insuficiência respiratória aguda
76400077	Pneumonia do lactente
76400085	Broncopneumonia em lactente
76400271	Entero infecções em lactente
76500012	Laringotraqueobronquite
76500020	Abscesso retrofarigeo ou periamigdaliano
76500039	Pneumonia a vírus
76500047	Pneumonia bacteriana
76500055	Pneumonia estafilocóccica
76500063	Pneumonia não especificada
76500071	Broncopneumonia
76500110	Cor pulmonale descompensado
76500136	Pneumotórax
76500144	Abscesso pulmonar

76500179	Micoses pulmonares
76500187	Bronquiectasia
76500195	Hemorragias das vias respiratórias
76500217	Sarcoidose
76500241	Mucoviscidose
77300017	Doença reumática com comprometimento cardíaco
77300025	Miocardite
77300033	Endocardite bacteriana aguda e sub aguda
77300041	Pericardite aguda
77300050	Insuficiência cardíaca
77300068	Crise hipertensiva
77300076	Encefalopatia hipertensiva
77300084	Hipertensão maligna
77300106	Aneurisma arterial complicado
77300114	Vasculopatia periférica
77300122	Embolias ou enfartes pulmonares
77300130	Cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca
77300149	Edema agudo de pulmão
77300165	Outras vasculopatias
77500016	Doença reumática com comprometimento cardíaco
77500024	Infarto agudo do miocárdio
77500032	Insuficiência coronariana aguda
77500067	Endocardite bacteriana aguda e subaguda
77500083	Periocardite aguda
77500091	Hemopericárdio
77500105	Aneurisma arterial complicado
77500113	Insuficiência cardíaca
77500121	Crise hipertensiva
77500130	Hipertensão maligna
77500148	Cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca
77500156	Embolias ou enfartes pulmonares
77500164	Edema agudo de pulmão
77500199	Choque por cardiovasculopatia
77500202	Vasculopatia periférica
77500229	Miocardite
77500237	Tromboflebites profundas
80300014	Síndrome nefrótica
80300022	Síndrome nefrítica
80300057	Insuficiência renal aguda
80300065	Hipertensão nefrógena e renovascular
80300073	Pielonefrite
80300081	Nefropatias intersticiais
80300090	Abscesso renal
80300103	Retenção e obstrução urinária
80300111	Cólica nefrética
80300120	Nefropatias metabólicas
80300138	Nefropatias congênitas doenças císticas
80300146	Hidronefrose e pionefrose
80300154	Insuficiência renal crônica acidose metabólica
80300189	Desequilíbrio por diálise

80500013	Síndrome nefrótica
80500021	Síndrome nefrítica
80500030	Giomerulonefrite crônica agudizada
80500056	Insuficiência renal aguda
80500064	Hipertensão neofrógena e renovascular
80500072	Pielonefrite
80500080	Nefropatias intersticiais
80500099	Abscesso renal
80500102	Retenção e obstrução urinária
80500110	Cólica nefrética
80500129	Nefropatias metabólicas
80500137	Nefropatias congênitas doenças císticas
80500145	Hidronetrose e pionefrose
80500161	Anexite aguda
80500170	Insuficiência renal crônica acidose metabólica
80500200	Desequilíbrio pós diálise
80500218	Outras afecções do aparelho gênito urinário
81300026	Hematoma subdural
81300034	Abscesso cerebral
81300042	Epilepsias
81300050	Coréia aguda
81300140	Processos toxi infecciosos do cérebro e da medula
81500025	Hematoma subdural
81500033	Abscesso cerebral
81500076	Epilepsias
81500084	Coréia aguda
81500106	AVC agudo
81500114	Polirradiculite e polineuropatia
81500149	Processos toxi infecciosos do cérebro e da medula
82300011	Disfunção tireodiana
82300020	Tireo toxicose
82300038	Diabetes insípido
82300046	Diabetes sacarino
82500010	Disfunção tireoidiana
82500029	Tireo toxicose
82500037	Tireoidite
82500045	Diabetes insípido
82500053	Diabetes sacarino
83300031	Osteomielite aguda
83500030	Osteomielite aguda
86300016	Choque anafilático
86300040	Outras doenças alérgicas
86500015	Choque anafilático
88300048	Anomalia congênita do coração e aparelho circulatório
88300129	Doença de Hirschsprung
88300234	Outras anomalias da pele, fâneros e sistema linfático
89300017	Intoxicação por medicamentos
89300025	Intoxicação por derivados de petróleo
89300033	Intoxicação por inseticida, fertilizante e adubo
89300041	Envenenamento, intoxicação por outras substâncias químicas

89300050	Intoxicação por álcool
89300068	Intoxicação por alimentos ou plantas
89300076	Intoxicação por gases ou vapores
89300084	Outras intoxicações e envenenamento
89500016	Intoxicações por medicamentos
89500024	Intoxicação por derivados de petróleo
89500032	Intoxicação por inseticida, fertilizante ou adubo
89500040	Envenenamento e intoxicação
89500059	Intoxicação por álcool
89500067	Intoxicação por alimentos ou plantas
89500075	Intoxicação por gases ou vapores
90300041	Acidente por afogamento
90300050	Acidente por mordedura de rato
90300068	Acidente causado por outros animais
90300076	Acidente por picada de animais peçonhentos
90300084	Acidente por descarga elétrica
90300092	Acidente por agentes naturais e ambientais não especificados
90300106	Acidente por aspiração ou ingestão de alimento ou objeto que provoque obstrução
90300114	Acidente por sufocação mecânica
90300122	Acidente por penetração de corpo estranho em orifícios naturais
90300130	Acidente por material explosivo
90300149	Acidente por arma de fogo
90300157	Acidente por instrumento cortante ou penetrante
90300165	Acidente por substância corrosiva
90300173	Acidente por queda
90500040	Acidente por afogamento
90500059	Acidente por mordedura de animais
90500067	Acidente por picada de animais peçonhentos
90500075	Acidente por descarga elétrica
90500083	Acidente por agentes naturais e ambientais não especificados
90500091	Acidente por aspiração ou ingestão de alimento ou objeto que provoque obstrução
90500105	Acidente por sufocação mecânica
90500113	Acidente por penetração de corpo estranho em orifícios naturais
90500121	Acidente por material explosivo
90500130	Acidente por arma de fogo
90500148	Acidente por instrumento cortante ou penetrante
90500156	Acidente por substância corrosiva
90500164	Acidente por queda
91300010	Luxação e ferimentos com grave comprometimento orgânico
91300029	Fraturas do crânio
91300037	Fratura da coluna vertebral com lesão da medula espinhal
91300045	Fraturas das costelas e esterno
91300053	Fratura dos ossos da bacia
91300061	Tratamento clínico do traumatismo crânioencefálico
91300070	Tratamento clínico dos traumatismo internos com lesão visceral
91300088	Politraumatismos
91300096	Lacerações e ferimentos de localização diversas
91300100	Lesões superficiais infectadas
91300150	Tratamento clínico da contusão cerebral
91500010	Luxações e ferimentos com grave comprometimento orgânico

91500028	Fraturas do crânio
91500036	Fraturas da coluna vertebral
91500044	Fratura da coluna vertebral com lesões de medula espinhal
91500052	Fraturas das costelas e esterno
91500060	Fraturas dos ossos da bacia
91500079	Tratamento clínico do traumatismo crânioencefálico
91500087	Tratamento clínico dos traumatismo internos com lesão visceral
91500109	Lacerações e ferimentos de localizações diversas
91500117	Lacerações e ferimentos com amputação traumática
91500141	Complicações de procedimentos cirúrgicos ou médicos
91500150	Tratamento clínico da contusão cerebral

ANEXO 2 DO ANEXO III

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Anexo 2)

TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

	Portas de Entrada		
Tipologia	**Hospital Especializado Tipo II**	**Hospital Especializado Tipo I**	**Hospital G**
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumato-ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumato-ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de refer para, no mínimo Região de Saúd conforme Plano Regional (PDR). Com cobertura populacional de mil habitantes. São estabelecim que possuem es para realizar açõ média complexi
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar con 24 horas compo clínico geral, pe cirurgião, anestesiologista enfermeiros, téc equipes para ma pacientes crítico
Incentivo Financeiro Mensal	R$ 300.000,00	R$ 200.000,00	R$ 1

ANEXO 3 DO ANEXO III

QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA (Origem: PRT MS/GM 1010/2012, Anexo 1)

QUANTITATIVOS MÍNIMOS DE PROFISSIONAIS DA SALA DE REGULAÇÃO MÉDICA

Nº de Profissionais	Médicos Reguladores(MR)		Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica(TARM)		Rádio-Operadores (RO)		Número Profis
População	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia
Até 350.000	01	01	02	01	01	01	04
350.001 a 700.000	02	02	03	02	01	01	06
700.001 a 1.500.000	03	02	05	03	01	01	09
1.500.001 a 2.000.000	04	03	06	05	01	01	11
2.000.001 a 2.500.000	05	04	07	06	02	01	14
2.500.001 a 3.000.000	06	05	07	06	02	01	14

3.000.001 a 3.750.000	07	05	10	07	03	02	20
3.750.001 a 4.500.000	08	06	13	09	04	03	25
4.500.001 a 5.250.000	09	07	15	11	05	03	29
5.250.001 a 6.000.000	10	08	17	13	06	04	33
6.000.001 a 7.000.000	11	09	20	15	07	05	38
7.000.001 a 8.000.000	12	10	23	17	08	06	43
8.000.001 a 9.000.000	13	11	25	20	09	07	47
9.000.001 a 10.000.000	14	11	28	22	10	07	52
Acima de 10.000.001	15	12	31	25	11	08	57

ANEXO 4 DO ANEXO III

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 2657/2004, Anexo 1)

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Quando tomamos a regulação das necessidades imediatas como referência, estamos considerando o seu potencial organizador sobre o funcionamento geral do sistema e sua visibilidade junto aos usuários como marcadoras de sucesso ou fracasso do SUS.

A Regulação Médica das Urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação Médica de Urgências, é um processo de trabalho através do qual se garante escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que acorrem à central e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema.

É importante lembrar que, a fim de garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência devem ser suficientemente detalhadas, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço, com este todo organizado em redes e linhas de atenção, com a devida hierarquização, para fins de estabelecermos a identidade entre as necessidades dos pacientes atendidos pelo SAMU-192 e a oferta da atenção necessária em cada momento. As grades de atenção deverão mostrar, a cada instante, a condição de capacidade instalada do sistema regionalizado e suas circunstâncias momentâneas.

As Centrais SAMU-192, de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema, funcionando como importante "porta de entrada" do sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de "portas de saída" qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias.

Vale salientar que, nos casos em que a solicitação seja oriunda de um serviço de saúde que não possuiu a hierarquia técnica requerida pelo caso, ainda que o paciente já tenha recebido um atendimento inicial, consideramos que este paciente ainda se encontra em situação de urgência nesse caso ele deverá ser adequadamente acolhido e priorizado pela Central de Regulação de Urgências, como se fosse um atendimento em domicílio ou em via pública. Por outro lado, se esse paciente já estiver fora da situação de urgência e precisar de outros recursos para a adequada continuidade do tratamento (portas de saída), a solicitação deve ser redirecionada para outras centrais do complexo regulador, de acordo com a necessidade observada. Esses fluxos e atribuições dos vários níveis de atenção e suas respectivas unidades de execução devem ser pactuados previamente, com o devido detalhamento nas grades de oferta regionais.

As Centrais de Regulação de Urgências - Centrais SAMU- 192 constituem-se em "observatório privilegiado da saúde", com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral.

Os princípios constitucionais de respeito à dignidade da pessoa humana, de cidadania e de promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, devem presidir todas as ações da Regulação Médica das Urgências.

ATRIBUIÇÕES DA REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

Atribuições Gerais:

I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;

II - ser polivalente na utilização dos recursos;

III - ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;

IV - subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;

V - articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais eqüitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;

VI - estar articulada com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;

VII - nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do Sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;

VIII - facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Comitê Gestor de Atenção às Urgências;

IX - identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Comitê Gestor;

X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Policia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;

XI - avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;

XII - participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações.

Atribuições específicas:

I - manter escuta médica permanente e qualificada para este fim, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, pelo número gratuito nacional das urgências médicas: 192;

II - identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos da população em geral, a partir de seus domicílios ou de vias e lugares públicos;

III - identificar, qualificar e classificar os pedidos de socorro oriundos de unidades de saúde, julgar sua pertinência e exercer a telemedicina sempre que necessário. Discernir sobre a urgência, a gravidade e o risco de todas as solicitações;

IV - hierarquizar necessidades;

V - decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;

VI - garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;

VII - monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida;

VIII - providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;

IX - notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;

X - permear o ato médico de regular por um conceito ampliado de urgência, acolhendo a necessidade expressa por cada cidadão, definindo para cada um a melhor resposta, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;

XI - constituir-se em "observatório privilegiado da saúde e do sistema", com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada, e em tempo real, todo o seu funcionamento;

XII - respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente.

DIMENSIONAMENTO TÉCNICO PARA A ESTRUTURAÇÃO FÍSICA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIAS - CENTRAIS SAMU-192

I - A sala de regulação médica deve ser estruturada de acordo com as seguintes diretrizes e características:

a) a sala de regulação deverá ser dimensionada levando-se em conta o tamanho da equipe e o número de postos de trabalho, conforme recomendações técnicas desta Portaria, considerando que cada posto de trabalho utiliza 2 m² de área, projetando-se, além disso, os espaços dos corredores de circulação e recuos, além das portas e janelas;

b) acesso restrito aos profissionais que nela trabalham, exceto em situações de ensino com prévia aprovação da coordenação;

c) isolamento acústico, iluminação e temperatura adequadas;

d) propiciar a integridade da conduta profissional, a imparcialidade no manejo dos casos e o sigilo ético-profissional das informações;

e) sistema de telefonia com número suficiente de linhas disponíveis à população, número de aparelhos telefônicos adequado aos postos de trabalho de médicos e auxiliares de regulação e equipamento de fax;

f) sistema de comunicação direta entre os radio-operadores, as ambulâncias, suas bases operacionais e de estabilização, outras unidades de saúde e outras centrais de regulação, bem como com outros atores diretamente relacionados aos atendimentos móveis, como o Corpo de Bombeiros, a Defesa Civil, a Polícia Militar, Operadoras Privadas de Serviços Móveis de Urgência e outros;

g) sistema de gravação digital contínua para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela Coordenação do Serviço; e

h) sistema de gestão informatizado para arquivamento dos registros gerados pela regulação.

II - Demais dependências do SAMU 192:

a) sala de equipamentos: devido ao ruído emitido pelos equipamentos (servidores de rede, central telefônica, no break e estabilizador), é recomendada a existência de uma área isolada, contígua à sala de regulação, onde esses equipamentos serão instalados, de forma a não prejudicar o ambiente de trabalho, com área mínima de 4,5 m²;

b) banheiros contíguos ou próximos da sala de regulação;

c) área de conforto e alimentação para a equipe;

d) área administrativa, com espaço para a coordenação e a equipe de apoio do serviço.

e) local para guarda de materiais e medicamentos controlados, conforme legislação em vigor;

f) área para esterilização de materiais, conforme normatização técnica da ANVISA/MS;

g) garagem para ambulâncias;

h) área adequada para lavagem, limpeza, desinfecção de materiais e das ambulâncias, respeitando as normas para o tratamento e escoamento da água utilizada;

i) sinalização adequada nas saídas das ambulâncias;

j) refeitório e cozinha;

l) banheiros com chuveiros;

m) alojamento para repouso das equipes; e

n) expurgo.

III - Bases Descentralizadas: a fim de garantir tempo reposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos móveis, nos SAMU regionais ou sediados em municípios de grande extensão territorial deverão existir bases operacionais descentralizadas, que funcionarão como postos avançados para as ambulâncias e suas respectivas equipes. Para tal, essas bases deverão ter a configuração mínima para abrigo, alimentação e conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Dependendo do seu tamanho e de sua localização, as bases deverão utilizar a infraestrutura geral da sede ou, se necessário, montar os demais espaços essenciais ao seu bom funcionamento, obedecidas as diretrizes gerais de infraestrutura física estabelecidas nesta Portaria.

OPERACIONALIZAÇÃO DAS CENTRAIS SAMU-192

I- Ferramentas de Regulação:

a) mapas do município e região de cobertura do serviço, onde estejam localizados os serviços de saúde, bases descentralizadas do SAMU, outras ambulâncias ou serviços de transporte inclusive privados, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e outros;

b) mapas do município e região de cobertura do serviço, com as estradas e principais vias de acesso, registro de barreiras físicas e outros fatores que dificultem o acesso a cada local;

c) listas de telefones de todos os serviços de saúde do município ou região, além de outros setores envolvidos na assistência à comunidade;

d) grades pactuadas, regionalizadas e hierarquizadas, com informações efetivas sobre a composição e a capacidade operativa diária e horária da estrutura dos serviços, organizados em redes e linhas de atenção, hierarquizados por complexidade de resposta técnica. Essas grades deverão ser mantidas atualizadas diariamente pelos

serviços, indicando e justificando se há impedimento de uso do potencial do serviço, ocasião em que os serviços comunicarão formalmente por escrito a alteração transitória de grade e, em caso de alteração definitiva, deverão comunicar com antecedência adequada ao comitê gestor das urgências e ao gestor municipal ou estadual competente;

e) mecanismos de relacionamento direto com as centrais de regulação de leitos hospitalares, consultas ambulatoriais especializadas e serviços auxiliares de diagnóstico, quando estas existiram ou criação e utilização de planilhas auxiliares com vagas/censos diários etc;

f) diretrizes técnicas de regulação médica e de atendimentos de urgência;

g) agenda de eventos;

h) planos para manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de resposta por setores públicos e privados encarregados (planos de desastre com protocolos integrados entre todos os agentes públicos e privados responsáveis); e

i) manuais de normas e rotinas do serviço.

II - Normas Gerais e Fluxos da Regulação:

a) a Central de Regulação Médica de Urgências deve ser acessada pelo número gratuito nacionalmente designado para o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel 192, admitindo-se outro número exclusivo e gratuito apenas em locais onde haja impedimento técnico da área de comunicações para sua utilização;

b) seu funcionamento deve ser ininterrupto, contando com, pelo menos um médico regulador e correspondentes TARM/RO de plantão presencial na sala de regulação, nas 24 horas, todos os dias, incluindo sábados, domingos e feriados;

c) todo chamado deve ser atendido pelo telefonista auxiliar de regulação médica e, após a devida identificação e localização do solicitante, ser repassado ao médico regulador;

d) nos trotes ou enganos, o chamado deverá ser registrado, mas não contabilizado como "caso" e a ligação pode ser encerrada sem a interveniência do médico regulador;

e) o telefonista auxiliar de regulação médica deverá ser treinado e devidamente instrumentalizado para atender aos pedidos de informação que acorrerem à central;

f) nos chamados em que o solicitante necessite apenas de informação que não caracterize pedido de socorro de urgência, o telefonista auxiliar de regulação médica está autorizado a fornecer a informação, se ela estiver disponível em suas ferramentas de trabalho e encerrar a solicitação, sem a interveniência do médico regulador. Caso não possua a informação, deverá repassar o chamado ao médico regulador, para que ele dê a melhor orientação possível ao solicitante;

g) o médico regulador, ao receber o caso, deverá, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a 1 minuto), por meio da utilização de técnicas específicas para este fim, julgar a gravidade de cada caso e, em se tratando de situação crítica, deverá desencadear imediatamente a melhor resposta, acionando, inclusive, múltiplos meios, sempre que necessário, podendo, em seguida, concluir o detalhamento do caso;

h) nos casos de menor gravidade, o médico poderá optar inclusive pelo não envio de equipe ao local, orientando o solicitante sobre como proceder em relação à queixa relatada;

i) nos casos de simples orientação, o médico regulador deve colocar-se à disposição do solicitante para novas orientações, caso haja qualquer mudança em relação ao quadro relatado na primeira solicitação;

j) caso o médico regulador opte pelo envio de equipe de suporte básico ou avançado de vida ao local, deve monitorar todo seu deslocamento e receber o relato do caso quando a equipe lá chegar, confirmando ou alterando a gravidade estimada inicialmente;

l) após essa reavaliação, o médico regulador deverá tomar uma segunda decisão a respeito da necessidade do paciente, definindo inclusive para qual unidade de saúde o paciente deve ser transportado, se for o caso;

m) se o paciente for transportado, cabe ao médico regulador monitorar e acompanhar todo o atendimento prestado no trajeto;

n) o médico regulador deve estabelecer contato com o médico do serviço receptor, repassando a ele as informações técnicas sobre cada caso, para que a equipe local possa preparar-se para receber o paciente da melhor maneira possível;

o) naquelas situações de atendimento médico no pré-hospitalar móvel, sempre que possível e com conhecimento e autorização do médico regulador, o médico assistente deverá manter-se em contato direto com o médico assistente do serviço de destino definido pela regulação, para repasse das informações sobre o paciente, a fim de instrumentalizar a organização da melhor recepção possível para os casos graves;

p) após o adequado recebimento do paciente no serviço determinado, o médico regulador poderá considerar o caso encerrado; e

q) o rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do SAMU, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

ANEXO 5 DO ANEXO III

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 1)

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DO CAPACETE

ANEXO 6 DO ANEXO III

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 2)

PADRONIZAÇÃO VISUAL E GRAFISMO DA MOTOCICLETA

ANEXO 7 DO ANEXO III

ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS (Origem: PRT MS/GM 2971/2008, Anexo 3)

ORIENTAÇÃO TÉCNICA QUANTO AO EMPREGO DAS MOTOCICLETAS

As motocicletas para a intervenção do SAMU 192 deverão possuir motorização com no mínimo 250 cilindradas e ser do tipo trail. Deverão ser utilizadas exclusivamente em intervenções do SAMU 192, sob regulação médica e se destinam, prioritariamente, às seguintes situações:

a) intervenções nos acionamentos de unidade de suporte avançado de vida (USA), considerando que a motocicleta desenvolve melhor velocidade e conta com a agilidade necessária no trânsito para chegar antes da ambulância ao local onde se encontra o paciente. Assim, nos eventos tempo-dependentes (por exemplo, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, dentre outras tantas) deverão ser envidados esforços por parte das centrais de regulação em efetuar o despacho imediato da motocicleta como forma de assegurar a chegada do socorro no menor tempo-resposta possível, preservando-se a segurança do condutor da motocicleta;

b) intervenções em eventos em locais de reconhecido difícil acesso a veículos de urgência (ambulâncias) em razão de características geográficas, condições da malha viária, dentre tantas peculiaridades de cada Município/região de abrangência do serviço, bem como em outras situações desta natureza que possam ser identificadas pela regulação médica como motivação para utilização da motocicleta;

c) apoio nas intervenções de suporte básico de vida quando for necessário auxílio direto na cena de mais um técnico de enfermagem para auxílio em procedimentos que necessitem de mais profissionais, de acordo com o julgamento da regulação médica (reanimação cardiopulmonar, extricação de vítimas, dentre outras situações do Atendimento Pré-hospitalar - APH móvel);

d) apoio nas intervenções de suporte avançado de vida quando for necessária a presença de mais um técnico de enfermagem na cena, a critério do médico regulador; e

e) demais situações de agravo à saúde da população nas quais, a critério do médico regulador, no uso de suas atribuições contidas na Portaria 2.048/GM, possa haver benefício no emprego da motocicleta, uma vez que a chegada desta unidade viabilizará o início de manobras de suporte básico de vida.

ANEXO 8 DO ANEXO III

ÁREA FÍSICA, INFRAESTRUTURA FÍSICA, MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Anexo 1)

ÁREA FÍSICA, INFRAESTRUTURA FÍSICA, MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE)

Área Física Infraestrutura física

AMBIENTE	NUMERO DE LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO (MÍNIMO)	ÁREA (M²)	INSTALAÇÇ
Sala de Estabilização	02	16 m2 por leito, com distância mínima de 1,5 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m. Pé-direito mínimo = 2,7 m	Instalações bas conforme regulan sanitárias
Área de Serviço de Enfermagem		4,0 m2	
Área Total		36 m2	

Mobiliário, materiais e equipamentos mínimos.

	Quantidad

Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal	2
Armário suspenso com divisórias	1
Oxímetro portátil (hand-set)	2
Aspirador portátil	1
Balde com pedal contenedor de resíduos com tampa e pedal	2
Bancada com cuba e armários	1
Mesa de Mayo	1
Banqueta giratória	1
Colar cervical (kit com 5 tamanhos)	1
Biombo	1
Bomba de infusão	2
Caixa básica de instrumental cirúrgico	1
Desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso	1
Carro de urgência	1
Detector de batimentos cardíacos fetais	1
Eletrocardiógrafo portátil	1
Escada com 2 degraus	1
Esfigmomanômetro de pedestal com manguito infantil e adulto	1
Estetoscópio adulto/infantil	2
Suporte de Hamper	1
Lanterna clínica	1
Laringoscópio com kit adulto e infantil	1
Maca com grades removíveis e rodas com travas	2
Mesa auxiliar p/ instrumental	1
Refletor parabólico de luz fria	1
Suporte de soro	2
Ventilador de transporte eletrônico microprocessador adulto/infantil com traquéias adulto, infantil e neonatal	2
Foco cirúrgico móvel	1
Prancha longa	1
Cilindro de oxigênio portátil	1
Ponto de Oxigênio	1
Gerador ou Nobreak sistema de emergência	1

ANEXO 9 DO ANEXO III

REQUISITOS MÍNIMOS PARA POPULAÇÃO DE COBERTURA, ÁREA FÍSICA, EQUIPE E LEITOS DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO (SE) DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (Origem: PRT MS/GM 2338/2011, Anexo 2)

SERVIÇO/ UNIDADE	POPULAÇÃO DE COBERTURA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	EQUIPE MÍNIMA NA SE	NÚMERO MÍNIMO D DE ESTABILIZ/
SE	até 50.000 (cinquenta mil) habitantes	40 m² 36 m²	01 (um) médico generalista com qualificação no atendimento em urgências com garantia de retaguarda de enfermagem e de pessoal técnico, nas 24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana	02

ANEXO 10 DO ANEXO III

DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 1)

DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS APLICÁVEL ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO D SALA DE URGÊ
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS

PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS

ANEXO 11 DO ANEXO III

DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 2)

DEFINIÇÃO DOS VALORES DE INVESTIMENTO APLICÁVEIS ÀS UPA 24H NOVAS E AMPLIADAS

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	INVESTIMENTO CONSTRUÇÃO MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS DE UPA 24h NOVAS HA- BILITADAS EM INVESTIMENTO ATÉ 31/12/2014.	INVESTIMENTO UPA 24h AMPLIADAS (limite máximo) HABILITADAS EM INVESTI- MENTO ATÉ 31/12/2014	INVESTIMENT(EQUIPAMENTOS I LIÁRIOS PARA U NOVAS E AMPLI
PORTE I	R$ 2.200.000,00	R$ 1.500.000,00	R$ 600.000,(
PORTE II	R$ 3.100.000,00	R$ 2.500.000,00	R$ 800.000,(
PORTE III	R$ 4.000.000,00	R$ 3.500.000,00	R$ 1.000.000

ANEXO 12 DO ANEXO III

PROCEDIMENTOS A SEREM REGISTRADOS NO FORMATO BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO - BPA - I (Origem: PRT MS/GM 10/2017, Anexo 7)

Procedimentos a serem registrados no formato Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPA - I

Procedimento	Descrição
03.01.06.002-9	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZAD
03.01.06.009-6	ATENDIMENTO MÉDICO EM UPA 24H DE PRONTO ATENDIMENTO
03.01.06.010-0	ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PRO-VISÓRIA
03.01.06.011-8	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANEXO 13 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 1)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO I AOS PACIENTES COM TRAUMA

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO:_____

CNPJ: _____.

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):_____.

( ) Federal?( ) Estadual?(-) Municipal?( ) Filantrópico?( ) Privado

ENDEREÇO:_____

MUNICÍPIO:_____ ESTADO:_____CEP: _____?

TELEFONE: _____ FAX: _____

EMAIL:_____

DIRETOR TÉCNICO:_____?

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo I:

1) Cobertura populacional:

a) ( ) até 200 mil habitantes

b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes

c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

a) ( ) Sim ( ) Não

5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES):_____leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

7) Equipe médica:

a) ( ) Pediatra

b) ( ) Clínico geral

c) ( ) Ortopedista

d) ( ) Anestesiologista

e) ( ) Cirugião geral

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

( ) Sim ( ) Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) ( ) Sim ( ) Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

12) Leitos de retaguarda para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

14) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ( ) Sim ( ) Não

15) Raio X 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

16) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

17) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

a) ( ) Sim ( ) Não

18) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

19) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

20) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

21) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ( ) Sim ( ) Não

22) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminha-mento dos caso de maior complexidade:

a) ( ) Sim ( ) Não

23) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) ( ) Sim ( ) Não

24) Possui Alvará de Funcionamento:

a) ( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ /_____

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

_____

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não

DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal _____

Gestor Estadual_____

ANEXO 14 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO II AOS PACIENTES COM TRAUMA

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO:_____

CNPJ:_____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):_____

( ) Federal?( ) Estadual?( ) Municipal?( ) Filantrópico?( ) Privado

ENDEREÇO:_____

MUNICÍPIO:_____ ESTADO: _____

CEP:_____?TELEFONE: _____ FAX:_____

EMAIL:_____

DIRETOR TÉCNICO:_____?

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo II:

1) Cobertura populacional:

a) ( ) até 200 mil habitantes

b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes

c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

a) ( ) Sim ( ) Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

a) ( ) Sim ( ) Não

5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): _____leitos

6) Registro das Informações do Paciente:

a) Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

7) Equipe médica:

a) ( ) Pediatra

b) ( ) Clínico geral

c) ( ) Ortopedista

d) ( ) Anestesiologista

e) ( ) Cirugião geral

f) ( ) Neurocirurgião

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

a) ( ) Sim ( ) Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) ( ) Sim ( ) Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

14) Equipe médica e de odontologia alcançavel:

a) ( ) Neurocirugião

b) ( ) Ortopedista

c) ( ) Cirurgião vascular

d) ( ) Cirurgião plastico

e) ( ) Cirurgião pediátrico

f) ( ) Cirurgião crânio-maxilo-facial

g) ( ) Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial

h) ( ) Cirurgião torácico

i) ( ) Ginecologista

j) ( ) Obstetra

k) ( ) Clínico geral

l) ( ) Pediatra

m) ( ) Oftalmologista

15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ( ) Sim ( ) Não

16) Raio X 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

17) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

18) Tomografia computadorizada (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

19) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

20) Equipe multiprofissional:

a) ( ) Fisioterapeuta Próprio ( ) Sim ( ) Não

b) ( ) Assistente social Próprio ( ) Sim ( ) Não

c) ( ) Nutricionista Próprio ( ) Sim ( ) Não

d) ( ) Farmacêutico Próprio ( ) Sim ( ) Não

e) ( ) Psicólogo Próprio ( ) Sim ( ) Não

21) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

( ) Sim ( ) Não

22) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

23) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

24) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

25) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ( ) Sim ( ) Não

26) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminha-mento dos caso de maior complexidade:

a) ( ) Sim ( ) Não

27) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) ( ) Sim ( ) Não

28) Possui Alvará de Funcionamento:

a) ( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ /_____

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

_____

_____

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( )Sim ( )Não

DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal_____

Gestor Estadual_____

ANEXO 15 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAU MA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA (DEVE SER PREENCHIDO E ASSINADO PELO GESTOR) (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 3)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE HABILITAÇÃO DE CENTRO DE TRAUMA TIPO III AOS PACIENTES COM TRAUMA (deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO:_____

CNPJ: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):_____

( ) Federal?( ) Estadual?( ) Municipal?( ) Filantrópico?( ) Privado

ENDEREÇO:_____

MUNICÍPIO:_____

ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONE:_____

FAX:_____EMAIL:_____

DIRETOR TÉCNICO:_____?

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

O Centro de Trauma tipo III:

1) Cobertura populacional:

a) ( ) até 200 mil habitantes

b) ( ) de 201 a 500 mil habitantes

c) ( ) de 501 mil a 1 milhão de habitantes

2) Participa da RUE:

( ) Sim ( ) Não

3) É porta de entrada de Urgência da RUE:

( ) Sim ( ) Não

4) É referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios:

( ) Sim ( ) Não

5) Número de leitos cadastrados no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos (SCNES): _____leitos

6) Registro das Informações do Paciente: Possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

a) ( ) Sim ( ) Não

7) Equipe médica:

a) ( ) Pediatra

b) ( ) Clínico geral

c) ( ) Ortopedista

d) ( ) Anestesiologista

e) ( ) Cirugião geral

f) ( ) Neurocirurgião

8) Enfermagem treinada em urgência e atendimento de pacientes com trauma;

a) ( ) Sim ( ) Não

9) Equipe médica para realização de cirurgias de trauma sem comprometimento do atendimento da porta de Urgência:

a) ( ) Sim ( ) Não

10) Sala de cirurgia para atendimento ao paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

11) Leitos de enfermaria para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

12) Leitos cirúrgicos de retaguarda para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

13) Leitos de UTI para paciente com trauma:

a) ( ) Sim ( ) Não

14) Equipe médica e de odontologia alcançavel:

a) ( ) Cirurgião vascular

b) ( ) Cirurgião plastico

c) ( ) Cirurgião pediátrico

d) ( ) Cirurgião de mão

e) ( ) Otorrinolaringologista

f) ( ) Oftalmologista

g) ( ) Cirurgião crânio-maxilo-facial

h) ( ) Cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial

i) ( ) Urologista

j) ( ) Cirurgião torácico

k) ( ) Endoscopista

l) ( ) Ginecologista

m) ( ) Obstetra

n) ( ) Clínico geral

o) ( ) Pediatra

p) ( ) Nefrologista

q) ( ) Ortopedista

r) ( ) Neurocirurgião

15) Atendimento de urgência 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados:

a) ( ) Sim ( ) Não

16) Raio X 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

17) Ultrassonografia 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

18) Tomografia computadorizada 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

19) Radiologia vascular intervencionista (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

20) Ressonância magnética (própria ou disponível) 24 horas por dia:

a) ( ) Sim ( ) Não

21) Equipe multiprofissional:

a) ( ) Fisioterapeuta Próprio ( ) Sim ( ) Não

b) ( ) Assistente social Próprio ( ) Sim ( ) Não

c) ( ) Nutricionista Próprio ( ) Sim ( ) Não

d) ( ) Farmacêutico Próprio ( ) Sim ( ) Não

e) ( ) Psicólogo Próprio ( ) Sim ( ) Não

22) Protocolos clínicos e assistenciais escritos e disponibilizados;

a) ( ) Sim ( ) Não

23) Serviço de laboratório clínico em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

24) Serviço hemoterapia em tempo integral (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

25) Serviço de reabilitação (próprio ou disponível);

a) ( ) Sim ( ) Não

26) Garante acompanhamento ambulatorial aos pacientes atendidos:

a) ( ) Sim ( ) Não

27) Tem acesso às Centrais de Regulação para encaminha-mento dos caso de maior complexidade:

a) ( ) Sim ( ) Não

28) Os serviços disponíveis (não próprios) estão cadastrados no SCNES:

a) ( ) Sim ( ) Não

29) Possui Alvará de Funcionamento:

a) ( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____/_____

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:_____

De acordo com vistoria realizada "in loco", a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( )Sim ( )Não

DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

Gestor Municipal _____

Gestor Estadual_____

ANEXO 16 DO ANEXO III

MODELO TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 1366/2013, Anexo 4)

MODELO

TERMO DE COMPROMISSO

Conforme disposto no art. 20 da Portaria nº XX/GM/MS, de XX de junho de 2013, a Secretaria de Saúde do Município de _____ ou a Secretaria de Saúde do Estado de _____ do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:

a. Tomografia computadorizada;

b. Radiologia vascular intervencionista;

c. Ressonância magnética;

d. Laboratório clínico;

e. Serviço de hemoterapia; e

f. Serviço de reabilitação.

Por ser verdade, firmo o presente.

_____

(Nome Completo)

_____

(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/carimbo)

CIDADE - UF, _____ de _____ de _____

ANEXO 17 DO ANEXO III

LISTA DE CENTROS DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA (CIATOX) (Origem: PRT MS/GM 1678/2015, Anexo 1)

Lista de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox)

Nº	UF	Cidade	Nome	CNES	Localização

1	AM	Manaus	Centro de Informações Toxicológicas do Amazonas - CIT/AM	2017644	HOSPITAL UNIVERSITARIO VARGAS
2	BA	Salvador	Centro Antiveneno da Bahia - CIAVE - BA	2470845	CIAVE CENTRO DE INFOR ANTIVENENO
3	CE	Fortaleza	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX Fortaleza	2529149	Instituto Dr. José Frota
4	DF	Brasília	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Brasília	6963447	Secretaria de Saúde do Distrito Fe
5	ES	Vitória	Centro de Atendimento Toxicológico - TOXCEN	11800	HOSPITAL INFANTIL NOSSA S DA GLORIA
6	GO	Goiânia	HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLORIA	6450091	SECRETARIA DE ESTADO DA S. GOIAS
7	MG	Belo Horizonte	Serviço de Toxicologia de Minas Gerais	26921	HOSPITAL JOAO XXIII
8	MS	Campo Grande	Centro Integrado de Vigilância Toxicológica - CIVITOX de Campo Grande	6590047	SECRETARIA DE ESTADO DE SA
9	MT	Cuiabá	Centro de Informação Antiveneno	2495015	Hospital Municipal de Cuiabá
9	PB	João Pessoa	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de João Pessoa	2400243	Hospital Universitário Lauro V Campus I
10	PB	Campina Grande	Centro de Informação e Assistência Toxicológica - CIAT	2362856	HOSPITAL REGIONAL DE TRAUMA DOM LUIZ G FERNANDES
11	PA	Belém	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Belém	2332981	HOSPITAL UNIVERSITARIO J BARROS BARRETO
12	PE	Recife	Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco - CEATOX - PE	6916279	CEATOX CENTRO DE ASS TOXICOLOGICA
13	PE	Teresina	Centro de Informações Toxicológicas - CITOX de Teresina	6300049	SECRETARIA ESTADUAL DA S/ PIAUI SEDE
14	PR	Curitiba	Centro de Controle de Envenenamentos - CCE de Curitiba	2384299	Hospital de Clínicas
15	PR	Londrina	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Londrina	2781859	HOSPITAL UNIVERSITARIO R DO NORTE DO PARANA
16	PR	Maringá	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Maringá	2587335	HOSPITAL UNIVERSITARIO R DE MARINGA
17	RJ	Niterói	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Niterói	12505	HOSPITAL UNIVERSITARIO PEDRO

18	RN	Natal	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX Natal	5672465	SECRETARIA ESTADUAL DE PUBLICA DO RN
19	RS	Porto Alegre	Centro de Informação Toxicológica - CIT do Rio Grande do Sul	2792907	Secretaria Estadual de Saúde
20	SC	Florianópolis	Centro de Informações Toxicológicas - CIT de Santa Catarina	7276702	CIT CENTRO DE INFOR TOXICOLOGICAS DE SANTA CA
21	SP	São Paulo	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de São Paulo	2081970	Hospital Municipal Dr. Artur R Saboya
22	SP	São Paulo	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX do Instituto da Criança do HCFMUSP	2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS SAO PAULO
23	SP	Campinas	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Campinas	2079798	HOSPITAL DAS CLINICAS DA DE CAMPINAS
24	SP	Botucatu	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de Botucatu	2748223	HOSPITAL DAS CLINICAS DE BO
25	SP	Ribeirão Preto	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Ribeirão Preto	2082187	HOSPITAL DAS CLINICAS RIBEIRAO PRETO
26	SP	São José do Rio Preto	Centro de Assistência Toxicológica - CEATOX de São José do Rio Preto	2077396	HOSPITAL DE BASE DE SAO RIO PRETO
27	SP	São José dos Campos	Centro de Controle de Intoxicação - CCI de São José dos Campos	9628	HOSPITAL MUNICIPAL DR J CARVALHO FLORENCE
28	SP	Santos	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Santos	2079720	Hospital Guilherme Álvaro
29	SP	Taubaté	Centro de Controle de Intoxicações - CCI de Taubaté	2033240	DEPARTAMENTO DE SAUDE
30	SE	Aracajú	Centro de Informação Toxicológica - CIATOX de Sergipe	2816210	HOSPITAL GOVERNADOR JOA FILHO

ANEXO 18 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 1)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO I AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Federal

( ) Estadual

( ) Municipal

( ) Filantrópico

( ) Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO:_____

ESTADO: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

( ) Sim ( ) Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

( ) Sim ( ) Não

c) dispõe de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

( ) Sim ( ) Não

d) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

( ) Sim ( ) Não

e) fornece cobertura de atendimento neurológico, disponível em até trinta minutos da admissão do paciente (plantão presencial ou sobreaviso à distância ou suporte neurológico especializado por meio da telemedicina/telessaúde);

( ) Sim ( ) Não

f) possui leitos monitorados para o atendimento ao AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia e equipe treinada para o atendimento, podendo ser no serviço de urgência ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI);

( ) Sim ( ) Não

g) possui UTI;

( ) Sim ( ) Não

h) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

( ) Sim ( ) Não

i) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

( ) Sim ( ) Não

j) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas.

( ) Sim ( ) Não

3. Possui Alvará de Funcionamento.

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: _____ /_____ / _____

4. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC participa da Linha de Cuidados em AVC constante do Plano de Ação Regional da RUE, por indicação do grupo condutor da RUE, realizando ações que permitam sua plena integração com os outros pontos de atenção, nos termos do documento base da referida linha de cuidados, de modo a garantir o cuidado integral e de qualidade aos pacientes com acidente vascular cerebral.

( ) Sim ( ) Não

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

( ) Sim ( ) Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não

DATA:_____ /_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

_____

Gestor Municipal

_____

Gestor Estadual

ANEXO 19 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 2)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO II AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES:_____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Federal

( ) Estadual

( ) Municipal

( ) Filantrópico

( ) Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO:_____

ESTADO: _____ CEP: _____TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

( ) Sim ( ) Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

( ) Sim ( ) Não

c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

( ) Sim ( ) Não

d) possui UTI;

( ) Sim ( ) Não

e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

( ) Sim ( ) Não

f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

( ) Sim ( ) Não

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

( ) Sim ( ) Não

h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;

( ) Sim ( ) Não

i) unidade de Cuidado Agudo ao AVC;

( ) Sim ( ) Não

j) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

( ) Sim ( ) Não

k) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG);

( ) Sim ( ) Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e

( ) Sim ( ) Não

III - Serviço de radiologia.

( ) Sim ( ) Não

l) garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

( ) Sim ( ) Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;

( ) Sim ( ) Não

III - Angiografia;

( ) Sim ( ) Não

IV - Ressonância magnética;

( ) Sim ( ) Não

V - Angioressonância;

( ) Sim ( ) Não

VI - Ecodoppler transcraniano; e

( ) Sim ( ) Não

VII - Neuroradiologia intervencionista.

( ) Sim ( ) Não

3. A Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:

a) Mínimo de 5 (cinco) leitos.

( ) Sim ( ) Não

Número de leitos:_____

3.1. Recursos Humanos

a) a unidade conta com um responsável técnico neurologista, com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;

( ) Sim ( ) Não

Médico: _____

Especialidade: _____CFM/CRM: _____

b) a unidade conta com um médico vinte e quatro horas por dia;

( ) Sim ( ) Não

c) a unidade conta com um enfermeiro vinte e quatro horas por dia;

( ) Sim ( ) Não

d) a unidade conta com um técnico de enfermagem exclusivo para cada quatro leitos, vinte e quatro horas por dia;

( ) Sim ( ) Não

e) a unidade conta com suporte diário de fisioterapeuta;

( ) Sim ( ) Não

f)_ a unidade conta com suporte diário de fonoaudiólogo; e

( ) Sim ( ) Não

g) a unidade conta com suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados.

( ) Sim ( ) Não

3.2 Recursos Materiais

a) camas Hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

( ) Sim ( ) Não

b) 1 estetoscópio/leito;

( ) Sim ( ) Não

c) pelo menos dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

( ) Sim ( ) Não

d) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

( ) Sim ( ) Não

e) materiais para aspiração;

( ) Sim ( ) Não

f) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais: equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu); cabos e lâminas de laringoscópio; tubos/cânulas endotraqueais; tubos/cânulas endotraqueais; fixadores de tubo endotraqueal; cânulas de Guedel e fio guia estéril;

( ) Sim ( ) Não

g) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;

( ) Sim ( ) Não

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;

( ) Sim ( ) Não

i) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar por unidade;

( ) Sim ( ) Não

j) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada 5 (cinco) leitos;

( ) Sim ( ) Não

k) cilindro transportável de oxigênio;

( ) Sim ( ) Não

l) uma máscara facial com diferentes concentrações de oxigênio para cada três leitos; e

( ) Sim ( ) Não

m) um monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, para cada leito.

( ) Sim ( ) Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: _____ /_____ / _____

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

( ) Sim ( ) Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não

DATA : ____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR

_____

Gestor Municipal

_____

Gestor Estadual

ANEXO 20 DO ANEXO III

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR - NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 3)

FORMULÁRIO PARA VISTORIA DO GESTOR

NORMAS DE CLASSIFICAÇÃO E HABILITAÇÃO DE CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

CNES: _____

TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Federal

( ) Estadual

( ) Municipal

( ) Filantrópico

( ) Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO:_____

ESTADO: _____CEP: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

Tipos de Assistência:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Urgência/Emergência de porta aberta

1. Registro das Informações do Paciente:

a) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

2. O Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC dispõe dos seguintes critérios:

a) realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;

( ) Sim ( ) Não

b) realiza exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;

( ) Sim ( ) Não

c) disponibiliza protocolos clínicos e assistenciais escritos;

( ) Sim ( ) Não

d) possui UTI;

( ) Sim ( ) Não

e) realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral;

( ) Sim ( ) Não

f) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

( ) Sim ( ) Não

g) disponibilidade de trombolítico conforme PCDT específico;

( ) Sim ( ) Não

h) realiza tratamento hemoterápico para possíveis complicações hemorrágicas;

( ) Sim ( ) Não

i) unidade de Cuidado Integral ao AVC;

( ) Sim ( ) Não

j) ambulatório especializado próprio ou referenciado;

( ) Sim ( ) Não

k) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;

( ) Sim ( ) Não

l) dispõe de equipe neurocirúrgica própria vinte e quatro horas (presencial ou disponível em até duas horas) ou referenciada (disponível em até duas horas); e

( ) Sim ( ) Não

m) oferta os seguintes procedimentos:

I - Eletrocardiograma (ECG);

( ) Sim ( ) Não

II - Serviço de laboratório clínico em tempo integral; e

( ) Sim ( ) Não

III - Serviço de radiologia.

( ) Sim ( ) Não

n) Garantia do acesso, por intermédio de termo de compromisso, nos termos do anexo IV a esta Portaria, aos seguintes procedimentos:

I - Ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

( ) Sim ( ) Não

II - Ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico;

( ) Sim ( ) Não

III - Angiografia;

( ) Sim ( ) Não

IV - Ressonância magnética;

( ) Sim ( ) Não

V - Angioressonância;

( ) Sim ( ) Não

VI - Ecodoppler transcraniano; e

( ) Sim ( ) Não

VII - Neuroradiologia intervencionista.

( ) Sim ( ) Não

3. A Unidade de Cuidado Integral ao AVC, dos Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC, dispõe dos seguintes critérios:

a) Mínimo de 10 (dez) leitos.

( ) Sim ( ) Não

Número de leitos:_____

3.1 Recursos humanos:

a) 1 (um) responsável técnico neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo CFM ou CRM ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo MEC;

Médico: _____

Especialidade: _____CFM/CRM: _____

b) um médico, vinte e quatro horas por dia;

c) suporte de neurologista, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, inclusive feriados;

d) um enfermeiro exclusivo na unidade;

e) um técnico de enfermagem para cada quatro leitos;

f) um fisioterapeuta para cada dez leitos, seis horas por dia;

g) um fonoaudiólogo para cada dez leitos, seis horas por dia;

h) um terapeuta ocupacional para cada dez leitos, seis horas por dia;

i) um assistente social, seis horas por dia, de segunda a sexta-feira;

j) suporte de psicólogo, nutricionista e farmacêutico na instituição;

3.2 Recursos Materiais:

a) camas hospitalares com grades laterais, correspondente ao número de leitos habilitados;

( ) Sim ( ) Não

b) um estetoscópio por leito;

( ) Sim ( ) Não

c) dois equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão") para cada leito, com reserva operacional de um equipamento para cada três leitos;

( ) Sim ( ) Não

d) cinquenta por cento dos leitos com capacidade para monitoração contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, eletrocardiografia, temperatura, pressão arterial nãoinvasiva;

( ) Sim ( ) Não

e) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

( ) Sim ( ) Não

f) uma máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio para cada cinco leitos;

( ) Sim ( ) Não

g) materiais para aspiração;

( ) Sim ( ) Não

h) um eletrocardiógrafo portátil por unidade;

( ) Sim ( ) Não

i) kit, por unidade, para atendimento às emergências contendo medicamentos e os seguintes materiais:

i. equipamentos para ressuscitação respiratória manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial (ambu);

( ) Sim ( ) Não

ii. cabos e lâminas de laringoscópio;

( ) Sim ( ) Não

iii. tubos/cânulas endotraqueais;

( ) Sim ( ) Não

iv. fixadores de tubo endotraqueal;

( ) Sim ( ) Não

v. cânulas de Guedel; e

( ) Sim ( ) Não

vi. fio guia estéril;

( ) Sim ( ) Não

j) um equipamento desfibrilador/cardioversor por unidade;

( ) Sim ( ) Não

l) um equipamento para aferição de glicemia capilar, específico por unidade;

( ) Sim ( ) Não

m) uma maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio para cada dez leitos; e

( ) Sim ( ) Não

n) cilindro transportável de oxigênio.

( ) Sim ( ) Não

3.3 A Unidade de Cuidado Integral ao AVC monitora e registra os indicadores de segurança e qualidade (assistenciais e de processo):

I - profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia;

( ) Sim ( ) Não

II - alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente;

( ) Sim ( ) Não

III - alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações;

( ) Sim ( ) Não

IV - uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação;

( ) Sim ( ) Não

V - alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações;

( ) Sim ( ) Não

VI - alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação;

( ) Sim ( ) Não

VII - porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC;

( ) Sim ( ) Não

VIII - o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo;

( ) Sim ( ) Não

IX - as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário;

( ) Sim ( ) Não

X - CID-10 específico do tipo de AVC à alta hospitalar;

( ) Sim ( ) Não

XI - mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma;

( ) Sim ( ) Não

XII - tempo porta-tomografia < 25 minutos; e

( ) Sim ( ) Não

XIII - tempo porta-agulha < 60 minutos.

( ) Sim ( ) Não

4. Possui Alvará de Funcionamento.

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ / _____

5. Adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos de acordo com a Linha de Cuidados em AVC.

( ) Sim ( ) Não

INTERESSE DO GESTOR ESTADUAL NO CREDENCIAMENTO:

_____

De acordo com vistoria realizada in loco, a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril, de 2012, para o(s) credenciamento(s) solicitado(s).

( ) Sim ( ) Não

DATA : _____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

_____

Gestor Municipal

_____

Gestor Estadual

ANEXO 21 DO ANEXO III

MODELO TERMO DE COMPROMISSO (Origem: PRT MS/GM 665/2012, Anexo 4)

MODELO

TERMO DE COMPROMISSO

Conforme disposto no art. 6º, inciso III, da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012 e da Portaria nº___/GM/MS de ___ de _____ de 2014, a Secretaria de Saúde do Município de _____ e/ou a Secretaria de Saúde do Estado de _____ e do Distrito Federal assume a responsabilidade de garantir, seja por meio de serviços próprios ou contratados, o acesso aos seguintes procedimentos:

a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);

b) ressonância magnética;

c) angioressonância;

d) ecodoppler transcraniano;

e) neuroradiologia intervencionista;

f) ecocardiografia (ecocardiograma) transtorácico e transesofágico; e

g) angiografia;

Por ser verdade, firmo o presente.

CIDADE - UF, ____ de (mês) de (ano).

Nome Completo_____

(Assinatura do Gestor Municipal e/ou Estadual e do Distrito Federal c/ carimbo)

ANEXO 22 DO ANEXO III

SALA MULTIUSO PARA REABILITAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Anexo 1)

Sala Multiuso para Reabilitação

As Salas Multiuso de Reabilitação poderão ser de dois tipos:

Tipo I - sala alocada em Hospitais Gerais ou Especializados que tiver na sua Unidade de Cuidados Prolongados módulos de 15 a 25 leitos, com dimensão mínima de 35m².

Tipo II - sala alocada em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP) que contarem com a quantidade mínima de 40 leitos, com dimensão mínima de 75m².

De acordo com a ABNT e RDC50 (2002), ficam definidas as seguintes especificações para a ambiência da Sala Multiuso para Reabilitação:

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo I Área mínima: 35m²

As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável

A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.

Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.

As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.

Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Sala Multiuso para Reabilitação Tipo II

Área mínima: 75m²

As portas deverão ter altura mínima de 1,80m e vão mínimo de 1,50 revestidas de material lavável

A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 e 1,0m do solo.

Os interruptores devem se situar entre 0,60 e 1,0m do solo.

As tomadas devem se situar entre 0,40 e 1,0m do solo.

Piso: Liso (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Parede: Lisa (sem frestas), de fácil higienização e resistente aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção.

Teto: deve ser resistente à lavagem e ao uso de desinfetantes.

Especificações dos Equipamentos

EQUIPAMENTOS SALA MULTIUSO DE REABILITAÇÃO		
SALA TIPO II - 75m²	**SALA TIPO I - 35m²**	
EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	QTDE.	EQUIPAMENTO E MATERIAIS
AMBU	2	AMBU
Andador (Adulto e Infantil)	2	Andador (Adulto e Infantil)
Armários	2	Armários

Aspirador de Secreção portátil	2	Aspirador de Secreção portátil
Barras Paralelas	1	Barras Paralelas
Bengala	2	Bengala
Cadeiras	10	Cadeiras
Cilindro de Oxigênio	1	Cilindro de Oxigênio
Escada Linear para Marcha (sem rampa)	1	Escada Linear para marcha (sem rampa)
Esfigmomanômetro	1	Esfigmomanômetro
Estetoscópio	1	Estetoscópio
FES	1	FES
Goniômetro	1	Goniômetro
Lanterna clínica	1	Lanterna clínica
Mesa Ortostática	1	Mesa ortostática
Par de Muletas	2	Par de Muletas
Mesa de reunião	1	Mesa de reunião
Mesas auxiliares	4	Mesas auxiliares
Mocho	2	Mocho
Nebulizador Portátil	1	Nebulizador Portátil
Oxímetro	1	Oxímetro
Prono-supinador	1	Prono-supinador
TENS estimulador Transcutâneo	1	TENS estimulador transcutâneo
Ultrasom para fisioterapia	1	Ultrasom para fisioterapia
Computador	2	Computador

ANEXO 23 DO ANEXO III

CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP (Origem: PRT MS/GM 2809/2012, Anexo 2)

CRITÉRIOS PARA A ADEQUAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM HOSPITAL ESPECIALIZADO EM CUIDADOS PROLONGADOS - HCP

A Adequação de uma Unidade de Saúde em Hospital Especializado em Cuidados Prolongados - HCP deverá cumprir os seguintes critérios:

Toda reforma ou ampliação na estrutura física da HCP deverá ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local bem como do órgão municipal ou estadual competente. O HCP deverá atender aos requisitos de infraestrutura, previstas em normas pertinentes, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e normas da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária - ANVISA.

O HCP deverá garantir a acessibilidade a todas as pessoas com dificuldade de locomoção segundo o estabelecido em legislação específica e atender minimamente às seguintes exigências específicas: Os corredores devem possuir no mínimo 1,50 m de largura para permitir o trânsito de duas cadeiras de rodas.

Os balcões de atendimento devem ser acessíveis a cadeirantes. Uma parte da superfície do balcão, com extensão de no mínimo 0,90 m, deve ter altura de no máximo 0,90 m. Deve possuir também altura livre inferior de no mínimo 0,73 m do piso e profundidade livre inferior de no mínimo 0,30 m.

As portas que dão acesso aos leitos devem ter vão livre mínimo de 0,80 m e altura mínima de 2,10 m. A maçaneta deverá estar localizada entre 0,80 m e 1 m do solo.

Os leitos devem contar com uma faixa livre de circulação com no mínimo 0,90 m de largura, prevendo área de manobras para o acesso ao sanitário, camas e armários. Deve haver pelo menos uma área com diâmetro de no mínimo 1,50 m que possibilite um giro de 360° com cadeira de rodas.

Pelo menos 5% dos leitos devem ser acessíveis a cadeirantes, com altura de 0,46m. Recomenda-se que outros 10% sejam adaptáveis. Os interruptores devem se situar entre 0,60 m e 1 m do solo. Já as tomadas, devem se situar entre 0,40 m e 1 m do solo.
Nos sanitários é necessária a instalação de dispositivo de sinalização de emergência ao lado da bacia e do boxe do chuveiro, a uma altura de 0,40 m do piso acabado, para acionamento em caso de queda.

Os boxes para bacia sanitária devem possuir dimensão mínima de 1,50 m (largura) X 1,70 m e devem garantir as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°. Deve ser instalado um lavatório dentro do boxe, em local que não interfira na área de transferência. Quando a porta instalada for

do tipo de eixo vertical, ela deve abrir para o lado externo do boxe. Recomenda-se a instalação de ducha higiênica ao lado da bacia, dotada de registro de pressão para regulagem da vazão.

As bacias sanitárias devem estar a uma altura, com o assento, entre 0,43 m e 0,46 m do piso acabado. O acionamento da descarga deve estar a uma altura de 1,00 m, do seu eixo ao piso acabado, e ser preferencialmente do tipo alavanca ou com mecanismos automáticos.

Os lavatórios devem ser suspensos, sendo que sua borda superior deve estar a uma altura de 0,78 m a 0,80 m do piso acabado e respeitando uma altura livre mínima de 0,73 m na sua parte inferior frontal. O sifão e a tubulação devem estar situados a no mínimo 0,25 m da face externa frontal e ter dispositivo de proteção do tipo coluna suspensa ou similar. Não é permitida a utilização de colunas até o piso ou gabinetes. As torneiras de lavatórios devem ser acionadas por alavanca, sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes. Quando forem utilizados misturadores, estes devem ser preferencialmente de monocomando. O comando da torneira deve estar no máximo a 0,50 m da face externa frontal do lavatório. Devem ser instaladas barras de apoio junto ao lavatório, na altura do mesmo.

(*) Republicada por ter saído no DOU n- 237, de 10-12-2012, Seção 1, pág. 36, com incorreção no original.

ANEXO IV

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Origem: PRT MS/GM 483/2014)

Art. 1º Este Anexo define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I

Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO I)

Art. 2º Para efeito deste Anexo, consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 2º)

Art. 3º São princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º)

I - acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, I)

II - humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, II)

III - respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, III)

IV - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, IV)

V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, V)

VI - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VI)

VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VII)

VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, VIII)

IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, IX)

X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, X)

XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XI)

XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XII)

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 3º, XIII)

Art. 4º São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º)

I - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º, I)

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 4º, II)

Art. 5º São objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º)

I - ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, I)

II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, II)

III - propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, III)

IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, IV)

V - ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, V)

VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, VI)

VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 5º, VII)

Seção II
Das Competências das Esferas de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO II)

Art. 6º Compete ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos de atuação: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º)
I - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, I)

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças crônicas, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, II)

III - promover a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, III)

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para os cuidados prestados às pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle e a regulação das ações realizadas, garantindo-se a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, IV)

V - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando-se as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, V)

VI - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VI)

VII - elaborar, desenvolver estratégias de comunicação e disponibilizar publicações, materiais didáticos, informativos ou outros materiais de interesse da população e dos profissionais de saúde relacionados às doenças crônicas e seus fatores de risco; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VII)

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias para implantação das linhas de cuidado das doenças crônicas; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde, de acordo com o respectivo nível de gestão, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 6º, IX)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º)
I - definir diretrizes gerais para estruturação das linhas de cuidado e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, I)

II - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de consolidação e qualificação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, II)

III - realizar estudos no intuito de subsidiar e justificar a incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS que possam ser utilizadas para qualificar o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, III)

IV - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam ações de atenção às pessoas com doenças crônicas, quando couber, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em Portarias específicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, IV)

V - desenvolver e disponibilizar sistemas de informação para os cuidados prestados às pessoas com doenças crônicas, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, o monitoramento, a avaliação, o controle e a regulação das ações realizadas, garantindo-se a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos de compra centralizada, necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, VI)

VII - publicar documentos de apoio para a organização local das linhas de cuidado e para a elaboração de diretrizes clínicas regionais. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 7º, VII)

Art. 8º Compete às Secretarias de Saúde dos Estados: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º)
I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação das ações voltadas à atenção às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, I)

II - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, II)

III - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde do seu Estado com vistas ao desenvolvimento de planos de ação regionais para elaboração das linhas de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, III)

IV - acompanhar e apoiar a organização e a implementação regional das linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, IV)

V - organizar a referência e a contrarreferência estaduais e regionais por meio da regulação com definição de critérios e do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da rede, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, VI)

VII - apoiar e organizar a implantação de sistemas de informação vigentes, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, nos Municípios, e apoiar a utilização dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 8º, VII)

Art. 9º Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º)
I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, considerando-se os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, I)

II - organizar as linhas de cuidado que irão compor a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para o cuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, II)

III - pactuar as linhas de cuidado com os Municípios da respectiva região de saúde, garantindo a oferta de cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, III)

IV - organizar e pactuar as diretrizes, o fluxo e a regulação intra e intermunicipal das ações e dos serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia do acesso dos usuários, de acordo com suas necessidades; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, IV)

V - implantar sistemas de informação, disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou desenvolvidos localmente, quando couber, e contribuir para sua utilização de forma a obter registros dos dados relativos ao cuidado das pessoas

com doenças crônicas atendidas nos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do Município; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, V)

VI - garantir o acesso aos insumos e medicamentos necessários para o tratamento das doenças crônicas de acordo com a RENAME e de acordo com o disposto em legislações específicas, no que couber. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 9º, VI)

Art. 10. Aplica-se à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal o disposto nos arts. 8º e 9º do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 10)

Seção III
Dos Componentes
(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, I)

II - Atenção Especializada, que se divide em: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II)
a) ambulatorial especializado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, a)

b) hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, b)

c) urgência e emergência; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, II, c)

III - Sistemas de Apoio; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, III)

IV - Sistemas Logísticos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, IV)

V - Regulação; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, V)

VI - Governança. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 11, VI)

Art. 12. A Atenção Básica constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete à Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único)
I - realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, I)

II - prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, II)

III - encaminhar para a Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, ou quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, com base no controle dos fatores de risco e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas, regulação e pactuação locais, considerando-se as necessidades individuais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, III)

IV - coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, IV)

V - acionar a Academia da Saúde e/ou outros equipamentos disponíveis no território como forma de contribuir para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, de acordo com as necessidades identificadas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, V)

VI - acionar as ferramentas de teleassistência, de teleducação e regulação vigentes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda dos usuários com doenças crônicas aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, VI)

VII - realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 12, Parágrafo Único, VII)

Art. 13. A Atenção Especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 13)

Art. 14. O subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado.

(Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete ao subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

I - atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, I)

II - prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, II)

III - prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, III)

IV - realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, IV)

V - orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, V)

VI - encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 14, Parágrafo Único, VI)

Art. 15. O subcomponente hospitalar da Atenção Especializada constitui o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Além do disposto no art. 21, compete ao subcomponente hospitalar da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

I - realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela Atenção Básica ou pelo subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, II)

III - programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, III)

IV - realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da Atenção Básica e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, IV)

V - prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 15, Parágrafo Único, V)

Art. 16. O subcomponente de urgência e emergência da Atenção Especializada constitui o conjunto de ações e serviços voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16)

Parágrafo Único. Compete ao subcomponente urgência e emergência da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único)

I - prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das doenças crônicas a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único, I)

II - realizar referência ou contrarreferência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 16, Parágrafo Único, II)

Art. 17. Os Sistemas de Apoio constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17)

Parágrafo Único. Compete aos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

I - realizar apoio diagnóstico e terapêutico das solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as pactuações locais ou regionais definidas com base nos protocolos e nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único, I)

II - prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das pessoas com doenças crônicas, considerando-se a forma de organização da gestão local e regional, as necessidades de saúde locais e a RENAME. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 17, Parágrafo Único, II)

Art. 18. Os Sistemas Logísticos constituem soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18)

Parágrafo Único. Compete aos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

I - operacionalizar a implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços da Atenção Especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único, I)

II - organizar sistema de transporte sanitário, por meio de pactuações nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e/ou nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que permita o fluxo adequado dos usuários com doenças crônicas entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações eletivas, por meio de veículos adaptados, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 18, Parágrafo Único, II)

Art. 19. A Regulação constitui o componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, especialmente os de maior densidade tecnológica, e auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 19)

Parágrafo Único. Compete à Regulação garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e de alta densidade tecnológica, necessários ao cuidado integral dos usuários com doenças crônicas, por meio das Centrais de Regulação ou Complexos Reguladores ou de acordo com a pactuação local, garantindo a equidade no acesso, em tempo oportuno, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, levando em consideração a estratificação de risco e as diretrizes clínicas definidas pela gestão federal, regional ou local. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A Governança constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 20)

Art. 21. São competências comuns do componente da Atenção Básica e dos subcomponentes ambulatorial especializado e hospitalar da Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21)

I - planejar o cuidado considerando a avaliação da vulnerabilidade e da capacidade de autocuidado das pessoas com doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, I)

II - organizar as ações que promovam os cuidados paliativos, quando couber, nas linhas de cuidado definidas para cada doença crônica, apoiando o cuidado e articulando com os demais pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, II)

III - garantir o acesso aos medicamentos e insumos para o tratamento das doenças crônicas, de acordo com as atribuições do ponto de atenção e de acordo com a RENAME; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, III)

IV - registrar as informações referentes às pessoas e às ações relacionadas às doenças crônicas nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, IV)

V - manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção que compõem a linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, V)

VI - realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência e encaminhar os indivíduos com complicações agudas a outros serviços e/ou pontos de atenção, conforme necessidade individual; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, VI)

VII - oferecer acompanhamento multiprofissional e programar a realização de consultas e de exames de acordo com a necessidade individual, os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local, no âmbito da sua atuação. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 21, VII)

Art. 22. Todos os pontos de atenção à saúde, em especial os que integram os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, prestarão o cuidado aos usuários com doenças crônicas agudizadas em ambiente adequado até a transferência ou encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 22)

Seção IV
Das Linhas de Cuidado
(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 23. A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 23)

Art. 24. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as linhas de cuidado deverão: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24)

I - expressar os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos ao usuário a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24, I)

II - definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada região de saúde, sempre considerando as evidências científicas sobre o tema de que trata. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 24, II)

Art. 25. As linhas de cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25)

I - definição no âmbito de 1 (uma) ou mais regiões de saúde, de acordo com a pactuação realizada nas CIR e/ou CIB e no CGSES/DF, considerando-se as necessidades de saúde das respectivas populações; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, I)

II - garantia da regionalização da atenção especializada de forma que esta trabalhe com abrangência territorial e populacional, conforme pactuações loco-regionais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, II)

III - caracterização dos pontos de atenção que conformam a linha de cuidado por meio da definição mínima de competências e de responsabilidades de cada um deles e do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, dentre outros dispositivos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, III)

IV - garantia e articulação dos recursos existentes para operacionalização das linhas de cuidado, segundo o planejamento de cada unidade federada; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, IV)

V - garantia de acesso regulado à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, V)

VI - implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VI)

VII - oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para prevenção e tratamento das doenças crônicas, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando-se as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VII)

VIII - garantia da avaliação e do acompanhamento periódicos das pessoas que apresentam doenças crônicas de forma integral e criteriosa, considerando-se a totalidade dos fatores de risco a que estão sujeitas e não apenas o potencial isolado de cada diagnóstico clínico ou laboratorial; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, VIII)

IX - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado de maneira a garantir a autonomia do usuário, o conhecimento sobre sua saúde e a corresponsabilização dos atores envolvidos; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, IX)

X - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, incluindo incentivo à alimentação adequada e saudável e às práticas corporais e atividade física, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis, respeitando-se hábitos e culturas locais; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, X)

XI - definição de indicadores e metas de acompanhamento e avaliação para as linhas de cuidado das doenças crônicas. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, XI)

Parágrafo Único. A programação de cuidado, no que se refere à definição da frequência de realização de consultas, de grupos e de solicitação de exames, não se limitará ao critério de estratificação de risco, devendo considerar: (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

I - os princípios da Atenção Básica descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades individuais; (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, II)

III - as diretrizes clínicas de cada doença crônica; e (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, III)

IV - os determinantes sociais da saúde. (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 25, Parágrafo Único, IV)

Seção V
Das Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 483/2014, CAPÍTULO V)

Art. 26. A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas será integrada ao Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP). (Origem: PRT MS/GM 483/2014, Art. 26)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Art. 27. Este Capítulo redefine as diretrizes para organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 1º)

Art. 28. A organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observará as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º)
I - diagnóstico da população assistida no SUS, de modo a identificar os indivíduos com sobrepeso e obesidade a partir da classificação de seu estado nutricional de acordo com a fase do curso da vida, ou seja, enquanto crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, I)

II - estratificação de risco da população de acordo com a classificação do seu estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, II)

III - organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da definição de competências de cada ponto de atenção, do estabelecimento de mecanismos de comunicação entre eles, bem como da garantia dos recursos necessários ao seu funcionamento segundo o planejamento de cada ente federativo e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, III)

IV - utilização de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, gestão de casos e regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, IV)

V - investigação e monitoramento dos principais determinantes do sobrepeso e obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, V)

VI - articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis que permitam a manutenção ou recuperação do peso saudável; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VI)

VII - garantia de financiamento adequado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VII)

VIII - formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, VIII)

IX - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade, com efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, IX)

X - garantia da oferta de práticas integrativas e complementares para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das pessoas com sobrepeso e obesidade. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 2º, X)

Art. 29. Para os fins deste Capítulo, as atribuições gerais dos pontos de atenção à saúde do SUS para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade serão definidos a partir da classificação do estado nutricional do indivíduo segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º)

§ 1º Para organização do cuidado aos indivíduos nas demais fases do curso da vida que apresentem sobrepeso e obesidade, deverá ser observada a equivalência dos critérios de classificação por IMC e as especificidades do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os critérios de classificação para o sobrepeso e a obesidade nas diferentes fases do curso da vida devem seguir as referências do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º No caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC maior ou igual a 25 kg/m2 e menor que 30 kg/m2 e com obesidade aqueles com IMC maior ou igual a 30 kg/m2, sendo a obesidade classificada em: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º)

I - Grau I: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 30 kg/m2 e menor que 35 kg/m2; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, I)

II - Grau II: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 35 kg/m2 e menor que 40 kg/m2; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, II)

III - Grau III: indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 kg/m2. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 3º, § 3º, III)

Art. 30. Para a prevenção e o tratamento do sobrepeso e da obesidade, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão especialmente as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º)
I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I)
a) realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, a)

b) realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, b)

c) apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, c)

d) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, d)

e) coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m²; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, e)

f) prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, f)

g) garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, I, g)

II - Componente Atenção Especializada: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II)
a) Subcomponente Ambulatorial Especializado: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a)
1. prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 1)

2. prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC maior ou igual a 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 2)

3. diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 3)

4. prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 4)

5. prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 5)

6. organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 6)

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, a, 7)

b) Subcomponente Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b)
1. realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo 1 do Anexo IV e protocolos locais de encaminhamentos e regulação; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 1)

2. organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 2)

3. realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo 1 do Anexo IV e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 3)

4. realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 4)

5. garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 5)

6. organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo 1 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 6)

7. realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, b, 7)

c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós-operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, II, c)

III - Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III)
a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, a)

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, b)

c) realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, III, c)

Parágrafo Único. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 31. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido neste Capítulo e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos 1 e 2 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º)

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo 1 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 2º)

§ 3º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 5º, § 4º)

Art. 32. Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 6º)

Art. 33. O financiamento da organização das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Básica será realizado por meio do Piso de Atenção Básica, do Piso de Vigilância e Promoção da Saúde, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do apoio para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 7º)

Art. 34. O financiamento da organização das ações e serviços no âmbito do Componente Atenção Especializada será realizado conforme ato normativo específico do Ministério da Saúde, mediante pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e estará condicionado à construção regional da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 8º)

Art. 35. O Ministério da Saúde disponibilizará manuais instrutivos e cadernos temáticos para orientar a organização local de linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade e a construção de diretrizes clínicas regionais. (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Art. 9º)

Art. 36. Fica a cargo das Secretarias municipais, estaduais e distrital de Saúde organizar a Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade para garantir o cuidado integral ao indivíduo com obesidade. (Origem: PRT MS/GM 62/2017, Art. 4º)

Seção I

Do Regulamento Técnico, Normas e Critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade

Art. 37. Fica definido que os estabelecimentos com Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade são os hospitais que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento aos indivíduos com obesidade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os indivíduos com indicação para o tratamento cirúrgico da obesidade são aqueles com obesidade grau III e obesidade grau II com comorbidades, conforme os critérios estabelecidos no Capítulo II, da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 38. Para cumprir as suas finalidades os estabelecimentos de saúde habilitados como Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade devem estar inseridos na organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. As Secretarias de Saúde dos Estados, ao indicarem o estabelecimento que prestará a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, devem estabelecer em conjunto com seus respectivos municípios, os fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência dos indivíduos obesos grau III e grau II com comorbidades, de acordo com o estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 39. Fica estabelecido que a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deverá: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º)

I - participar de forma articulada e integrada com a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e com a linha de cuidado definida localmente para o tratamento do sobrepeso e da obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º, I)

II - participar no desenvolvimento profissional, em parceria com o gestor local do SUS, induzindo à formação e qualificação para atenção ao obeso, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 3º, II)

Art. 40. Fica aprovado, na forma de Anexos 3, 4 e 5 do Anexo IV , o que segue: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º)

I - Anexo 3 do Anexo IV - Diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-cirurgia bariátrica; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, I)

II - Anexo 4 do Anexo IV - Normas de Credenciamento/Habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, II)

III - Anexo 5 do Anexo IV - Relação dos procedimentos para o tratamento cirúrgico da obesidade na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 4º, III)

Art. 41. Ficam definidos que os critérios de credenciamento/habilitação para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade com adesão à linha de cuidado do sobrepeso e obesidade estão estabelecidos no Anexo 4 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ao Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Coordenação-Geral de Atenção Especializada (CGAE/DAET/SAS/MS) aprovando a indicação do estabelecimento para o credenciamento/habilitação na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 5º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1389/2014) (com redação dada pela PRT MS/GM 62/2017)

Art. 42. Ficam alteradas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS as idades mínima e máxima para o tratamento cirúrgico da obesidade, respeitando-se os limites clínicos de acordo a idade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º)

§ 1º Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore -Z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas da área clínica e cirúrgica. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 43. Fica incluído, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, o procedimento 03.01.12.008-0 - Acompanhamento de paciente pré-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional, que tem como instrumento de

registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º)

§ 1º O procedimento referido no "caput" deste artigo deve ser apresentado na quantidade máxima de 01 (um) em APAC tipo única, que terá validade de 03 (três) competências. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º, § 1º)

§ 2º Para realização do procedimento descrito no "caput" os estabelecimentos devem ser habilitados em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade (código 02.03). (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 9º, § 2º)

Art. 44. O procedimento 03.01.12.005-6 - Acompanhamento de paciente pós-cirurgia bariátrica por equipe multiprofissional tem como instrumento de registro a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, cujo Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial deverá conter os dados complementares. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Os modelos de laudos e demais orientações técnicas estão disponíveis no endereço eletrônico http://sia.datasus.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 45. Fica incluído o procedimento 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve) - na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 11)

Art. 46. Ficam incluídos os procedimentos para possíveis complicações pós-cirúrgica: 03.03.07.013-7 - Tratamento de intercorrência clínica pós-cirurgia bariátrica e 04.07.01.037-8 - Tratamento de intercorrência cirúrgica pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12)

§ 1º Fica definido que os procedimentos descritos no "caput" estão restritos aos primeiros 30 (trinta) dias pós-cirurgia bariátrica. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas pós-cirurgia bariátrica com internação do paciente deverá ser registrado o número da AIH da cirurgia bariátrica no campo AIH anterior no SISAIH01. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 12, § 2º)

Art. 47. Fica incluído o procedimento 04.13.04.025-9 - Dermolipectomia abdominal circunferencial pós-cirurgia bariátrica na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS conforme Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 13)

Art. 48. O registro do procedimento 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS será efetuado da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14)

I - na AIH dever-se-á informar como procedimento solicitado e realizado o 04.15.02.001-8 - Procedimentos Sequenciais de Cirurgia Plástica Reparadora pós-cirurgia bariátrica; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, I)

II - na mesma AIH do procedimento 04.15.02.001-8 será permitido o registro simultâneo de, no máximo, 02 (dois) procedimentos de cirurgias plásticas reparadoras definidas no Anexo 5 do Anexo IV ; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, II)

III - os procedimentos definidos no Anexo 5 do Anexo IV deverão ser registrados no Campo Procedimentos Realizados da AIH, sendo pago 100% do valor total de cada procedimento. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 14, III)

Art. 49. Ficam alterados os atributos dos procedimentos 04.07.01.012-2 - Gastrectomia com ou sem derivação duodenal, 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda e 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal, conforme Anexo 5 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 15)

Art. 50. O valor do procedimento para o tratamento cirúrgico da obesidade não inclui os valores das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) compatíveis, das diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e dos procedimentos especiais realizados no paciente durante a internação. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 16) (com redação dada pela)

Art. 51. Ficam incluídas as compatibilidades de OPM com os procedimentos para tratamento cirúrgico da obesidade conforme a tabela a seguir: (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17)
I - Procedimentos: 04.07.01.012-2 - Compatibilidades: Gastrectomia com ou sem derivação duodenal - Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, I)

II - Procedimentos: 04.07.01.036-0 - Gastrectomia Vertical em Manga (Sleeve); Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, II)

III - Procedimentos: 04.07.01.017-3 - Gastroplastia com derivação intestinal; Compatibilidades: 07.02.05.028-8 - Grampeador linear cortante, Quantidade: 01; 07.02.05.004-0 - Carga para grampeador linear cortante, Quantidade: 03; e (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, III)

IV - Procedimentos: 04.07.01.018-1 - Gastroplastia vertical com banda; Compatibilidades: 07.02.05.027-0 - Grampeador linear, Quantidade: 01; 07.02.05.026-1 - Grampeador circular intraluminal, Quantidade: 01. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 17, IV)

Art. 52. Fica determinado que a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade realize as avaliações, as indicações e o acompanhamento dos indivíduos com obesidade, conforme estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 18)

Art. 53. Fica determinado que a organização da Rede de Atenção às Urgências deve prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos indivíduos com obesidade a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 19)

Art. 54. As Secretarias de Saúde dos Estados, desde que não haja oferta de serviços ou insuficiência avaliada e comprovada, devem observar o disposto na Portaria n° 258/SAS/MS, de 30 de julho de 2009 que regulamenta a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 20)

Art. 55. Fica determinado que os formulários de vistoria e roteiros que auxiliem no tratamento e encaminhamento do paciente obeso grau III ou grau II, com comorbidades, estarão disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 21)

Art. 56. É de responsabilidade dos gestores locais a regulação, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a avaliação da estrutura, a forma e a equipe para atendimento ao indivíduo com obesidade, bem como a garantia da qualidade dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 22)

Art. 57. Caberá aos gestores locais estaduais ou municipais realizarem ações de regulação, de controle e de avaliação da atenção à saúde, bem como a conformidade entre os procedimentos realizados e seus ressarcimentos. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 23)

Art. 58. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o cumprimento do disposto nas regras sobre Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Art. 25)

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC) NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I

Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO I)

Art. 59. Ficam definidos os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC) e instituído incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 1°)

Art. 60. Ficam aprovadas as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS, que será disponibilizada no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 2°)

Seção II

Das Diretrizes e Critérios para a Organização da Linha de Cuidado à Pessoa com DRC
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO II)

Art. 61. Os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3°)

I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3°, I)

II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3°, II)

III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3°, III)

IV - garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3°, IV)

V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3°, V)

VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VI)

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VII)

VIII - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, VIII)

IX - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 3º, IX)

Art. 62. Para efeito deste Capítulo, a classificação do estágio clínico da DRC, segundo a TFG, observará aos seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º)

I - DRC estágio 1: TFG ³ 90mL/min/1,73m² na presença de proteinúria e/ou hematúria ou alteração no exame de imagem; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, I)

II - DRC estágio 2: TFG ³ 60 a 89 mL/min./1,73m²; III - DRC estágio 3a: TFG ³ 45 a 59 mL/min./1,73m²; IV - DRC estágio 3b: TFG ³ 30 a 44 mL/min./1,73m²; V - DRC estágio 4: TFG ³ 15 a 29 mL/min./1,73m²; e VI - DRC estágio 5: TFG < 15 mL/min./1,73m². (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, II)

Parágrafo Único. É recomendado que o laboratório de análises clínicas disponibilize o resultado do exame de dosagem de creatinina acompanhado do resultado da TFG. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 63. São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, além das definidas no Anexo IV, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I)

a) realizar ações recomendadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, na prevenção dos fatores de risco relativos à DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, a)

b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, b)

c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, c)

d) realizar estratificação de risco e encaminhamento à atenção especializada, quando necessário, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, d)

e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, e)

f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, f)

g) prestar cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência ou encaminhamento das pessoas com complicações agudas da DRC ou da TRS a outros pontos de atenção, quando necessário, de acordo com o Anexo III ; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, g)

h) registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIsAB) as ações de controle da DRC; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, I, h)

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II)

a) atuar de acordo com a definição da Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, a)

b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, b)

c) disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais, conforme disposto no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, c)

d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter para dialise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, d)

e) definir, no contrato celebrado entre o gestor de saúde e o estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC, de quem será a responsabilidade para realizar a confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, e)

f) utilizar da regulação das urgências para o encaminhamento ou transferência da pessoa com DRC para os estabelecimentos de saúde de referência, previamente pactuados locorregionalmente, quando estas pessoas estiverem no estabelecimento de atenção especializada ambulatorial em DRC e necessitarem, naquele momento, de cuidados imediatos em urgência; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, f)

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, g)

h) informar todos os acompanhamentos multiprofissionais em DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) e os demais procedimentos correspondentes nos temas relacionados em doenças renais, incluindo a TRS, quando couber, no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), ou outro(s) que vier(em) a substituí-lo, de acordo com a tipologia do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 5º, II, h)

Art. 64. Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 6º)

Art. 65. Compete aos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 7º)

Seção III
Das Tipologias e Atribuições das Unidades de Atenção Especializada Ambulatorial em DRC
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO III)

Art. 66. A atenção à saúde da pessoa com DRC será organizada conforme as seguintes tipologias: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º)
I - Unidade Especializada em DRC; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, I)

II - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, II)

III - Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, III)

§ 1º A Unidade Especializada em DRC, responsável pela Atenção de Média Complexidade, realizará o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e deverão matriciar as equipes de atenção básica, nos temas relacionados a doenças renais. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, responsável pela Atenção de Alta Complexidade, realizará pelo menos uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º À Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, responsável pela Atenção de Média e Alta complexidade, compete: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º)
I - realizar o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 (pré diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, I)

II - matriciar as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, II)

III - ofertar, pelo menos, uma modalidade de TRS-diálise para tratamento da pessoa com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 3º, III)

§ 4º O acompanhamento multiprofissional em DRC de que trata o § 1º e o inciso I do § 3º consiste na realização de consultas multiprofissionais e na realização de exames na periodicidade recomendada no documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS no estágio clínico pré-dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º O apoio matricial de que trata o § 1º e o inciso II do § 3º inclui ações como interconsultas, segunda opinião formativa, discussão de casos, momentos de educação permanente conjuntos, intervenções no território e intersetoriais, a fim de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado de uma população específica, de ampliar a capacidade de análise e de intervenção, aumentando a resolutividade dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º O tratamento de diálise, de que trata o § 2º e o inciso III do § 3º consiste na realização das consultas em nefrologia e exames decorrentes e na realização de pelo menos uma das seguintes modalidades de TRS-diálise: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º)
I - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, I)

II - diálise peritoneal automática (DPA); (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, II)

III - diálise peritoneal intermitente (DPI); e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, III)

IV - Hemodiálise (HD). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 8º, § 6º, IV)

Art. 67. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão oferecer, obrigatoriamente: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º)

I - atendimento ambulatorial aos pacientes que estão em processo de diálise, sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, I)

II - uma ou mais das modalidades de diálise de que trata o art. 66, § 6º ; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, II)

III - fornecimento, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, III)

IV - realização periódica, em seus pacientes, dos exames definidos conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, IV)

§ 1º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente a modalidade HD devem garantir o acesso à DPAC, à DPA e à DPI quando da necessidade do paciente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise com capacidade para oferecer somente as modalidades DPAC, DPA e DPI devem garantir o acesso à HD, quando da necessidade do paciente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 9º, § 2º)

Art. 68. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e a Unidade Especializada em DRC com TRS/diálise deverão: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10)

I - prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências que ocorrerem durante o processo de diálise, garantindo a estabilização do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, I)

II - dar continuidade à assistência por meio da regulação de urgência e emergência, que deverá garantir o transporte do paciente e a continuidade da assistência necessária para as referências previamente pactuadas locorregionalmente. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, II)

Parágrafo Único. O serviço de diálise deverá registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da efetividade dialítica nos prontuários dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 69. A sala para atendimento ao paciente HbsAg+ pode ser considerada opcional, desde que o estabelecimento de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para o atendimento destes pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 11)

Art. 70. Os pacientes devem ser submetidos à confecção da fístula, de acordo com a condição vascular, quando a TFG for menor do que 20 ml/min. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 12)

Art. 71. Os pacientes que optarem por diálise peritoneal serão encaminhados, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 13)

Parágrafo Único. Os pacientes de que trata o "caput" serão encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 13, Parágrafo Único)

Seção IV
Da Adesão e Habilitação para Integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRC
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 72. Para a adesão dos estabelecimentos de saúde para integrar a Linha de Cuidado da Pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC, as Secretarias de Saúde deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14)

I - Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) e, quando houver, da Comissão Intergestores Regional (CIR), contendo: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I)

a) aprovação dos estabelecimentos de saúde de atenção especializada ambulatorial que prestarão assistência às pessoas com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), contendo a relação dos estabelecimentos de saúde dentro da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, conforme definido neste Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I, a)

b) metas físicas a serem alcançadas, conforme a estimativa de público-alvo com DRC, estágio 4 e 5 (pré-diálise), considerando- se a capacidade de produção dos estabelecimentos de saúde elencados; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, I, b)

II - registro no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) das unidades básicas de saúde para as quais as unidades de atenção especializada ambulatorial serão referência; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, II)

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 14, III)

Art. 73. Para a habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade de Assistência da Alta Complexidade em Nefrologia, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão encaminhar à CGMAC/DAET/SAS/MS as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15)

I - parecer conclusivo do gestor público de saúde estadual quanto ao credenciamento/habilitação da Unidade; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, I)

II - Resolução da CIB aprovando o credenciamento/habilitação e a informação sobre o impacto financeiro no custeio do serviço de saúde; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, II)

III - relatório de vistoria realizado pela Vigilância Sanitária local, onde conste a estrita observância da RDC nº 11, de 13 de março de 2014, e cópia da Licença de Funcionamento; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, III)

IV - contrato assinado pelo gestor de saúde e o responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC com a definição da responsabilidade pela confecção da fístula arterio-venosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, IV)

V - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, o gestor local e o hospital vinculado ao SUS de retaguarda, estabelecendo as responsabilidades pela garantia de referência aos casos que necessitem de internação por intercorrências decorrentes do tratamento dialítico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, V)

VI - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise e o serviço de diagnose para que seja garantida a execução dos exames; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VI)

VII - declaração do impacto financeiro do serviço a ser credenciado, segundo os valores dos procedimentos necessários à realização da diálise constantes na tabela de procedimentos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VII)

VIII - termo de compromisso celebrado entre o serviço de saúde de diálise, que não ofereça todas as modalidades de diálise, com outro serviço de saúde de diálise, para que seja garantida a oferta de todas as modalidades de procedimentos de diálise; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, VIII)

IX - relação dos profissionais de saúde, especificando quais são os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde, cadastrados no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, IX)

X - documento da Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde que comprove a garantia da assistência do paciente com DRC, por meio da regulação de urgência e emergência, no caso de intercorrência durante o tratamento de diálise; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, X)

XI - Termo de compromisso assinado pelo responsável técnico do estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde em DRC garantindo o encaminhamento de todos os pacientes em diálise para avaliação por uma equipe de transplante; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, XI)

XII - cópia da publicação, em diário oficial, do extrato de contrato com o estabelecimento de saúde, quando este não for da rede própria vinculada à respectiva Secretaria de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, XII)

§ 1º No caso do inciso III, o serviço público deve ter a cópia do parecer técnico conclusivo da situação encontrada que será anexado ao processo. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 1º)

§ 2º O processo de habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 2º)

§ 3º O respectivo gestor público de saúde estadual analisará a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos dispostos neste Capítulo e dará início ao processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 3º)

§ 4º A ausência da análise de que trata o § 3º impede a sequência do processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 4º)

§ 5º Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo gestor público de saúde estadual, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 15, § 5º)

Art. 74. Para habilitação dos estabelecimentos de saúde para integrar a linha de cuidado da pessoa com DRC como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, as Secretarias de Saúde Estaduais deverão observar o disposto nos arts. 72 e 73 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 16)

Art. 75. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a adesão/habilitação do serviço de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 17)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da Portaria específica de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 76. Para que os estabelecimentos atualmente habilitados em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (serviço de nefrologia) - código 1501 ou em Centro de referência de alta complexidade em nefrologia - código 1502 se habilitem como Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise, o ente federativo interessado, por meio de sua respectiva Secretaria de Saúde, deverá encaminhar ao Ministério da Saúde as informações previstas art. 72. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 18)

Seção V
Da Composição das Equipes
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO V)

Art. 77. A Unidade Especializada em DRC terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19)

I - médico nefrologista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, I)

II - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, II)

III - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, III)

IV - psicólogo; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, IV)

V - assistente social. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 19, V)

Art. 78. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20)

I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, I)

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, II)

III - médico nefrologista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, III)

IV - enfermeiro especialista em nefrologia; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, IV)

V - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, V)

VI - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VI)

VII - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VII)

VIII - técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, VIII)

IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, IX)

X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, X)

XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 20, XI)

Art. 79. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de DPAC ou DPA terá a seguinte equipe mínima: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21)

I - médico nefrologista, como responsável técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, I)

II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, II)

III - nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, IV)

V - assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, V)

VI - técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 21, VI)

Art. 80. A composição mínima da equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise observará o disposto nos arts. 77, 78 e 79 do Anexo IV , no que couber. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 22)

Parágrafo Único. O mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 81. A substituição dos profissionais que compõem as equipes mínimas deve ser providenciada nos respectivos períodos de férias. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 23)

Art. 82. O médico e o enfermeiro de que trata os incisos I e II do art. 78 e os incisos I e II do art. 79 só podem ser os Responsáveis Técnicos de 1 (uma) Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia ou de 1 (uma) Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 24)

Art. 83. Para o programa de DPAC e de DPA, deverá ser obedecida a proporção de pelo menos 1 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 25)

Art. 84. Para o programa de DPI, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26)

I - 1 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 1 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, I)

II - 1 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, II)

III - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 89, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, III)

IV - 1 (um) enfermeiro, em conformidade com o art. 89, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, IV)

V - 1 (um) técnico de enfermagem em todos os turnos, para cada 2 (dois) pacientes, ou para cada 4 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 26, V)

Art. 85. Para a HD, deverá ser obedecido, no mínimo, a seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27)

I - 1 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, I)

II - 1 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, em cada turno; e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, II)

III - 1 (um) técnico de enfermagem para cada 4 (quatro) pacientes por sessão de HD. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, III)

Parágrafo Único. Todos os membros da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento durante o procedimento hemodialítico devem permanecer no ambiente de diálise durante toda a sessão. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 27, Parágrafo Único)

Art. 86. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28)

§ 1º Em Municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 1º)

§ 2º A proporção de técnico de enfermagem deve ser de 1 (um) para cada 2 (dois) pacientes por turno. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 2º)

§ 3º O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 28, § 3º)

Art. 87. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 70 (setenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 29)

Art. 88. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 30)

Art. 89. A capacitação formal e o credenciamento dos enfermeiros na especialidade de nefrologia devem ser comprovados por declaração ou certificado, respectivamente, reconhecidos pela Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31)

§ 1º No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31, § 1º)

§ 2º O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 31, § 2º)

Seção VI
Do Monitoramento e Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 90. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com DRC no âmbito do SUS serão submetidos à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores, estando sob responsabilidade destes gestores, dentre outras, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34)

I - avaliação da estrutura e equipe dos estabelecimentos por eles autorizados para prestar o cuidado; (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, I)

II - avaliação da compatibilidade entre o número de casos esperados para a população atendida, o número de atendimentos realizados e o número de procedimentos faturados, observando também a distribuição numérica esperada dos procedimentos (consultas e acompanhamentos/tratamentos); e (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, II)

III - avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos estabelecimentos. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 34, III)

Art. 91. O cumprimento das metas físicas de que trata o art. 296, § 2º da Portaria de Consolidação nº 6 será avaliado a cada 3 (três) meses a partir da adesão ou habilitação, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) ou de outros sistemas de informação oficiais definidos pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35)

§ 1º A ausência de informação por 3 (três) meses consecutivos no SIA/SUS acarretará a suspensão do repasse do incentivo financeiro de que trata o art. 296 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 1º)

§ 2º Em caso de não se constatar no SIA/SUS o cumprimento do percentual de pessoas com DRC nos estágios 4 e 5 pré diálise em relação ao percentual de pessoas com DRC em diálise/TRS no respectivo estabelecimento de saúde, conforme preconizado no Anexo XVII da Portaria de Consolidação nº 6, poderá ocorrer a reclassificação ou extinção das habilitações das Unidades Especializadas em DRC com TRS/Diálise. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 2º)

§ 3º O estabelecimento de saúde que não realizar as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde será notificado e desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 3º)

§ 4º O gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço a ser desabilitado nos termos do § 3º deverá encaminhar ao Ministério da Saúde, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar do recebimento da notificação, a justificativa para o não cumprimento da produção mínima exigida. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 4º)

§ 5º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 4º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do serviço. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 5º)

§ 6º A desabilitação do estabelecimento de saúde será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e Código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 6º)

§ 7º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir os valores de que trata o art. 296 da Portaria de Consolidação nº 6 referente ao período de 3 (três) meses no quais não tenha cumprido as metas físicas estabelecidas pelo gestor público de saúde. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 7º)

§ 8º A restituição de que trata o § 7º será operacionalizada pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS) por meio do encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente realizado pelos serviços e gasto por cada Estado, Distrito Federal ou Município, quando ficar constatado a produção diferente do disposto neste Capítulo, tanto em relação ao rol mínimo, quanto em relação ao mínimo de procedimentos, sendo os valores não utilizados descontados dos Tetos Financeiros de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado, Distrito Federal ou Município. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 35, § 8º)

Art. 92. Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência às pessoas com DRC, habilitados pelos critérios definidos neste Capítulo, deverão produzir as informações para atender aos indicadores de qualidade definidos no Anexo 6 do Anexo IV e se comprometer com as metas estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 36)

Art. 93. Os recursos financeiros transferidos serão movimentados sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de controle interno do Poder Executivo e pelo Tribunal de Contas da União conforme disposto no art. 3º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 37)

Art. 94. O monitoramento de que trata este Capítulo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 38)

Art. 95. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994.

(Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 39)

Seção VII
Das Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 389/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 96. Fica incluído o campo "Vinculação das Unidades Básicas de Saúde às unidades de atenção especializada ambulatorial em doença renal crônica" no Módulo Básico do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 48)

Art. 97. Para fins de acesso à informação, deve ser garantido aos conselhos de saúde e às associações ou comissões de pacientes com DRC, o acesso aos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com DRC. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 49)

Parágrafo Único. O acesso aos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Art. 49, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV
DAS DIRETRIZES DE CUIDADO À PESSOA TABAGISTA NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO SUS

Art. 98. Ficam atualizadas as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 1º)

Art. 99. Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º)

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, I)

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, II)

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, III)

IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, IV)

V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, V)

VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 2º, VI)

Art. 100. A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde da atenção especializada que já ofertam o tratamento poderão continuar a ofertá-lo. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 101. O tratamento das pessoas tabagistas inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, cujas diretrizes clínicas serão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 4º)

Art. 102. Serão disponibilizados para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas os seguintes medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º)

I - Terapia de Reposição de Nicotina: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, I)

a) Apresentações: Adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), Goma de mascar (2mg) e Pastilha (2mg). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, I, a)

II - Cloridrato de Bupropiona: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, II)

a) Apresentação: Comprimido (150mg). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, II, a)

§ 1º Os medicamentos serão adquiridos pelo Governo Federal e distribuídos aos Estados, Distrito Federal, Capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes por meio do componente estratégico da assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os Municípios com menos de 500.000 habitantes receberão os medicamentos por meio da distribuição realizada pelo estado ao qual pertence. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A aquisição será baseada na programação nacional, realizada de maneira ascendente e descentralizada, com apoio da assistência farmacêutica municipal e estadual. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 3º)

§ 4º Os medicamentos prescritos pelos profissionais da atenção básica devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 5º, § 4º)

Art. 103. A gestão municipal a fim de garantir a atenção à pessoa tabagista, deverá se cadastrar no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab, e por meio do sistema de adesão ao PMAQ, em campo específico, optará por ofertar o tratamento do tabagismo à população assistida. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º)

§ 1º Cada equipe deverá preencher o formulário eletrônico específico sobre a atenção da pessoa tabagista na atenção básica, com informações que subsidiarão a estimativa de medicamentos necessários para o tratamento da população tabagista assistida por cada equipe. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Os detalhes para que as equipes possam ofertar esse serviço estarão especificados no endereço eletônico do Departamento de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 2º)

§ 3º O gestor municipal deverá atualizar os dados de todos os estabelecimentos de saúde que ofertam o tratamento do tabagismo com o código 119 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 6º, § 3º)

Art. 104. Os serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade que ofertam o tratamento ao tabagista deverão informar às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a programação do quantitativo de medicamentos necessários para atendimento aos usuários. A SMS deverá compilar os dados e encaminhar para a respectiva Secretaria Estadual de Saúde (SES) que, em conjunto com a assistência farmacêutica estadual, compilará os dados de todos os Municípios e encaminhará para a Coordenação Nacional do Programa de Controle e Tratamento do Tabagismo que por sua vez encaminhará para a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica de Medicamentos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que disponham de sistemas informatizados para gerenciamento de medicamentos, entre eles o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus), poderão extrair os dados a partir deste sistema. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 105. A programação para aquisição dos medicamentos deverá ser realizada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que receberá informações provenientes do Instituto Nacional do Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º)

§ 1º O Departamento de Atenção Básica (DAB) deverá enviar ao INCA informações que subsidiarão a programação dos medicamentos necessários ao tratamento a ser realizado nas unidades básicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O INCA compilará as informações enviadas pelo DAB com as demais informações enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, referentes aos demais pontos de atenção que realizam o tratamento ao tabagista. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 8º, § 2º)

Art. 106. São responsabilidades da gestão Municipal e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º)

I - capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer indicadores e metas de cuidado para avaliação e monitoramento à pessoa tabagista em nível municipal e informá-los aos gestores estadual e federal, conforme sugeridos no Anexo 8 do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, II)

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, III)

IV - realizar a dispensação dos medicamentos nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, IV)

V - estimular a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, V)

VI - estimular a realização da abordagem mínima e intensiva e disponibilizar o tratamento medicamentoso sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 9º, VI)

Art. 107. São responsabilidades da gestão estadual e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10)

I - capacitar e apoiar os municípios na capacitação dos profissionais; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, I)

II - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em nível estadual e informá-los ao gestor federal, conforme sugerido no Anexo 8 do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, II)

III - receber e armazenar medicamentos em local apropriado e distribuí-los aos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, III)

IV - realizar atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e em espaços coletivos; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, IV)

V - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 10, V)

Art. 108. São responsabilidades da gestão federal: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11)

I - apoiar os Municípios e Estados na ampliação dos profissionais capacitados; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, I)

II - elaborar materiais de apoio para os processos educativos, com enfoque na abordagem mínima e intensiva e no tratamento medicamentoso; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, II)

III - adquirir de maneira centralizada as medicações e distribuí-las aos Estados, Distrito Federal, capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, III)

IV - estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Estados e Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em âmbito nacional, de acordo com a sugestão do Anexo 8 do Anexo IV . (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 11, V)

Art. 109. Define as atribuições gerais dos elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde do SUS para prevenção e tratamento do tabagismo, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12)

I - Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I)

a) realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, a)

b) identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, b)

c) realizar a avaliação clínica inicial; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, c)

d) prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, d)

e) organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, e)

f) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, f)

g) diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, g)

h) acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, I, h)

II - Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II)

a) realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, a)

b) iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, b)

c) disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, c)

d) orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, d)

e) realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, II, e)

III - Apoio diagnóstico e terapêutico: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III)

a) realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento das pessoas tabagistas, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente; e (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III, a)

b) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da pessoa tabagista, de acordo com as diretrizes clínicas disponibilizadas posteriormente pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, III, b)

IV - Sistema de Informação e Regulação: (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, IV)

a) implementar sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos e a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 12, IV, a)

Art. 110. O Ministério da Saúde publicará documentos de apoio para o cuidado da pessoa tabagista, como Cadernos Temáticos e Manuais Técnicos. (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Art. 13)

CAPÍTULO V
DAS DIRETRIZES DE CUIDADO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DO CÂNCER DE MAMA NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Seção I
DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO (SRC), O SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA (SDM)

Art. 111. Esta Seção institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 1º)

Art. 112. O SRC e o SDM comporão o Componente Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e terão como objetivo fortalecer as ações voltadas ao diagnóstico precoce à confirmação diagnóstica e ao tratamento especializado dos cânceres do colo do útero e da mama. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. O SRC e o SDM podem, ainda, integrar a Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero e do Câncer de Mama, cujas diretrizes para organização serão objeto de ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 113. As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios poderão pleitear a habilitação como SRC ou SDM dos estabelecimentos de saúde públicos ou privados que atuam de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) que: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º)

I - realizem, por meio de infraestrutura própria, todos os procedimentos constantes do Anexo XXXII da Portaria de Consolidação nº 6 e/ou do Anexo XXXIII da Portaria de Consolidação nº 6; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, I)

II - possuam equipe de profissionais composta, no mínimo, pelos profissionais elencados no art. 114; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, II)

III - ofertem consultas especializadas com os profissionais especialistas de que trata o art. 114; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, III)

IV - possuam referência de serviço laboratorial para análise dos exames citopatológicos e histológicos das coletas que realiza; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, IV)

V - possuam referência de serviços especializados para o tratamento dos casos com necessidades de cirurgia, inclusive cirurgia oncológica, quimioterapia e/ou radioterapia ou dos casos de intercorrências em consequência da realização dos procedimentos de que tratam os Anexos XXXII e XXXIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 3º, V)

Art. 114. Para pleitear-se a habilitação como SRC e SDM os serviços de saúde possuirão, no mínimo, os seguintes profissionais na composição de suas equipes: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º)

I - SRC: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I)

a) médico ginecologista e obstetra (CBO - 225250); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, a)

b) enfermeiro (CBO - 223505); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, b)

c) técnico de enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, I, c)

II - SDM: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II)

a) médico mastologista (CBO - 225255) ou médico ginecologista e obstetra (CBO - 225250); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, a)

b) médico radiologista (CBO - 225320) ou médico mastologista (CBO - 225255); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, b)

c) enfermeiro (CBO - 223505); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, c)

d) técnico em enfermagem (CBO - 322205) ou auxiliar de enfermagem (CBO - 322230); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, d)

e) técnico em radiologia e imagenologia (CBO - 324115) ou tecnólogo em radiologia (CBO - 324120). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, II, e)

Parágrafo Único. O profissional de que tratam a alínea "b" do inciso I do "caput" e a alínea "c" do inciso II do "caput" poderá ser: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - enfermeiro obstétrico (CBO - 223545); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - enfermeiro auditor (CBO - 223510); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - enfermeiro de bordo (CBO - 223515); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - enfermeiro de centro cirúrgico (CBO - 2235-20); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - instrumentador cirúrgico - enfermeiro (CBO - 223520); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - enfermeiro de terapia intensiva (CBO - 2235-25); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - enfermeiro intensivista (CBO - 223525); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - enfermeiro do trabalho (CBO - 223530); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - enfermeiro nefrologista (CBO - 223535); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - enfermeiro neonatologista (CBO - 2235-40); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

XI - enfermeiro de berçário (CBO - 223540); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XI)

XII - enfermeiro obstétrico (CBO - 2235-45); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XII)

XIII - enfermeira parteira (CBO - 223545); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - enfermeiro psiquiátrico (CBO - 223550); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XIV)

XV - enfermeiro puericultor e pediátrico (CBO - 223555); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XV)

XVI - enfermeiro sanitarista (CBO - 2235-60); (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVI)

XVII - enfermeiro de saúde pública (CBO - 223560); e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVII)

XVIII - enfermeiro da estratégia de saúde da família (CBO - 223565). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 4º, Parágrafo Único, XVIII)

Art. 115. É recomendado ao gestor público de saúde que: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º)

I - identifique, no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) dos SRC e SDM que serão habilitados, as Unidades de Atenção Básica para as quais estes serviços serão referência; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, I)

II - a programação da necessidade dos estabelecimentos de saúde a serem habilitados como SRC ou SDM seja realizada levando-se em consideração: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II)

a) o perfil epidemiológico da população de referência; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, a)

b) a capacidade instalada; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, b)

c) o conceito de escala, considerando os pressupostos de economia e qualidade; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, II, c)

III - organize os serviços habilitados como SRC e SDM para que estes ofereçam apoio matricial aos serviços de atenção básica para os quais sejam referência como serviço de atenção ambulatorial especializada. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 5º, III)

Art. 116. Os pedidos dos entes federativos interessados na habilitação de SRC e SDM conterão: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º)

I - a demonstração do cumprimento dos requisitos de que trata o art. 113; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, I)

II - os nomes e os registros no SCNES dos serviços de referência de que tratam o art. 113, incisos IV e V V do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, II)

III - declaração do gestor de saúde responsável de que os serviços habilitados como SRC e SDM atendem ao disposto no art. 114; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, III)

IV - declaração da oferta de apoio matricial conforme disposto no art. 115, III, quando cabível. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, IV)

§ 1º As solicitações de que trata o "caput" deverão ser aprovadas em Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regional (CIR), quando esta existir na região, ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e encaminhadas à Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 1º)

§ 2º A Resolução de que trata o § 1º deverá conter declaração de verificação do cumprimento de todos os requisitos para a habilitação de SRC e SDM de que trata o art. 113. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A CGAPDC/DAET/SAS/MS analisará a solicitação original e a Resolução de que trata o § 1º e, em caso de aprovação, o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação indicando o ente federativo beneficiário, nome e Código SCNES do serviço habilitado e o tipo de habilitação aprovada, nos termos desta Seção. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 6º, § 3º)

Art. 117. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 16)

Art. 118. O SNA, com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 17)

Art. 119. Para fins do disposto nesta Seção, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados nos termos desta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 18, II)

Art. 120. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) a adoção das providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para adequação do SCNES, do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) em relação às regras estabelecidas por esta Seção. (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 19)

Art. 121. O procedimento 02.11.04.002-9 - Colposcopia passará a ter somente o instrumento de registro Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I). (Origem: PRT MS/GM 189/2014, Art. 21)

Seção II

Da Qualificação Nacional em Citopatologia na Prevenção do Câncer do Colo do Útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Subseção I

Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO I)

Art. 122. Esta Seção define a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 1º)

Art. 123. A QualiCito consiste na definição de padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 2º)

Art. 124. São objetivos da Qualicito: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º)

I - promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero ofertados à população; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, I)

II - incentivar o aumento da cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero na população feminina de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, II)

III - promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS que realizam o exame citopatológico do colo do útero; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, III)

IV - estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para o contrato e o distrato de laboratórios prestadores de serviços para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, IV)

V - promover a educação permanente dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, V)

VI - monitorar, através do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou de outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 3º, VI)

Art. 125. A QualiCito será executada pelo cumprimento dos critérios estabelecidos para avaliação da qualidade e contratação dos laboratórios, nos termos dos Subseções V e VII da Seção II do Capítulo V do Anexo IV e por meio do Monitoramento Interno da Qualidade (MIQ) e do Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 4º)

Subseção II

Das Atribuições dos Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Específicas no Âmbito da QualiCito (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO II)

Art. 126. Para a implementação da QualiCito, os Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I)

a) realizar ações de prevenção do câncer de colo do útero respeitando hábitos e culturas locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, a)

b) realizar o procedimento de coleta do exame citopatológico de acordo com as recomendações do Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/dab, ou outro que venha a substituí-lo, ou conforme protocolos locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, b)

c) garantir o envio do material coletado para o Laboratório conforme periodicidade e fluxo definidos pelo gestor municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, c)

d) realizar ações de rastreamento do câncer de colo do útero, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero vigente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, d)

e) receber os laudos dos Laboratórios e organizar os fluxos de entrega de resultados para a usuária de acordo com a presença ou ausência de alterações; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, e)

f) acompanhar e ofertar cuidado para as usuárias que apresentarem alteração no exame, conforme os protocolos locais e /ou nacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, f)

g) acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para a melhoria da coleta do exame nas unidades básicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, I, g)

II - Componente de Atenção Especializada - Ambulatorial: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II)

a) realizar o procedimento de coleta do exame citopatológico do colo do útero de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde ou conforme protocolos locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, a)

b) garantir o envio do material coletado para o Laboratório conforme periodicidade e fluxo definidos pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde responsável; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, b)

c) receber os laudos dos Laboratórios e organizar os fluxos de entrega de resultados para a usuária, de acordo com a presença ou ausência de alterações; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, c)

d) acompanhar e ofertar cuidado para as usuárias que apresentarem alteração no exame, conforme os protocolos locais e /ou nacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, d)

e) acompanhar o percentual de lâminas classificadas como coleta insatisfatória em relação ao total de coletas realizadas, a fim de planejar ações de educação permanente para a melhoria da coleta do exame nos ambulatórios especializados. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, II, e)

III - Componentes do Sistema de Apoio: os laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS são o componente de apoio da QualiCito, cuja classificação está descrita na Subseção III da Seção II do Capítulo V e cujas competências estão descritas nas Subseções V e VI da Seção II do Capítulo V do Anexo IV ; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, III)

IV - Componentes Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV)

a) o Sistema de Informação deve garantir que todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas específicos da QualiCito tenham acesso aos sistemas de identificação (Cartão Nacional de Saúde) e de informação (SISCAN) ou outros sistemas de informações necessários à estratégia de que trata esta Seção e definidos pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, a)

b) o Sistema de Transporte/Logístico deve: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b)

1. realizar o transporte das lâminas coletadas nas unidades de saúde para os Laboratórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 1)

2. realizar o transporte das lâminas entre os Laboratórios; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 2)

3. garantir a entrega dos laudos emitidos dos Laboratórios para a unidade de saúde de origem. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, IV, b, 3)

V - Componente Regulação: definir os fluxos e os protocolos necessários para prestar a assistência no âmbito da QualiCito e apoiar as Secretarias de Saúde no monitoramento e na avaliação da estratégia de que trata esta Seção; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, V)

VI - Componente Governança: as atribuições deste componente estão descritas na Subseção IV da Seção II do Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 5º, VI)

Art. 127. Para implementação da QualiCito, aplicam-se, ainda, no que couber, as demais atribuições previstas na Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 6º)

Subseção III
Da Classificação dos Laboratórios no Âmbito da QualiCito
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO III)

Art. 128. Participam da QualiCito os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, classificados em Tipo I e Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º)

§ 1º São considerados Laboratórios Tipo I os laboratórios públicos e privados que prestam serviço ao SUS, e que realizam exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º São considerados Laboratórios Tipo II os laboratórios públicos responsáveis por realizar os exames citopatológicos do colo do útero no âmbito do MEQ, além de poderem realizar as ações dos Laboratórios Tipo I. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 129. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II serão obrigatoriamente cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 8º)

Subseção IV
Das Competências dos Entes Federados
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 130. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º)

I - coordenar a QualiCito em âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, I)

II - monitorar e avaliar os indicadores de qualidade dos laboratórios que realizam exames citopatológicos do colo do útero, disponíveis no SISCAN ou no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, II)

III - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na organização das ações e serviços dos laboratórios que realizam exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 9º, III)

Art. 131. São atribuições comuns das Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10)

I - pactuar, no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, das Comissões Intergestores Regionais (CIR), os laboratórios que serão constituídos como Laboratórios Tipo II e responsáveis pelo MEQ nas respectivas regiões de saúde, considerando-se os critérios estabelecidos nesta Seção e as necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, I)

II - contratar e distratar os Laboratórios Tipo I e Tipo II sob sua gestão, de acordo com os critérios de qualidade estabelecidos nesta Seção; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, II)

III - acompanhar o cumprimento da realização do MIQ e seu respectivo registro por todos os laboratórios prestadores de serviços; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, III)

IV - garantir a participação dos laboratórios prestadores de serviços no MEQ; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, IV)

V - definir, no âmbito das Comissões Intergestores, o fluxo e a periodicidade do envio dos exames dos Laboratórios Tipo I para os Laboratórios Tipo II; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, V)

VI - monitorar os Laboratórios Tipo I e Tipo II no cumprimento dos critérios de avaliação da qualidade definidos na Subseção VII da Seção II do Capítulo V; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VI)

VII - informar anualmente aos Laboratórios Tipo II sob sua responsabilidade os Laboratórios Tipo I que serão por estes monitorados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VII)

VIII - avaliar anualmente os Laboratórios Tipo I e Tipo II sob sua responsabilidade, de acordo com os critérios de qualidade estabelecidos nesta Seção, com o intuito de renovar sua contratação; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, VIII)

IX - apoiar a implantação do MEQ nos laboratórios públicos que atendam aos critérios estabelecidos nesta Seção e que estejam sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, IX)

X - promover ações de educação permanente visando a adoção de medidas corretivas e preventivas a partir das necessidades identificadas na QualiCito; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, X)

XI - vincular no SISCAN ou em outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, os Laboratórios Tipo I aos Laboratórios Tipo II responsáveis pela execução dos respectivos MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 10, XI)

Art. 132. São atribuições específicas das Secretarias de Saúde dos Estados: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11)

I - apoiar os Municípios na organização das ações e serviços dos laboratórios que realizam leitura de exames citopatológicos; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, I)

II - fornecer anualmente os resultados consolidados, por Município e por laboratório, do MEQ, para o Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, II)

Parágrafo Único. Nos casos em que o Estado possuir apenas 1 (um) Laboratório Tipo I contratado, será obrigatória a realização do MEQ por Laboratório Tipo II de outra unidade federativa, conforme pactuação pelas respectivas Comissões Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 133. São atribuições específicas das Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12)

I - garantir a qualidade da coleta do material citopatológico, bem como do seu armazenamento e transporte aos Laboratórios Tipo I e Tipo II de forma adequada e segura; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, I)

II - fornecer anualmente os resultados , por laboratório, do MEQ para a Secretaria Estadual de Saúde a partir dos dados do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, II)

Parágrafo Único. Nos casos em que o Município possuir apenas um Laboratório Tipo I contratado, será obrigatória a realização do MEQ por Laboratório Tipo II em outro Município, conforme pactuação em CIB ou, se houver, CIR. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 134. Competem à Secretaria de Saúde do Distrito Federal as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde estaduais e municipais estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 13)

Subseção V

Dos Critérios para Contratação de Laboratórios Tipo I e II
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO V)

Art. 135. Os gestores de saúde interessados em aderir à QualiCito por meio de nova contratação ou renovação do contrato atualmente vigente com laboratórios próprios ou prestadores de serviço do SUS deverão observar nestes estabelecimentos o atendimento mínimo dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14)

I - comprovação da habilitação do responsável técnico, que deve estar devidamente registrado no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, I)

II - demonstração de quadro de funcionários compatível com sua produção de exames citopatológicos do colo do útero, baseada nos parâmetros técnicos descritos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia publicado pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas ou outro que venha substituí-lo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, II)

III - apresentação pelo laboratório de relatório de MIQ do último ano; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, III)

IV - apresentação da área de citotecnologia (área técnica e microscopia), com comprovação através de sua planta arquitetônica ou outro documento equivalente; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, IV)

V - cumprimento do tempo de guarda do material (laudo e lâmina), conforme art. 143, IV; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, V)

VI - comprovação do treinamento dos profissionais envolvidos na linha de produção do laboratório; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VI)

VII - cumprimento dos parâmetros de qualidade contidos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, cujo acesso encontra-se disponível no Portal do Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas ou outro que venha a substituí-lo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VII)

VIII - comprovação, nos resultados dos exames citopatológicos do colo do útero, de índice de positividade igual ou superior a 3% (três por cento) dos exames satisfatórios; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, VIII)

IX - comprovação de alvará sanitário vigente, expedido pelo órgão de vigilância sanitária local. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, IX)

Parágrafo Único. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II já contratados pelos gestores do SUS terão prazo de 12 (doze) meses, a partir da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, para adequação de suas unidades aos critérios estabelecidos nos termos deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 136. Os Laboratórios Tipo I e Tipo II serão avaliados anualmente pela respectiva Secretaria de Saúde que os contratou para definir se houve ou não o cumprimento dos critérios dispostos no art. 135 e, em caso afirmativo, a Secretaria poderá realizar a renovação do contrato de prestação de serviços e poderá sustentar a habilitação do laboratório na QualiCito. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 15)

Subseção VI
Da Habilitação dos Laboratórios Tipo I e II
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 137. Para habilitação de um Laboratório como Tipo I ou Tipo II, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios encaminharão requerimento, por meio físico, à Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC/DAET/SAS/MS), com os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16)

I - resolução da CIB ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, I)

II - declaração da Secretaria de Saúde em que assume o compromisso de realizar a avaliação anual do cumprimento, pelo laboratório público ou privado que presta serviço ao SUS realizando exames citopatológicos do colo do útero, dos critérios definidos no art. 135 para atuar como Laboratório Tipo I ou Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, II)

III - atualização, pelo gestor estadual, distrital ou municipal de saúde, das informações referentes ao laboratório no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, III)

§ 1º O modelo de requerimento de que trata o "caput" será disponibilizado no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º Para as habilitações no âmbito da Qualicito, durante o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014, recomenda-se que os respectivos gestores avaliem quais são os seus atuais laboratórios que têm condições de, no prazo de 12 (doze) meses, alcançarem os padrões de qualidade e outras exigências dispostas nesta Seção e encaminhem a documentação para o Ministério da Saúde até 120 (cento e vinte) dias a partir da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 16, § 2º)

Art. 138. O requerimento de habilitação de que trata o art. 137 será avaliado pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17)

Parágrafo Único. As solicitações de habilitações dos Laboratórios devem ser especificadas de acordo com o Grupo 32.00 - Atenção a Saúde da Mulher da tabela de habilitações do SCNES como: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único)

I - 32.02 - Laboratório de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo I; ou (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único, I)

II - 32.03 - Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos do colo de útero - Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 17, Parágrafo Único, II)

Art. 139. Em caso de aprovação do requerimento de que trata o art. 137, a SAS/MS providenciará a publicação de Portaria específica de habilitação do laboratório como Laboratório Tipo I ou Tipo II. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 18)

Subseção VII
Dos Critérios de Avaliação da Qualidade
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VII)

Art. 140. O MIQ constitui-se ação obrigatória para todos os Laboratórios Tipo I e Tipo II, realizada por meio de processos de controle da qualidade dos exames realizados, e compreende os seguintes elementos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19)

I - implantação de parâmetros válidos de qualidade que permitam a mensuração da situação atual do laboratório e seu acompanhamento ao longo do tempo; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, I)

II - registro dos resultados encontrados, permitindo a identificação de não conformidades; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, II)

III - elaboração e atualização de instrução escrita da rotina do laboratório (Procedimento Operacional Padrão - POP); (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, III)

IV - análise dos diagnósticos discrepantes; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, IV)

V - realização de auditoria interna; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, V)

VI - implementação de ações corretivas e preventivas realizadas pelo próprio laboratório; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, VI)

VII - promoção de educação permanente para todo o quadro de funcionários. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, VII)

§ 1º Para fins do disposto no inciso I do "caput", são parâmetros válidos de qualidade: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º)

I - critérios de rejeição da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, I)

II - processamento técnico das amostras; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, II)

III - tabulação de dados aferidos durante o monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, III)

IV - monitoramento do volume total de trabalho do Laboratório, quantificando o número de lâminas avaliadas por profissional; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, IV)

V - controle de qualidade através da revisão, por outro profissional habilitado, de todos os exames positivos e insatisfatórios antes da liberação do laudo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 1º, V)

§ 2º Para fins do disposto no inciso I do § 1º, são critérios de rejeição da amostra: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º)
I - dados ilegíveis na identificação da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, I)

II - falta de identificação ou identificação incorreta da amostra; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, II)

III - requisições não padronizadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, III)

IV - ausência de dados referente à anamnese e ao exame clínico; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, IV)

V - ausência de identificação, registro no respectivo conselho de classe e assinatura do profissional responsável pela coleta; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, V)

VI - ausência do nome do Serviço de Saúde responsável pela coleta; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VI)

VII - divergência entre as informações da requisição e da lâmina; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VII)

VIII - lâminas quebradas; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, VIII)

IX - material sem fixação prévia; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, IX)

X - uso de fixador inadequado; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, X)

XI - quantidade ineficiente de fixador. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 2º, XI)

§ 3º Para fins do disposto no inciso II do § 1º, o processamento técnico das amostras consiste no controle das etapas e insumos da técnica para a coloração de Papanicolau e montagem das lâminas com lamínulas. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 3º)

§ 4º Para fins do disposto no inciso III do § 1º, são dados aferidos durante o monitoramento a serem tabulados: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º)

I - Índice de Positividade, que deve ser calculado pela formula (número de exames alterados por ano/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, I)

II - percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames satisfatórios (ASC/Satisfatórios), calculado pela formula (número de ASC/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, II)

III - percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames alterados (ASC/Alterados), calculado pela formula (número de ASC/número de exames alterados) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4º, III)

IV - razão entre células escamosas atípicas de significado indeterminado e lesão intra-epitelial escamosa (ASC/SIL), calculado pela formula número de ASC/número de exames SIL; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, §

4°, IV)

V - percentual de lesão intra-epitelial de alto grau (HSIL), calculado pela formula (número de HSIL/número de exames satisfatórios) x 100; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4°, V)

VI - percentual de insatisfatórios, calculado pela fórmula (número de amostras insatisfatórias no mês/total de exames no mês) x100; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4°, VI)

VII - tempo médio de liberação dos exames, calculado pela soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais e a liberação dos laudos, dividido pelo total de exames liberados no período, o qual não deve ultrapassar o limite de 30 (trinta) dias a partir da entrada do material no laboratório. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 4°, VII)

§ 5° A revisão de que trata o inciso V do § 1° será, obrigatoriamente, associada também a um ou mais dos seguintes métodos: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5°)

I - revisão aleatória de 10% (dez por cento) dos esfregaços negativos; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5°, I)

II - revisão rápida de 100% (cem por cento) dos esfregaços negativos e insatisfatórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5°, II)

III - pré-escrutínio rápido de todos os esfregaços; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5°, III)

IV - revisão dos esfregaços selecionados com base em critérios clínicos de risco, contidos no Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia, cujo acesso encontra-se disponível no Portal do Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, ou outro que venha substituí-lo. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 19, § 5°, IV)

Art. 141. O MEQ consiste em conjunto de ações realizadas pelo Laboratório Tipo II que visa à avaliação da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero dos Laboratórios Tipo I, desde a fase pré-analítica até a liberação dos laudos diagnósticos. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20)

Parágrafo Único. O MEQ tem por finalidades: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único)

I - avaliar o desempenho dos laboratórios Tipo I e a qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero por eles realizados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, I)

II - detectar as diferenças de interpretação dos critérios citomorfológicos; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, II)

III - aumentar a eficiência do processo de realização dos exames citopatológicos do colo do útero; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, III)

IV - reduzir o percentual de exames falso-negativos, falso-positivos e insatisfatórios por meio da seleção e avaliação dos exames negativos, positivos e insatisfatórios informados pelos laboratórios Tipo I no SISCAN ou em outro sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 20, Parágrafo Único, IV)

Art. 142. É recomendado, como critério de qualidade, que os Laboratórios Tipo I tenham a produção mínima de 15.000 (quinze mil) exames/ano, exceto laboratórios vinculados aos hospitais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) ou Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Hospitais Universitários e Laboratórios Tipo II que não exerçam também a função de Laboratório Tipo I. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 21)

Subseção VIII
Das Atribuições Comuns dos Laboratórios Tipos I e II
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO VIII)

Art. 143. Para a leitura dos exames citopatológicos do colo de útero e emissão dos respectivos laudos, compete aos Laboratórios Tipos I e Tipo II: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22)

I - utilizar de forma exclusiva a terminologia padronizada na Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais, 3ª edição, ano 2013, elaborada pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, ou esta mesma nomenclatura quando atualizada; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, I)

II - emitir o laudo assinado por profissional de nível superior habilitado conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, com seu número de inscrição no respectivo conselho profissional; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, II)

III - arquivar a Ficha de Requisição do Exame Citopatológico do Colo do Útero no laboratório que realizou o exame, conforme pactuação prevista no contrato entre gestor de saúde e laboratório; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, III)

IV - arquivar os laudos e lâminas por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 (vinte) anos nos casos de exames positivos; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 22, IV)

V - atualizar de forma constante o SISCAN ou o sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, com inserção regular das informações sobre os resultados dos exames citopatológicos do colo do útero. (Origem: PRT

MS/GM 3388/2013, Art. 22, V)

Art. 144. Compete aos Laboratórios Tipo I e Tipo II organizar e documentar a logística de encaminhamento das lâminas e laudos para a realização do MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 23)

Subseção IX

Das Atribuições Específicas dos Laboratórios Tipos I e Tipo II que também Exercem a Função de Tipo I
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO IX)

Art. 145. Compete especificamente aos Laboratórios Tipo I e Tipo II que também exercem a função de Tipo I, a realização do MIQ, a participação no MEQ e, além de outras atribuições previstas nesta Seção, obedecer às seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24)

I - cessão das lâminas para o Laboratório Tipo II responsável pela realização do MEQ, com registro documental da saída destas; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, I)

II - manutenção de registro de todos os dados do MIQ e apresentação de seus resultados, sempre que solicitado, para a Secretaria de Saúde Estadual, Distrital ou Municipal responsável pela gestão; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, II)

III - análise dos casos discordantes, buscando o consenso com o Laboratório Tipo II; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, III)

IV - envio de laudo de revisão dos casos discordantes de que trata o inciso III do "caput" à unidade de saúde de origem da usuária do SUS que solicitou a realização do exame citopatológico do colo do útero. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 24, IV)

Art. 146. Compete especificamente aos Laboratórios Tipo II, além de outras atribuições previstas nesta Seção: (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25)

I - receber lâminas e laudos dos Laboratórios Tipo I sob sua responsabilidade para realização do MEQ, conforme definido pela Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, I)

II - revisar e liberar os exames por profissionais de nível superior habilitados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, II)

III - registrar o resultado da fase pré-analítica, encaminhando aos Laboratórios Tipo I as não-conformidades; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, III)

IV - comunicar imediatamente ao Laboratório Tipo I, de origem das lâminas, sobre os casos discordantes; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, IV)

V - devolver os exames revisados ao Laboratório Tipo I no prazo máximo de 30 (trinta) dias; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, V)

VI - formalizar contato com os Laboratórios Tipo I monitorados e a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal, com emissão de relatórios mensais contendo a avaliação pré-analítica, a analítica e a de concordância, por meio de análise estatística e devolução da totalidade das lâminas revisadas ao Laboratório Tipo I; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VI)

VII - apoiar a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal nos casos especiais de avaliação da qualidade como, por exemplo, a representatividade da amostra e as taxas de resultados falso-negativos e falso-positivos e esfregaços insatisfatórios; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VII)

VIII - apoiar a Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal na relação com os laboratórios que realizam exames citopatológicos para o SUS; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, VIII)

IX - discutir cada um dos casos discordantes com o Laboratório Tipo I, buscando o consenso, considerando-se discordantes aqueles casos que impliquem mudança da conduta clínica; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, IX)

X - promover educação continuada e regular dos profissionais que atuam no seu Laboratório Tipo II e nos Laboratórios Tipo I a ele vinculados; (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, X)

XI - informar regularmente à Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal responsável pela sua gestão a relação dos seus profissionais e dos respectivos Laboratórios Tipo I sob seu monitoramento que foram submetidos à educação continuada; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, XI)

XII - inserir os resultados dos exames revisados no módulo MEQ da base de dados do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde e enviar as informações regularmente à Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal responsável pela sua contratação, conforme pactuação local na respectiva Comissão Intergestores. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, XII)

Parágrafo Único. Os Laboratórios Tipo II, que atuam como laboratório Tipo I, não realizarão o MEQ dos próprios exames, sendo obrigatório o envio de suas lâminas para outro Laboratório Tipo II para realização do MEQ. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 25, Parágrafo Único)

Subseção X
Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO X)

Art. 147. Os Laboratórios Tipo II poderão realizar o procedimento de que trata o Anexo 9 do Anexo IV em todos os exames positivos e insatisfatórios e, no máximo, 10% (dez por cento) dos exames negativos produzidos por cada Laboratório Tipo I sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. Os exames negativos que passarão pelo MEQ serão selecionados de forma aleatória por meio do SISCAN ou do sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 148. O monitoramento do cumprimento dos requisitos de que trata esta Seção não dispensa os entes federativos de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 32)

Subseção XI
Das Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 3388/2013, CAPÍTULO XI)

Art. 149. Fica mantido, na Tabela de Procedimentos do SUS, o procedimento 02.03.01.001-9 - EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VACINAL/MICROFLORA, com o valor de R$ 6,97 (seis reais e noventa e sete centavos), sem as exigências de vinculação ao serviço/classificação cód. 120-003, das habilitações 32.02 e 32.03, e do atributo complementar 009 - EXIGE CNS, durante os 120 (cento e vinte) dias contados da data de publicação da Portaria nº 3388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 35)

Art. 150. Os laboratórios de citopatologia que não se habilitarem até a data de 29 de dezembro de 2017, como Tipo I, não poderão registrar os procedimentos abaixo, sendo automaticamente desligados do SIA-SUS a partir de 2 de janeiro de 2018. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A)

I - 02.03.01.008-6 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA - RASTREAMENTO; e (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A, I)

II - 02.03.01.001-9 - EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA. (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Art. 36-A, II)

ANEXO 1 DO ANEXO IV
DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Anexo 1)

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE

O tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta Portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do toda da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

a. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 50 Kg/m²;

b. Indivíduos que apresentem IMC maior ou igual a 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. Indivíduos com IMC maior que 35 kg/m2 e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. Indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. Respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastro-enterológica e anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia;

c. Doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;

d. Hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;

e. Síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contra indicação do tratamento cirúrgico da obesidade descritos nos itens 1 e 2 deste Anexo I, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

A assistência pré-operatória e pós-operatória deve ser realizada conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.

ANEXO 2 DO ANEXO IV

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS (Origem: PRT MS/GM 424/2013, Anexo 2)

ROTEIRO PARA DESCRIÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

1. Dados do Município-sede da linha de cuidado:

· CNPJ da Prefeitura;

· Código IBGE;

· Contato da Prefeitura (email e telefone);

· Nome do dirigente (Prefeito ou Secretário Municipal de Saúde);

· Cargo ou função;

· Contato do Dirigente (email e telefone).

2. Descrição dos componentes da linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade:

2.1 Municípios que vão compor a linha de cuidado (listar);

2.2 Pontos de Atenção à Saúde (Serviços) dos componentes da Rede de Atenção à Saúde que irão compor a linha de cuidado e suas especificidades:

a) Atenção Básica:

Para cada Município, especificar:

· Nº de UBS adstritas à linha de cuidado;

· CNES e população do território da UBS(s), destacando quais UBS fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ);

· Nº de NASF com CNES;

· Nº de Academias da Saúde com CNES;

· Descrever a(s) responsabilidade(s) da Atenção Básica.

b) Atenção Especializada (especificar apenas os serviços que serão envolvidos nesta linha de cuidado - ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência):

· Serviços: tipo, número e CNES, (ex para tipo: policlínica/ ambulatório/ centro de especialidade; hospital geral; hospital especializado, pronto atendimento; pronto socorro geral; pronto socorro especializado);

· Profissionais destes serviços que vão se dedicar à linha de cuidado: categoria profissional, número e carga horária;

· Especificar se realiza procedimento cirúrgico;

· Se não realiza procedimento cirúrgico, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;

· Especificar se realiza cirurgia plástica reparadora;

· Se não realiza cirurgia plástica reparadora, especificar, por CNES, para qual serviço de referência realiza os encaminhamentos;

Descrever as responsabilidade(s) da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) e informar a população que cada ponto de atenção especializado está responsável (informação obrigatória).

2.3 Sistemas de apoio (especificar apenas os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que serão envolvidos):

· Exames laboratoriais disponíveis para cada ponto de atenção;

· Medicamentos e suplementos disponíveis.

2.4 Regulação:

· Descrever as ações e serviços de regulação e, se houver, Central de Regulação, com indicação do CNES.

3.Indicar o local de publicação das diretrizes clínicas desta linha de cuidado de sobrepeso e obesidade (ex.: site, publicações oficiais do município ou do estado);

4.Descrever a organização da educação permanente relacionada a esta linha de cuidado;

5.Dados do contato:

· Nome;

· CPF;

· Cargo ou função;

· E-mail do contato;

· Telefone do contato.

6. Anexar Ata de reunião da CIB em que a linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade foi pactuada.

ANEXO 3 DO ANEXO IV

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 1)

DIRETRIZES GERAIS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Ressalta-se que o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, conforme descrito nesta portaria. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em alguns casos, cujas indicações estão descritas abaixo, portanto é apenas uma ação dentro do todo da linha de cuidado das pessoas com sobrepeso e obesidade.

1. Indicações para cirurgia bariátrica:

a. indivíduos que apresentem IMC>50 Kg/m²;

b. indivíduos que apresentem IMC>40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, na Atenção Básica e/ou na Atenção Ambulatorial Especializada, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

c. indivíduos com IMC>35 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco cardiovascular, diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.

Os seguintes critérios devem ser observados:

I. indivíduos que não responderam ao tratamento clínico longitudinal, que inclui orientação e apoio para mudança de hábitos, realização de dieta, atenção psicológica, prescrição de atividade física e, se necessário, farmacoterapia, realizado na Atenção Básica e/ ou Atenção Ambulatorial Especializada por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;

II. respeitar os limites clínicos de acordo a idade. Nos jovens entre 16 e 18 anos, poderá ser indicado o tratamento cirúrgico naqueles que apresentarem o escore-z maior que +4 na análise do IMC por idade, porém o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento. Portanto, a avaliação clínica do jovem necessita constar em prontuário e deve incluir: a análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício, realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área. Nos adultos com idade acima de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento;

III. o indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica, anestésica).

2. Contra indicações para cirurgia bariátrica:

a. limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

b. quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicações obrigatórias à cirurgia;

c. doença cardiopulmonar grave e descompensada que influenciem a relação risco-benefício;

d. hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco;

e. síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos.

3. Avaliação para tratamento cirúrgico para obesidade

A avaliação deve contemplar todos os critérios de indicação e contraindicação do tratamento cirúrgico da obesidade, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada.

4. Assistência pré e pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade

O acompanhamento pré e pós-operatório deve ser realizado pela equipe multiprofissional de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

A assistência pré-operatória deve ser realizada em duas fases:

Pré-operatório/Fases	Avaliações
Fase inicial	Avaliação pelo cirurgião, clínico ou endocrinologista, nutricionista, psicólogo, cardiologista, pneumologista e quando necessário pelo psiquiatra, angiologista, gastroenterologista e ginec
	Indivíduos com IMC>50 kg/m² recomenda-se perda ponderal de 10 a 20% do excesso de pe: operatório.
	Reuniões do grupo multiprofissionais, realizadas mensalmente, devem enfatizar a mudança com objetivo de informar, orientar e educar para mudanças de hábitos.
Fase secundária	Avaliação do risco cirúrgico
	Exames pré-operatórios: Radiografia simples de tórax, ECG, ultrassonografia de abdôme esofagogastroduodenoscopia, hemograma com plaquetas, TP, KTTP, creatinina, sódio, pc bilirrubina total e frações, glicemia de jejum, TGO, TGP, GGT, ácido úrico, cálcio iônico, clore sérico, fosfatase alcalina, glicose em jejum, ureia, magnésio, potássio, T4, TSH, colesterol tc triglicérides, glicose pós-dextrosol,insulina, hemoglobina glicosilada, (sorologias para hepati HIV, espirometria, ferritina, vitamina B12, 25 (OH) vitamina D3).

Assistência pós-operatória deve ser realizada da seguinte forma:

A assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses. No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente, conforme descrito no quadro abaixo:

CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO E EXAMES PÓS-OPERATÓRIC
Entre 15 a 30 dias (1° mês) Consulta com cirurgião e nutricionista.

No 2º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 3º mês Consulta com clínico, psicólogo e nutricionista.
No 4º mês Consulta com clínico, nutricionista e psicólogo.
No 6º mês Consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
No 9º mês Consulta com clinico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
Entre 12º e 15º meses Consulta com cirurgião, clinico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.
18º mês Consulta com cirurgião, clinico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós-operatórios.

Os exames pós-operatórios deverão ser realizados de acordo com a periodicidade estabelecida acima, sendo esses: hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco sérico, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.

5. Indicações para cirurgia plástica reparadora:

O paciente com aderência ao acompanhamento pós-operatório poderá ser submetido à cirurgia plástica reparadora do abdômen, das mamas e de membros, conforme as orientações para indicação de cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica, descritas a seguir:

a. mamoplastia: incapacidade funcional pela ptose mamária, com desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

b. abdominoplastia/torsoplastia: incapacidade funcional pelo abdômen em avental e desequilíbrio da coluna; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

c. excesso de pele no braço e coxa: limitação da atividade profissional pelo peso e impossibilidade de movimentação; Infecções cutâneas de repetição por excesso de pele, como infecções fúngicas e bacterianas; Alterações psicopatológicas devidas à redução de peso (critério psiquiátrico).

Contraindicação da cirurgia plástica reparadora: Ausência de redução de peso (falta de aderência ao tratamento).

ANEXO 4 DO ANEXO IV

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 2)

NORMAS DE CREDENCIAMENTO/HABILITAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE

1 - Normas gerais de credenciamento e habilitação:

1.1. Planejamento/Distribuição

As Secretarias de Saúde dos Estados deverão estabelecer um planejamento regional para a organização das linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade, definindo as especificidades da assistência ao indivíduo com obesidade e a distribuição dos serviços habilitados, conforme a necessidade da população e a disponibilidade orçamentária.

1.2. Processo de Credenciamento e Habilitação

1.2.1 - O processo de credenciamento/habilitação deverá ser formalizado pela Secretaria Estadual de Saúde. O respectivo Gestor do SUS, uma vez concluída a análise preconizada, atendida a necessidade e os critérios estratégicos e técnicos para credenciamento/habilitação desta Portaria e seus anexos, dará início ao processo de credenciamento. A ausência desta avaliação ou da aprovação por parte dos respectivos Gestores do SUS impede a sequência do processo.

1.2.2 - O processo de credenciamento/habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a.documento de solicitação/aceitação de Credenciamento por parte do estabelecimento de saúde pelo Diretor do hospital;

b.formulário de Vistoria, disponível no site www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado, pelos respectivos Gestores do SUS;

c.parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento. No caso de processo formalizado pela Secretaria Municipal de Saúde, este deverá constar, além do parecer do Gestor municipal, o parecer do Gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

d. resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando a indicação do estabelecimento para o credenciamento/habilitação na Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

1.2.3 - Uma vez emitido o parecer favorável a respeito do credenciamento pelo (s) Gestor (es) do SUS, o processo com a documentação comprobatória ficará na posse do gestor do SUS, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

1.2.4 - A Secretaria de Estado da Saúde encaminhará à Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS (CGMAC/DAE/SAS/MS) os seguintes documentos:

a.parecer conclusivo do Gestor estadual quanto ao credenciamento em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;

b.formulário de Vistoria, modelo disponível no site www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado pelo respectivo Gestor do SUS;

c.relatório de vistoria da VISA local, com parecer conclusivo sobre o credenciamento/habilitação em pauta;

d.resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB aprovando o credenciamento, bem como a aprovação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade, conforme Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013;

e.informação sobre o impacto financeiro no custeio do hospital;

f.titulação do responsável técnico cadastrado no CNES que deve ser médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo.

1.2.5 - O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria in loco para conceder a habilitação em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade pelo Ministério da Saúde.

1.2.6 - Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS tomará as providências para a publicação da habilitação.

2 - Estrutura Assistencial

O estabelecimento de saúde a ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve oferecer atendimento especializado e integral em:

a) diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico;

b) atendimento de urgência referida nos casos de comorbidades da obesidade, que funcione nas 24 horas, mediante o termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS;

c) atendimento ambulatorial dos obesos, conforme o estabelecido na linha de cuidado regional pelo gestor local e mediante termo de compromisso firmado entre as partes;

d) internação hospitalar em leitos apropriados para obesos;

e) salas de cirurgia equipadas para cirurgias bariátricas de obesos e disponibilidade de estrutura para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;

f) internação clínica nas intercorrências relativas à obesidade e nas complicações pós-operatórias, mediante termo de compromisso firmado com o gestor;

g) cirurgia plástica reparadora pós-cirurgia bariátrica.

h) reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, no sentido da restituição da sua capacidade funcional.

3 - Recursos Humanos

3.1 - Responsabilidades Técnicas e Equipe de Cirurgia Bariátrica

a) o estabelecimento de saúde para ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve contar com serviço de Cirurgia Bariátrica, cujo responsável técnico deve ser médico especialista

em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo, comprovada por registro dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina;

b) cada médico responsável técnico só poderá assumir um único estabelecimento credenciado/habilitado pelo Sistema Único de Saúde, devendo este residir no mesmo município onde está situado o estabelecimento habilitado ou em cidade circunvizinha;

c) a equipe de cirurgia bariátrica deve contar com, pelo menos, mais um médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo além do responsável técnico, e contar com número suficiente de profissionais para a assistência nos leitos habilitados, em ambulatório e para as intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

3.2 - Exigências gerais para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade:

3.2.1 - Equipe Mínima:

a) Médico especialista em cirurgia geral ou cirurgia do aparelho digestivo;

b) Nutricionista;

c) Psicólogo ou Psiquiatra;

d) Clínico geral ou endocrinologista.

3.2.2 - Equipe Complementar (apoio multiprofissional):

3.2.2.1 A estabelecimento deverá contar, em caráter permanente, com:

a) Equipe médica composta por: clínico geral, cardiologista, pneumologista, endocrinologista, angiologista/cirurgião vascular e cirurgião plástico;

b) Anestesiologista;

c) Enfermagem;

d) Assistente Social,

e) Fisioterapeuta.

4 - Materiais e Equipamentos

O estabelecimento deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência e possibilitar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, nutricional e dietético. Deverá destinar quantitativo de leitos adaptados para obesos, conforme descrito a seguir, tanto para internações clínicas quanto cirúrgicas.

4.1 - Ambulatório:

a) consultório equipado com cadeira, mesa de exame, cadeiras de rodas adequadas aos obesos e balança antropométrica com capacidade para peso maior que 230 kg;

b) sala de espera com cadeiras ou bancos adequados aos obesos.

4.2 - Enfermaria:

a) 01 (uma) balança antropométrica com capacidade mínima para peso maior que 230 kg;

b) 02 (dois) aparelhos de pressão com manguito especial;

c) Pelo menos 02 (dois) leitos com as seguintes especificações: Cama hospitalar do tipo Fowler especial, acionável por controle eletrônico, para obesos, com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg (acionável por controle eletrônico), movimento de Trendelemburg (acionável por meio de motor ou por manivela) e colchão de alta densidade;

d) 02 (duas) poltronas com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg;

e) 01 (uma) cadeira de rodas específica para indivíduos obesos com capacidade para pacientes com peso maior que 230 kg;

f) 01 (uma) maca de transporte com cilindro de oxigênio que suporte paciente com mais 230kg;

g) roupa específica, tais como camisolas e pijamas, adequados para indivíduos obesos.

4.3 - Bloco Cirúrgico:

Deve contar com sala cirúrgica equipada para obesos, com mesa cirúrgica que resista a pesos superiores a 230 kg e suportes que possibilitem a fixação e a mobilidade do paciente, além dos equipamentos descritos a seguir:

a) capnógrafo;

b) oxímetro de pulso;

c) monitor de transporte;

d) monitor de pressão não invasiva;

e) monitor de pressão invasiva;

f) 02 (duas) bombas de infusão, no mínimo;

g) aparelho de pressão com manguito especial para obesos;

h) material de emergência para reanimação cardiorrespiratória;

i) afastadores cirúrgicos especiais para operações cirúrgicas de obesos;

j) válvulas com lâminas de aço reforçadas, mais longas e largas;

k) compressão intermitente para membros inferiores;

l) cautério bipolar;

m) maca de transferência de paciente obeso.

4.4 - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS, equipados para obesos:

a) box ou leito de pós-operatório de Cirurgia Bariátrica adequados aos obesos;

b) respiradores volumétricos que suportem volumes e pressões especialmente elevados nos obesos;

c) bipap (bi-level Positive Airway Pressure);

d) cama do tipo Fowler para obesos conforme especificado no subitem 4.2;

e) esfigomanômetro especial para obesos.

5 - Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia:

a) laboratório de Análises Clínicas que participe de programa de Controle de Qualidade;

b) posto de coleta no local e resultados disponíveis nas 24 horas: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, gasométricos, de líquidos orgânicos e de urina;

c) serviço de Imagenologia: equipamento de radiologia convencional de 500 mA fixo ou superior, equipamento de radiologia portátil, Ecodoppler, Ecografia e Tomografia Computadorizada, compatíveis com obesos. Os exames de Tomografia Computadorizada e Ergometria poderão ser realizados em serviços instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar cadastrados como terceiros no CNES.

d) eletrocardiografia e Ergometria;

e) hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente,

f) farmácia.

6 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento:

O estabelecimento a ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve possuir:

a) rotinas de funcionamento escritas, atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo serviço de Cirurgia Bariátrica, que devem abordar todos os processos complementares envolvidos na assistência aos indivíduos com obesidade;

b) protocolos nutricionais;

c) protocolos de acompanhamento fisioterápico, com reabilitação funcional;

d) protocolo de suporte psicológico/psiquiátrico;

e) formulários de avaliações e acompanhamento disponíveis no site www.saude.gov.br/sas;

f) escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

7 - Registro das informações sobre os indivíduos:

Deve possuir prontuário para cada paciente abordando o atendimento ambulatorial e hospitalar que contenha as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas

e assinadas pelo profissional responsável pelo respectivo atendimento (identificação do paciente, anamnese e exame físico, técnica cirúrgica, condições ou sumário da alta hospitalar). Os formulários disponíveis no www.saude.gov.br/sas devem estar inseridos no prontuário do paciente para eventuais auditorias.

8 - Comissões

Para ser credenciado/habilitado em Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade o estabelecimento deve estar em funcionamento, devidamente documentado por atas ou documentos afins, as comissões exigidas pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Conselhos Federal e Regional de Medicina.

ANEXO 5 DO ANEXO IV

PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS (Origem: PRT MS/GM 425/2013, Anexo 3)

PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO DA OBESIDADE NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS

Procedimento: 04.07.01.012-2	GASTRECTOMIA COM OU SEM DESVIO DUODENAL
Descrição:	Procedimento predominantemente disabsortivo, na técnica de Scopinaro sendo gastrectomia distal (corte horizontal), sem preservação do piloro (o antro, é rem colecistectomia e reconstrução em alça longa com anastomose em Y de Roux c curto canal alimentar de 50 cm. Na técnica de Duodenal Switch a porção remov estômago é a grande curvatura e é preservada a primeira porção do duodeno (p inicial do intestino delgado) que é anastomosada ao íleo.
Valor Profissional SP:	R$ 2.000,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R$ 4.350,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião ge
CID	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, repar acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .07.01.036-0	GASTRECTOMIA VERTICAL EM MANGA (SLEEVE)
Descrição	Gastrectomia vertical (gastrectomia em manga, gastrectomia longitudinal, gastr Sleeve) é um procedimento restritivo que consiste na ressecção da grande curv estômago, iniciando a partir de 4 a 6 cm do piloro até o ângulo esofagogástrico, o reservatório novo com formato tubular e alongado de volume entre 150 e 200
Complexidade:	AC- Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R$ 1.745,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R$ 4095,00
Atributo Complementar:	001-Inclui valor da anestesia, 004-Admite permanência à maior- 006-CNRAC, 0 Informação da OPM
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	386
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião ge

CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave.
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, repar acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.07.01.017-3	GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL
Descrição	Procedimento com componente restritivo e disabsortivo, que consiste em gramp com transecção do estômago, criando uma pequena câmara gástrica, na qual s colocar ou não anel de silicone e a seguir o trânsito gastro-interstinal é reconstit Y de Roux.
Valor Profissional SP:	R$ 2.000,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R$ 4.350,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião ge
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, repar acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.07.01.018-1	GASTROPLASTIA VERTICAL COM BANDA
Descrição	Cria-se uma pequena bolsa de cerca de 20 ml imediatamente abaixo da junção esofagogástrica. A passagem dessa bolsa para o restante do estomago é limita anel polipropileno, com diâmetro intraluminar de cerca de 1,2 cm.
Valor Profissional SP:	R$ 1.500,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 2.350,00
Total Hospitalar:	R$ 3.850,00
Atributo Complementar:	017-Exige Informação da OPM
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	4
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, 2252-25 - Médico cirurgião ge
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127-Serviço de Atenção à Obesidade - 001- Tratamento clínico, cirúrgico, repar acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:07 .02.05.004-0	CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE
Quantidade Máxima:	03

Procedimento:03 .03.07.013-7	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA CLÍNICA PÓS - CIRURGIA BARIÁTRIC
Descrição	Consiste na internação do paciente com intercorrências clínicas nos primeiros 3 pós-cirurgia bariátrica. O valor deste procedimento não inclui diária de Unidade Tratamento Intensivo.

Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH principal
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R$ 50,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 272,00
Total Hospitalar:	R$ 322,00
Atributo Complementar:	004-Admite permanência à maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	3
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	200
CBO:	2251-20 - Médico cardiologista, 2251-25 - Médico clínico, 2251-33 - Médico psic 2251-55 - Médico endócrino, 2252- 20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo, Médico cirurgião geral, 2251-27 - Médico pneumologista
CID:	K81.1, K81.9, K85, A49.0, A49.9, E10, E10.0, E10.1, E11, E11.0, E11.1, I26, I74 I82.9, J15.8, J15.9, K805, L02.2, L02.8, L08.9, M54.5, N30.0, R074, T80.0, T80. T80.2,T81.0, T81.4
Habilitação:	02.02 - Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade.
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Clínico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .07.01.037-8	TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIA CIRÚRGICA PÓS -CIRURGIA BARIÁT
Descrição	Consiste na internação do paciente com intercorrências cirúrgicas nos primeiros pós-cirurgia bariátrica. Não inclui as diárias de Unidade de Tratamento Intensivo
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH principal.
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R$ 183,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 792,00
Total Hospitalar:	R$ 975,00
Atributo Complementar:	004-Admite permanência à maior; 001-Inclui valor da anestesia
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	05
Quantidade Máxima:	01
Pontos:	200
CBO:	2252-20 - Médico cirurgião do aparelho digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião ge
CID:	R10, R19.0, R19.3, R85, R85.0, K46.9,T81.3, K91.3, K31.0, K25.9, K26.9, K55.! K56.1, K56.2,K56.3, K56.4, K56.5, K56.6, K65 K65.0, K93.8,
	K80.0, K80.8.
Habilitação:	02.02 - Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de C Grave.
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127 - Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repar

	acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 03.01.12.008-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PRÉ-CIRURGIA BARIÁTRICA POR EQL MULTIPROFISSIONAL
Descrição	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional pré- tratamento ci da obesidade.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06-APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	00
Valor Ambulatorial:	R$ 40,00
Total Ambulatorial:	R$ 40,00
Atributo Complementar:	Exige registro na APAC de dados complementares
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16
Idade Máxima:	110 anos
Quantidade Máxima:	01
Atributo complementar:	Exige informação do Cartão Nacional SUS/ Exige registro na APAC de dados complementares
CBO:	2237-10 - Nutricionista; 2515-10 - Psicólogo; 2251-25-Médico clínico; 2251-33 - psiquiatra; 2251-55 - Médico endócrino; 2252- 20 - Médico cirurgião do aparelhc digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião geral.
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:03 .01.12.005-6	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA POR EQL MULTIPROFISSIONAL
Descrição:	Consiste na realização de acompanhamento multiprofissional após o tratamentc da obesidade.
	Consiste no atendimento por equipe multiprofissional pós-cirurgia bariátrica, rea durante o período de 18 (dezoito) meses, correspondendo a um atendimento nº 4°, 6°, 9°, 12° e 18° meses.
Complexidade:	Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	00
Valor Ambulatorial:	R$ 40,00
Total Ambulatorial:	R$ 40,00
Atributo Complementar:	Admite APAC de Continuidade/ Exige registro na APAC de dados complementa
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16
Idade Máxima:	11 0
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2237-10 - Nutricionista; 2515-10 - Psicólogo; 2236-05 - Fisioterapeuta; 2251-25- clínico; 2251-33 - Médico psiquiatra; 2251-55 - Médico endócrino; 2252- 20 - Mé cirurgião do aparelho digestivo; 2252-25 - Médico cirurgião geral; 2251-20 - Méc cardiologista.
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Unidade de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade

	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .13.04.005-4	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .13.04.025-9	DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL CIRCUNFERENCIAL PÓS-CIRURGIA BAF
Descrição	Cirurgia plástica reconstrutiva do abdome e da região posterior do tronco, realiz um único ato cirúrgico para correção dos excessos de pele pós-grandes perdas ponderais decorrente de cirurgias bariátricas.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02-Hospitalar
Instrumento de Registro:	03-AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04-Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Profissional SP:	R$ 550,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 502,20
Total Hospitalar:	R$ 1052,20
Atributo Complementar:	Inclui valor da anestesia/Admite permanência à maior/CNRAC
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 anos
Idade Máxima:	110 anos
Media Permanência:	2
Quantidade Máxima:	1
Pontos:	250
CBO:	225235 - Médico cirurgião plástico
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Habilitação:	02.02 - Serviço de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade
	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Especialidade do Leito:	01 - Leito Cirúrgico
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.007-0	DERMOLIPECTOMIA CRURAL PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.006-2	DERMOLIPECTOMIA BRAQUIAL PÓS-BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9

Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento: 04.13.04.008-9	MAMOPLASTIA PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

Procedimento:04 .15.02.001-8	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA CIRURGIA BARIÁTRICA
CID:	E66.0, E66.2, E66.8, E66.9
Idade Mínima:	18 anos
Idade máxima:	110 anos
Habilitação:	02.03 - Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.
Serviço/Classificação	127- Serviço de Atenção à Obesidade - 001 Tratamento clínico, cirúrgico, repara acompanhamento ao paciente com obesidade.

ANEXO 6 DO ANEXO IV

INDICADORES DE QUALIDADE (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Anexo 2)

INDICADORES DE QUALIDADE

1- Proporção de pacientes em tratamento conservador com Hemoglobina (Hb) >10 g/dl:

A) CÁLCULO:

No de pacientes em tratamento conservador com Hb >10 e 2,5 e < 4,5 mg/dl

---

No total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: 90% ao final de 2 anos após a implementação da política

2- Proporção de pacientes em tratamento conservador com dosagem de Fósforo > 2,5 e < 4,5 mg/dl

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com P > 2,5 e < 4,5 mg/dl

---

Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

3- Proporção de pacientes em tratamento conservador encaminhados para tratamento hemodialítico e com FAV maturada:

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador encaminhado para diálise com FAV maturada

---

Nº total de pacientes em tratamento conservador encaminhado para diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 50% ao final de 2 anos após a implementação da política

4- Proporção de pacientes em tratamento conservador que abandonaram o tratamento

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em tratamento conservador com abandono de tratamento

---

Nº total de pacientes em tratamento conservador X 100

B) FREQUÊNCIA: Anual

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

5- Proporção de pessoas em diálise peritoneal

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise peritoneal

Nº total de pacientes em tratamento em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: Aumento anual gradativo, com relação 1 para ciente em diálise peritoneal para cada 4 paciente em hemodiálise, ao final de 2 anos após a implementação da política

6- Taxa de hospitalização dos pacientes por intercorrência clínica:

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em hemodiálise

---

Nº total de pacientes em tratamento por hemodiálise X 100 OU Nº de pacientes internados por intercorrência clínica em CAPD e DPA

Nº total de pacientes em tratamento por CAPD e DPA X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10%/mês, ao final de 2 anos após a implementação da política

7- Proporção de pacientes em hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Hemodiálise em uso de cateter de curta duração por mais de 3 meses

---

Nº total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

8- Taxa de Mortalidade de pacientes em diálise

A) CÁLCULO:

Nº de óbitos de pacientes em diálise

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: < 10% ao final de 2 anos após a implementação da política

9- Número de soroconversão para Hepatite C em pacientes submetidos à Hemodiálise

A) CÁLCULO:

Nº absoluto de casos com soroconversão para Hepatite C

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: Zero ao final de 2 anos após a implementação da política 10- Incidência de peritonite em pacientes em DPA e CAPD

A) CÁLCULO:

Nº de episódios de peritonites diagnosticadas no mês vigente

Nº total de pacientes em tratamento por DPA e CAPD

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 1 episódio / 20-30 pacientes/mês

11- Proporção de pacientes com Hb > 10 g/dl e < 12,0 g/dl em diálise

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em diálise com Hb > 10 e < 12 g/dl

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

12- Proporção de pacientes em diálise com Fósforo (P) >3,5 e < 5,5 mg/dl

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com P > 3,5 e < 5,5 mg/dl

Nº total de pacientes em diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 50% ao final de 2 anos após a implementação da política

13- Proporção de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Diálise com PTH > 600 pg/ml

Nº total de pacientes em Diálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Trimestral

C) META: < 20% ao final de 2 anos após a implementação da política

14- Proporção de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,2

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes em Hemodiálise com KTV > 1,2

Nº total de pacientes em Hemodiálise X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: > 70% ao final de 2 anos após a implementação da política

15- Proporção de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante e inscritos na CNCDO

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico, aptos para o transplante na e inscritos na CNCDO

Nº total de pacientes com mais de 6 meses de tratamento dialítico e aptos para o transplante X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META: 80% ao final de 2 anos após a implementação da política

16- Proporção de confecção de Fístula Arterio-Venosa maturadas

A) CÁLCULO:

Nº de pacientes com FAV maturadas

Nº total de pacientes com FAV confeccionada X 100

B) FREQUÊNCIA: Mensal

C) META:70% ao final de 2 anos após a implementação da política

ANEXO 7 DO ANEXO IV

SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA (Origem: PRT MS/GM 389/2014, Anexo 5)

SERVIÇO ESPECIALIZADO 130 - ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA

ESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO	
130	ATENÇÃO À DOENÇA RENAL CRÔNICA	001	TRATAMENTO DIALÍTICO - HEMODIÁLISE	1	2235-05	Enfermei
					2235-35	Enfermei nefrologis
					2237-10	Nutricioni
					2251-09	Médico n
					2515-10	Psicólogc
					2516-05	Assistent
					3222-05	Técnico c enfermag
		003	CONFECÇÃO INTERVENÇÃO DE ACESSOS PARA DIÁLIS	1	2251-09	Médico n
					2252-03	Médico ci vascular
					2252-10	Médico ci cardiovas
					2252-25	Médico ci geral
		004	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	1	2251-09	Médico n
					2235-05	Enfermei
		005	TRATAMENTO DIALÍTICO-PERITONEA	1	2235-35	Enfermei Nefrologi
					2237-10	Nutricioni
					2251-09	Médico n
					2515-10	Psicólogc
					2516-05	Assistent
					3222-05	Técnico c enfermag
		006	TRATAMENTO PRÉ DIALÍTICO	1	2235-05	Enfermei
					2237-10	Nutricioni

						2251-09	Médico n
						2515-10	Psicólogc
						2516-05	Assistent
						3222-05	Técnico c enfermag

ANEXO 8 DO ANEXO IV

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO (Origem: PRT MS/GM 571/2013, Anexo 1)

Avaliação e Monitoramento

Abaixo, segue sugestão de indicadores que podem ser utilizados no monitoramento e na avaliação do cuidado ao tabagista. Porém, outros indicadores poderão ser definidos e pactuados localmente.

1. Proporção de usuários tabagistas cadastrados: Número de usuários tabagistas ≥ 18 anos cadastrados, em determinado local e período / Número estimado* de usuários tabagistas ≥ 18 anos no mesmo local e período x 100

Fonte: Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e VIGITEL e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

*número estimado de usuários tabagistas na área coberta pela equipe de atenção básica = Pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual / 100.

2. Número de grupos de tratamento do tabagista realizados: Total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco e dependência química*, em determinado local e período.

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS

3. Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo: Número de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuário de tabaco e dependência química* em determinado local período/ Número de usuários tabagistas no mesmo local período x 100

Fonte: Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador)

*quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)".

Além dos indicadores acima descritos, que podem ser extraídos do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS, sugere-se os indicadores abaixo para acompanhamento da equipe:

4. Proporção de fumantes que deixaram de fumar: Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada/ Número de fumantes atendidos na 1ª sessão x 100

5. Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento: Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada - Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada/ Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada x 100.

*quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)".

ANEXO 9 DO ANEXO IV

CONTROLE DE QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 1)

Controle de qualidade do exame citopatológico cervico vaginal

Procedimento	02.03.01.007-8 Controle de qualidade do exame citopatológico cervico vaginal.
Descrição	Consiste na revisão de lâminas por laboratório diferente daquele que realizou citopatológico de rotina para detectar as diferenças de interpretação dos citomorfológicos e reduzir o percentual dos casos falso-negativos, falso-p insatisfatórios para rastreio da s lesões pré-neoplásicas e câncer de colo de úte
Complexidade	MC - Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial

Instrumento de Registro	02 - BPA (Individualizado)
Atributos Complementares	023-Registro no SISCOLO; 040 - Registro no SISCAN
Tipo de Financiamento	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0057- Controle de qualidade do exame citopatológico do colo de útero
Valor Ambulatorial SA	R$ 8,96
Valor Ambulatorial Total	R$ 8,96
Valor Hospitalar SP	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH	R$ 0,00
Total Hospitalar	R$ 0,00
Quantidade Máxima	1
Sexo	Feminino
Idade Mínima	10 anos
Idade Máxima	130 anos
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / classificação	120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos do colo do úte
Habilitação	32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopato colo de útero - Tipo II

ANEXO 10 DO ANEXO IV

EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA - RASTREAMENTO (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 2)

Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreamento

Procedimento	02.03.01.008-6 Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora - Rastreame
Descrição	Consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero. Indicad todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos e vida sexual ativa, para o ras lesões pré-neoplásicas e câncer de colo do útero.
Complexidade	MC - Média Complexidade
Modalidade	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro	02 - BPA (Individualizado)
Atributo Complementar	023- Registro no SISCOLO, 040 - Registro no SISCAN
Tipo de Financiamento	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento	0057- Controle de qualidade do exame citopatológico do colo de útero
Valor Ambulatorial SA	R$7,30

Valor Ambulatorial Total	R$7,30
Valor Hospitalar SP	R$0,00
Valor Hospitalar SH	R$0,00
Total Hospitalar	R$0,00
Quantidade Máxima	1
Sexo	Feminino
Idade Mínima	25 anos
Idade Máxima	64 anos
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / Classificação	120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia - 002 - Exa citopatológicos; 120 - Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citc - 003 - Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológico do colo
Habilitação	32.02- Laboratório de exames citopatológicos de colo de útero - Tipo I
	32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatol colo de útero - Tipo II

ANEXO 11 DO ANEXO IV

EXAME DO CITOPATOLÓGICO CERVICO VAGINAL/MICROFLORA (Origem: PRT MS/GM 3388/2013, Anexo 3)

Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora

Procedimento	02.03.01.001-9 Exame do citopatológico cervico vaginal/microflora
Descrição	Consiste na análise microscópica de material coletado do colo do útero. Indicad mulheres com vida sexual ativa, para diagnóstico das lesões pré-neoplásicas e colo do útero.
Valor Ambulatorial SA	R$6,97
Valor Ambulatorial Total	R$6,97
Quantidade Máxima	1
Atributo complementar	040 - Registro no SISCAN
CBO	2211-05, 2212-05, 2234-15, 2251-48, 2253-05, 2253-35
Serviço / Classificação	Incluir: 120 - Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ ou citologia - 00 Monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológico do colo do úter
Habilitação	32.02- Laboratório de exames citopapatológicos do colo de útero - Tipo I
	32.03- Laboratório de monitoramento externo de qualidade de exames citopatol colo de útero - Tipo II

ANEXO V

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Origem: PRT MS/GM 3088/2011)

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 1º)

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º)

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, I)

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, II)

III - combate a estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, III)

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, IV)

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, V)

VI - diversificação das estratégias de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VI)

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VII)

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, VIII)

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, IX)

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, X)

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, XI)

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 2º, XII)

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º)

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, I)

II - promover o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, II)

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 3º, III)

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º)

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, I)

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, II)

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, III)

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, IV)

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, V)

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VI)

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VII)

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais de seus pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, VIII)

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 4º, IX)

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º)

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I)

a) Unidade Básica de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a)

1. Equipes de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 1)

2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2)

3. 1. Equipe de Consultório na Rua; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2-A)

4. 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2-A)

5. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 3)

b) Centros de Convivência e Cultura; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, b)

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II)

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II, a)

III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III)

a) SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, a)

b) Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, b)

c) UPA 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, c)

d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, d)

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, e)

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV)

a) Unidade de Acolhimento; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV, a)

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV, b)

V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V)

a) Leitos de psiquiatria em hospital geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V, a)

b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V, b)

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VI)

a) Serviços Residenciais Terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VI, a)

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VII)

a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VII, a)

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica em saúde os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º)

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, I)

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II)

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a)

1. pessoas em situação de rua em geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 1)

2. pessoas com transtornos mentais; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 2)

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, a, 3)

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, II, b)

III - Centro de Convivência Cultura: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, III)

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental incluindo os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 3º)

§ 4º Os Centros de Convivência e Cultura, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade. Os Centros de Convivência serão normatizados por portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 6º, § 4º)

Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º)

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 1º)

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 2º)

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º)

I - CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, I)

II - CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, II)

III - CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, III)

IV - CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, IV)

V - CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, V)

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 7º, § 4º, VI)

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º)

§ 1º Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção de Urgência e Emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 8º, § 2º)

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Residencial de Caráter Transitório os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º)

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, I)

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, II)

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 1º)

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º)

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º, I)

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos). (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 2º, II)

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º)

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º, I)

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período e pelo planejamento da saída, em parceria com o Serviço de Atenção em Regime Residencial, e pelo seguimento do cuidado após a saída, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 9º, § 3º, II)

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10)

I - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral: oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, I)

II - Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Hospital Geral: oferece retaguarda clínica por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, II)

§ 1º A regulação do acesso aos leitos de que tratam os incisos I e II desse artigo deverá ser definida pelo gestor local segundo critérios de necessidade clínica e de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, § 1º)

§ 2º As internações de que tratam os serviços dos incisos I e II desse parágrafo deverão seguir as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 10, § 2º)

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11)

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 1º)

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 2º)

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 11, § 3º)

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12)

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial desenvolvidas em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais têm como objetivo a inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12, § 1º)

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais de que trata o §1º deste artigo devem articular sistematicamente as Redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 12, § 2º)

Art. 13. O processo de incentivo e habilitação dos pontos de atenção ficará submetidas aos critérios estabelecidos nesta normativa e em suas portarias específicas descrita no Anexo 1 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 13)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 14. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de cinco fases: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14)

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I)

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, a)

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, b)

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequencia, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, c)

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, I, d)

II - Fase II - adesão e diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II)

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, a)

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo 1 do Anexo V , na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, b)

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, c)

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d)

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 1)

2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 2)

3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 3)

4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, d, 4)

e) contratualização dos Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, e)

f) qualificação dos componentes. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, II, f)

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III)

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, a)

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, b)

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, III, c)

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV)

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 11 e 12 do Anexo V ; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV, a)

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, IV, b)

V - Fase 5 - Certificação: A certificação da Rede de Atenção Psicossocial será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, em parceria com CONASS e CONASEMS, após a realização das ações de atenção à saúde previstas nos arts. 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 11 e 12 do Anexo V , e avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes. Serão desenvolvidas reavaliações de certificação anualmente. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, V)

§ 1º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da RAPS assim como para monitoramento e avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, § 1º)

§ 2º Quaisquer mudanças no Plano de Ação das RAPS deverão ser encaminhas ao Ministério da Saúde (que avaliará viabilidade da mudança), após repactuação em CIR e homologação em CIB. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 14, § 2º)

Art. 15. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à pactuação, implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, I)

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à pactuação, implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, II)

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, pactuação, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 15, III)

Art. 16. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 16)

Art. 17. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011 em até cento e oitenta dias. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 17)

CAPÍTULO I

DO COMITÊ DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 18. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º)
I - ampliar o envolvimento da Sociedade Civil na discussão relacionada às ações voltadas às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir na sensibilização e na mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover a implementação da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, II)

III - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e a participação democrática; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, III)

IV - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações; e (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, IV)

V - realizar o balanço semestral do andamento da implementação e dos resultados da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 1º, V)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Entidades: (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º)
I - Associação Brasileira de Redutores de Danos - ABORDA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas - ABRAMD; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Autismo - ABRA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, V)

VI - Associação Juízes para a Democracia; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Central Única das Favelas - CUFA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - Comitê de Assuntos Sociais do Senado Federal; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura - CONTAG; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Conselho Federal de Enfermagem - COFEN; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Federal de Medicina - CFM; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Federal de Psicologia - CFP; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XV)

XVI - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVII)

XVIII - Conselho Nacional de Juventude; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XVIII)

XIX - Conselho Nacional de Saúde - CNS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XIX)

XX - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XX)

XXI - Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXI)

XXII - Cruz Azul no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXII)

XXIII - Especialistas, Intelectuais e Artistas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIII)

XXIV - Federação Brasileira de Hospitais - FBH; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIV)

XXV - Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas - FENNOCT; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXV)

XXVI - Fórum Brasileiro de Economia Solidária; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVI)

XXVII - Frente Nacional de Entidades pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na Política Nacional sobre Drogas; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Movimento Nacional da População em Situação de Rua; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Movimento Nacional de Direitos Humanos - MNDH; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXIX)

XXX - Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis - MNCR; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXX)

XXXI - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial - MNLA; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXI)

XXXII - Ordem dos Advogados do Brasil - OAB; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXII)

XXXIII - Pastoral Nacional do Povo da Rua - PNPR; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXIII)

XXXIV - Rede de Educação Popular e Saúde - REDPOP; (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXIV)

XXXV - Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA; e (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXV)

XXXVI - União Nacional dos Estudantes - UNE. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 2º, XXXVI)

§ 3º A coordenação do Comitê de Mobilização Social será responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 1º, § 4º)

Art. 19. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1306/2012, Art. 2º)

TÍTULO II
DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPÍTULO I
DAS MODALIDADES DE SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 20. Os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º)

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no art. 22, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 1º, § 2º)

Art. 21. Somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 2º)

Art. 22. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 3º)

Parágrafo Único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua

estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 23. As modalidades de serviços estabelecidas pelo art. 20 corresponderão às características abaixo discriminadas: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º)

§ 1º CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º)

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, II)

III - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, III)

IV - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, IV)

V - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, V)

VI - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 1º, VI)

§ 2º A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, III)

IV - visitas domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 2º, VII)

§ 3º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º)

I - 01 (um) médico com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, I)

II - 01 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, II)

III - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, III)

IV - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 3º, IV)

§ 4º CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º)

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, II)

III - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, III)

IV - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, IV)

V - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, V)

VI - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 4º, VI)

§ 5º A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, III)

IV - visitas domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 5º, VII)

§ 6º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º)

I - 01 (um) médico psiquiatra; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, II)

III - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, III)

IV - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 6º, IV)

§ 7º CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, I)

II - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, II)

III - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, III)

IV - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, VI)

VII - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 7º, VII)

§ 8º A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, I)

II - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VI)

VII - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VII)

VIII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, VIII)

IX - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 8º, IX)

§ 9º Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º)

I - 02 (dois) médicos psiquiatras; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, II)

III - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, III)

IV - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 9º, IV)

§ 10. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10)

I - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10, I)

II - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 10, II)

§ 11. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11)

I - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, I)

II - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, II)

III - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 11, III)

§ 12. CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, I)

II - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS),

de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, II)

III - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, III)

IV - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, VI)

VII - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 12, VII)

§ 13. A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, IV-A)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, V)

VII - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, VI)

VIII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 13, VII)

§ 14. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14)

I - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, I)

II - 01 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, II)

III - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, III)

IV - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 14, IV)

§ 15. CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15)

I - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, I)

II - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, II)

III - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, III)

IV - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes; (Origem: PRT

MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, IV)

V - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, V)

VI - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VI)

VII - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VII)

VIII - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 15, VIII)

§ 16. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, III)

IV - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, IV)

V - atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VI)

VII - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VII)

VIII - atendimento de desintoxicação. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 16, VIII)

§ 17. Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17)

I - 01 (um) médico psiquiatra; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, I)

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, II)

III - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, III)

IV - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, IV)

V - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4º, § 17, V)

Art. 24. Os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 5º)

Parágrafo Único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no art. 21. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 25. Os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 6º)

Parágrafo Único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos deste Capítulo, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 9º)

CAPÍTULO II
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 24 HORAS (CAPS AD III)

Seção I
Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO I)

Art. 27. Este Capítulo define o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III). (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 1º)

Art. 28. O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 2º)

Art. 29. O CAPS AD III poderá atender a população infantojuvenil, desde que atendendo ao requisitos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 3º)

Art. 30. O CAPS AD III poderá constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no Plano de Ação Regional ou em situações excepcionais no período de transição do processo de construção do Plano. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º)

§ 1º O CAPS AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º No caso do caput, o Plano de Ação Regional deverá indicar a linha de cuidado (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência) de referência para o CAPS AD III regional, garantindo-se apoio qualificado aos usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou outros agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 4º, § 2º)

Seção II
Do Funcionamento
(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II)

Art. 31. O CAPS AD III observará as seguintes características de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º)

I - constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, I)

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de gravidade (recaídas, abstinência); (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, II)

III - ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, por 12 (doze) horas ininterruptas diurnas, como das 7 às 19 horas ou 8 às 20 horas ou 9 às 21 horas. Durante os finais de semana e feriados os casos avaliados que necessitarem de acolhimento noturno deverão ser encaminhados para avaliação médica (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência). Nos casos que a avaliação médica não indicar internação em Hospital Geral, o usuário deverá retornar para o CAPS que o acolheu no primeiro dia útil: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, III)
a) Sempre que houver necessidade de avaliação médica, e o CAPS não dispuser deste profissional no momento, o usuário deverá ser encaminhado para o serviço de urgência de referência. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, III, a)

IV - condicionar o recebimento de usuários transferidos de outro Ponto de Atenção, para acolhimento noturno, ao prévio contato com a equipe que receberá o caso; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, IV)

V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, V)

VI - regular o acesso ao acolhimento noturno, com base em critérios clínicos, em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VI)

VII - promover inserção proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VII)

VIII - organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, VIII)

IX - estabelecer profissionais de referência para cada usuário; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, IX)

X - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, X)

XI - ofertar cuidados às famílias de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD III; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XI)

XII - promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas, especialmente dos fundamentos legais da Política Pública de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, e da defesa de seus direitos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XII)

XIII - orientar-se pelos princípios da Redução de Danos; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XIII)

XIV - responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XIV)

XV - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações em Hospital Geral e outros Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XV)

XVI - realizar ações de apoio matricial no âmbito da Regional na Atenção Básica e outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades de cada caso; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVI)

XVII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com vistas a minimizar o sofrimento e a exposição, de acordo com pactuação prévia; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVII)

XVIII - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Regional a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 5º, XVIII)

Subseção I
Da Atenção Integral ao Usuário
(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 32. A atenção integral ao usuário no CAPS AD III inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º)

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe interdisciplinar, realizado por trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, I)

II - atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, II)

III - oferta de medicação assistida e dispensada; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, III)

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, IV)

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos deste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, V)

VI - visitas e atendimentos domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VI)

VII - atendimento à família, individual e em grupo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VII)

VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, VIII)

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, IX)

X - fornecimento de refeição diária aos usuários assistidos, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X)

a) os usuários assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, a)

b) usuários assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, b)

c) usuários que permanecerem no serviço durante 24 (vinte e quatro) horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, X, c)

§ 1º A permanência de um mesmo usuário no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 (catorze) dias, no período de 30 (trinta) dias. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Caso seja necessária permanência no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o usuário será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 2º)

§ 3º A regra estabelecidas nos §§ 1º e 2º poderá ser excepcionada a critério da equipe de serviço, quando necessário ao pleno desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares, devendo ser justificada à Coordenação Municipal de Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 6º, § 3º)

Subseção II
Da Equipe Mínima
(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 33. O CAPS AD III deverá contar com equipe mínima para atendimento de sua clientela na seguinte configuração: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º)

I - 60 horas de profissionais médicos, entre psiquiatras e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo no mínimo um psiquiatra. Deverá ser garantida a presença mínima de um médico no período diurno de segunda à sexta-feira; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, I)

II - 1 (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental, por turno; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, II)

III - 5 (cinco) profissionais de nível universitário por turno, pertencentes às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III)

a) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, a)

b) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, b)

c) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, c)

d) terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, d)

e) pedagogo; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, e)

f) educador físico. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, III, f)

IV - 4 (quatro) técnicos de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, IV)

V - 4 (quatro) profissionais de nível médio por turno, preferencialmente com experiência em ações de redução de danos dentre as seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V)

a) artesão; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, a)

b) agente social; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, b)

c) educador social. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, V, c)

VI - 1 (um) profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, por turno. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, VI)

§ 1º Além do mínimo previsto acima, o CAPS poderá contar com outras categorias profissionais, que potencializem o alcance das ações do serviço. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Para os períodos de acolhimento noturno, das 19 às 7 horas a equipe mínima deverá ser composta pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º)

I - 1 (um) enfermeiro; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º, I)

II - 02 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 2º, II)

§ 3º No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma, em plantões de 12 (doze) horas: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º)

I - 2 profissionais de nível universitário, sendo que um deles deverá ser necessariamente enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, I)

II - 2 (dois) profissionais de nível médio, sendo que um deles deverá ser necessariamente técnico de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, II)

III - 1 (um) profissional da área de apoio. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 3º, III)

§ 4º Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 7º, § 4º)

Subseção III
Da Estrutura Física Mínima
(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 34. O CAPS AD III terá a seguinte estrutura física mínima: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º)

I - espaço para atendimento individual; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, I)

II - espaço para atendimento de grupo; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, II)

III - espaço para refeições; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, III)

IV - espaço para convivência; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, IV)

V - banheiros com chuveiro; (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, V)

VI - no mínimo 8 (oito) e no máximo 12 (doze) vagas para acolhimento noturno; e (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, VI)

VII - posto de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 8º, VII)

Seção III
Da Implantação e da Tipologia
(Origem: PRT MS/GM 130/2012, CAPÍTULO III)

Art. 35. O CAPS AD III será implantado conforme previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente, e poderá ser de dois tipos: (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º)

I - CAPS AD III Novo; ou (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, I)

II - CAPS AD III Qualificado. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, II)

Parágrafo Único. O CAPS AD III Qualificado é aquele que é resultado da adaptação e qualificação de um CAPS AD tradicional preexistente e transformado para o atendimento de pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 36. O CAPS AD III Novo será implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 10)

Parágrafo Único. Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 37. No intuito de garantir efetiva retaguarda de acolhimento 24 horas para pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, recomenda-se a qualificação de CAPS AD II em CAPS AD III. (Origem: PRT MS/GM 130/2012, Art. 11)

Seção IV
Da Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial

Art. 38. Fica instituída a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 1º)

Art. 39. Para efeito desta Seção, a Unidade de Acolhimento referida no art. 38 é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial e apresenta as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º)

I - Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, I)

II - Caráter residencial transitório. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, II)

§ 1º A Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, § 1º)

2º A Unidade de Acolhimento deverá articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 2º, § 2º)

Art. 40. Os usuários da Unidade de Acolhimento serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. O CAPS de referência será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 41. O Plano de Ação Regional deverá indicar a linha de cuidado (Hospital Geral e/ou UPA e/ou Portas Hospitalares de Atenção à Urgência) de referência para a Unidade de Acolhimento, garantindo-se apoio qualificado aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 4º)

Art. 42. As Unidades de Acolhimento funcionarão em duas modalidades: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º)

I - Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, I)

II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, II)

§ 1º A Unidade de Acolhimento Adulto terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil terá disponibilidade de 10 (dez) vagas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 5º, § 2º)

Art. 43. A Unidade de Acolhimento poderá ser constituída por Estados, por Municípios e pelo Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, atendidas as exigências estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 6º)

Art. 44. A Unidade de Acolhimento a ser implantada deverá estar inserida na Rede de Atenção Psicossocial e referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 7º)

Art. 45. A Unidade de Acolhimento deve contar com estrutura física mínima, na seguinte configuração: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º)

I - sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, I)

II - quartos coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (Com até 04 (quatro) camas cada quarto); (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, II)

III - refeitório; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, III)

IV - cozinha; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, IV)

V - banheiros com chuveiros, adaptados para pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, V)

VI - banheiros (vestuário) para funcionários; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VI)

VII - lavanderia; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VII)

VIII - abrigo externo de resíduos sólidos; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, VIII)

IX - sala de TV; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, IX)

X - sala Administrativa (Escritório); e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, X)

XI - almoxarifado. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 8º, XI)

Art. 46. A Unidade de Acolhimento Adulto deverá observar os seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º)

I - Ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, I)

II - Contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos e/ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II)

a) 56 horas semanais de profissionais de nível universitário da área da saúde, com distribuição entre os turnos de domingo a domingo de maneira a garantir a presença mínima de um profissional por período todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II, a)

b) Profissionais de nível médio, com a presença mínima de 2 (dois) em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 9º, II, b)

Art. 47. Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10)

I - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, I)

II - educador físico; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, II)

III - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, IV)

V - terapeuta ocupacional; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, V)

VI - médico. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 10, VI)

Art. 48. A Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil deverá observar os seguintes requisitos específicos: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11)

I - Ser referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, I)

II - Contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II)

a) 56 horas semanais de profissionais de nível universitário da área da saúde, com distribuição entre os turnos de domingo a domingo de maneira a garantir a presença mínima de um profissional por período todos os dias da semana. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, a)

b) Profissionais de nível médio, com a presença mínima de 2 (dois) em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, b)

c) 40 horas de profissionais de nível universitário na área de educação, distribuídas de maneira a garantir a presença mínima de 1 (um) profissional por período em todos os dias úteis da semana, das 7 às 19 horas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, II, c)

§ 1º Situações excepcionais serão analisadas pela Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação às peculiaridades regionais, podendo realizar vistoria in loco para a habilitação a qualquer tempo. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

§ 2º Poderá ser implantada 1 (uma) Unidade de Acolhimento em Município ou região que contabilizem de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 1º)

3º O cálculo do número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas deverá observar a fórmula constante do Anexo 2 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 2º)

§ 4º Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º)

I - assistente Social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, I)

II - educador físico; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, II)

III - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, III)

IV - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, IV)

V - terapeuta ocupacional; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, V)

VI - médico. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 11, § 3º, VI)

Art. 49. As ações a serem desenvolvidas pelas Unidades de Acolhimento e o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstas no Projeto Terapêutico Singular, tendo como parâmetro o limite de seis meses. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12)

Parágrafo Único. O Projeto Terapêutico Singular será formulado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial com a participação da Unidade de Acolhimento, devendo-se observar as seguintes orientações: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único)

I - acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, I)

II - desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, II)

III - desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, III)

IV - acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, IV)

V - atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, V)

VI - atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VI)

VII - oficinas terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VII)

VIII - atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, VIII)

IX - promoção de atividades de reinserção social; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, IX)

X - articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída; (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, X)

XI - articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; e (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, XI)

XII - saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 12, Parágrafo Único, XII)

Art. 50. O gestor responsável pela implantação da Unidade de Acolhimento será o responsável pelo acompanhamento, controle, avaliação, fiscalização e auditoria, devendo-se verificar periodicamente o cumprimento dos requisitos e orientações contidos nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Art. 17)

TÍTULO III
DAS NORMAS DE FUNCIONAMENTO E HABILITAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS, DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Art. 51. Este Título define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS
(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I)

Seção I
Das Diretrizes
(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção I)

Art. 52. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º)

I - função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, I)

II - integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, II)

III - articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, III)

IV - oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, IV)

V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, V)

VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 2º, VI)

Art. 53. O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas construirá seu projeto técnico considerando

as seguintes referências: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º)

I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, I)

II - adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, II)

III - estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, III)

IV - incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, IV)

V - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, V)

VI - estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsulta ou outras formas de interação entre os diversos serviços, a partir de demandas de ordem clínica específica; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VI)

VII - garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local de saúde, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VII)

VIII - avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 3º, VIII)

Art. 54. O projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas contemplará as seguintes atividades, de acordo com as demandas singulares de cada usuário: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º)

I - avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, I)

II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, II)

III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 4º, III)

Seção II
Da Estrutura Física
(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção II)

Art. 55. A estrutura física do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º)

I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, I)

II - em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito e reduzindo os riscos aos usuários do serviço, e possibilitando a integração de pequena área livre para atividades; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, II)

III - busca da compatibilização entre espaços hospitalares concebidos, de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, III)

IV - observância dos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, especialmente: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV)

a) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, a)

b) RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, b)

c) Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA). (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, c)

Art. 56. A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º)

I - no caso de até 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas poderá funcionar em: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I)

a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; ou (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I, a)

b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, I, b)

II - no caso de mais de 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, II)

Parágrafo Único. Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção III
Da Equipe Técnica Multiprofissional
(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO I, Seção III)

Art. 57. A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará a gradação do número de leitos implantados, na seguinte proporção: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º)

I - para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I)

a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, a)

b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, b)

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, I, c)

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II)

a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, a)

b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, b)

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, II, c)

III - para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III)

a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, a)

b) 1 (um) enfermeiro por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, b)

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, c)

d) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, III, d)

IV - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV)

a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, a)

b) 1 (um) enfermeiro por turno; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, b)

c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, c)

d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, d)

e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 7º, IV, e)

CAPÍTULO II
DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS
(Origem: PRT MS/GM 148/2012, CAPÍTULO II)

Art. 58. A implantação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º)

I - em Municípios ou Regiões de Saúde com até 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, I)

II - em Municípios ou Regiões de Saúde com mais de 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e de CAPS de referência que realize atenção a pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. O Serviço Hospitalar de Referência de que trata este artigo deve ser implantado em Hospitais Gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, e serão preferencialmente utilizados também como espaços de atuação docente assistencial. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 59. A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º)

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base o Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, I)

II - O número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 25 leitos (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 1615/2012)

Parágrafo Único. Projetos que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II poderão, em caráter de excepcionalidade, ser analisados tecnicamente pela Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), observada a pactuação regional acerca das particularidades da Rede de Atenção Psicossocial das distintas Regiões de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 60. O planejamento de distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas será definido pelos gestores de saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, na perspectiva da constituição do Componente Atenção Hospitalar como estratégia para a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção às Urgências. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 10)

Art. 61. O planejamento de distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas deve constar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, ou instrumento equivalente. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 11)

CAPÍTULO III
DO ACOMPANHAMENTO

Art. 62. A Área Técnica do DAPES/SAS/MS procederá à avaliação semestral de desempenho do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, considerando a taxa média de ocupação e a média de permanência do usuário no leito de atenção. (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 18)

Art. 63. A SAS/MS publicará ato específico para regulamentar os procedimentos para o funcionamento do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em Hospitais Gerais e os mecanismos de controle da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 19)

TÍTULO IV
DO CONTROLE DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS (IPI) E VOLUNTÁRIAS (IPV)

Art. 64. Os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, observarão o disposto neste Título para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 1º)

Art. 65. A internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 2º)

Art. 66. Ficam caracterizadas quatro modalidades de internação: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º)

I - Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI); (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, I)

II - Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV), (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, II)

III - Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI), (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, III)

IV - Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC). (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, IV)

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 3º, § 4º)

Art. 67. As internações involuntárias, referidas no art. 66, § 2º , deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º)

I - ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer, (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º, I)

II - à Comissão referida no art. 73. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 4º, II)

Art. 68. A Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no art. 67, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo 3 do Anexo V), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º)

Parágrafo Único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - identificação do estabelecimento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - identificação do médico que autorizou a internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, IV)

V - motivo e justificativa da internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, V)

VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VI)

VII - CID; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VII)

VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS); (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, VIII)

IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, IX)

X - informações sobre o contexto familiar do usuário; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, X)

XI - previsão estimada do tempo de internação (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 5º, Parágrafo Único, XI)

Art. 69. Caberá ao Ministério Público o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 6º)

Art. 70. Se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde enviará ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação

Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 7º)

Art. 71. Caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário Anexo 3 do Anexo V , do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º)

I - numeração da IPI; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, I)

II - data; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, II)

III - condições da alta; (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, III)

IV - encaminhamento do paciente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 8º, IV)

Art. 72. Nas internações voluntárias, deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em Anexo 3 do Anexo V , que ficará sob a guarda do estabelecimento. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 9º)

Art. 73. O gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10)

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10, § 1º)

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 10, § 2º)

Art. 74. O Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 11)

Art. 75. A Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 12)

Art. 76. O Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI e IPVI), ressalvados os cuidados de sigilo. (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Art. 13)

TÍTULO V

DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL PARA O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS

Art. 77. Ficam criados os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 78. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º)

Art. 79. Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-A)

Parágrafo Único. Para fins deste Título, será considerada internação de longa permanência a internação de 2 (dois) anos ou mais ininterruptos. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-A, Parágrafo Único)

Art. 80. Os SRT serão constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador, conforme descrito no Anexo 4 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B)

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo 8 (oito) moradores. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 1º)

§ 2º São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo 10 (dez) moradores. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 2º)

§ 3º Para fins de repasse de recursos financeiros, os Municípios deverão compor grupos de mínimo quatro moradores em cada tipo de SRT. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 3º)

§ 4º Os SRT tipo II deverão contar com equipe mínima composta por cuidadores de referência e profissional técnico de enfermagem, observando-se as diretrizes constantes do Anexo 4 do Anexo V . (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 4º)

§ 5º As duas modalidades de SRT se mantem como unidades de moradia, inseridos na comunidade, devendo estar localizados fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, estando vinculados a rede pública de serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 2º-B, § 5º)

Art. 81. Cabe aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º)

I - garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, a)

II - atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, b)

III - promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 3º, c)

Art. 82. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º)

I - ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, a)

II - ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, b)

III - respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 4º, c)

Art. 83. Constituem normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º)

I - serem exclusivamente de natureza pública; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, a)

II - a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, b)

III - estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, c)

IV - estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo; e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, d)

V - a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 5º, e)

Art. 84. São características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º)

I - apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, I)

II - existência de espaço físico que contemple de maneira mínima: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II)

a) dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, a)

b) sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, b)

c) dormitórios devidamente equipados com cama e armário; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, c)

d) copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.); e (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, d)

e) garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 6º, II, e)

Art. 85. Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados, possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º)

I - 01 (um) profissional médico; (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º, I)

II - 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 7º, II)

Art. 86. Cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 8º)

Art. 87. Ficam priorizados, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva os hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 9º)

Art. 88. Para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 10)

Art. 89. As Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 12)

Art. 90. As Secretarias de Assistência à Saúde e a Secretaria-Executiva, mediante ato conjunto, regulamentarão os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 13)

Art. 91. Cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Art. 14)

TÍTULO VI

DA ESTRATÉGIA NACIONAL DE AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO, SUPERVISÃO E APOIO TÉCNICO AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E OUTROS SERVIÇOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO SUS

Art. 92. Fica instituída a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros Dispositivos Comunitários da rede pública de saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Estratégia objeto deste artigo será desenvolvida por meio do estabelecimento de parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de formulação e execução de projetos de pesquisa e produção e de conhecimento para avaliação e aperfeiçoamento dos CAPS e demais serviços da rede pública de saúde mental, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, a efetividade, a formação dos profissionais e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários envolvidos. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 93. Para a condução da Estratégia de que trata o art. 92, o Ministério da Saúde buscará o estabelecimento de parceria com os seguintes centros universitários: (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º)

I - Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, I)

II - Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, II)

III - Universidade Estadual de Campinas - Instituto de Saúde Coletiva; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, III)

IV - Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, IV)

V - Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública; e (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, V)

VI - Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 2º, VI)

Art. 94. A Secretaria de Atenção à Saúde, ouvidas as Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no prazo de 60 (sessenta) dias, procederá à elaboração do Termo de Cooperação Técnica e Científica entre as referidas universidades e o Ministério da Saúde, do qual conste a definição das ações e responsabilidades de cada instituição. (Origem: PRT MS/GM 678/2006, Art. 3º)

ANEXO 1 DO ANEXO V

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Anexo 1)

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	**Ponto de Atenção**	**Necessidade**	**Existentes**	**Déficit**	**Parâmetro**
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Polí Nacional de Atenção Básica, c outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua: Portarias 123 de 25 de janeiro de 2 define as diretrizes de organi funcionamento das Equi Consultório na Rua. Equipe de apoio aos sei componente Atenção Resid Caráter Transitório: A ser nc por portaria específica.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Polí Nacional de Atenção Básica, apresentada pela Portaria n. 2 21 de outubro de 2011.
	Centro de Convivência				A ser normatizado por portaria específica.
II. Atenção Psicossocial	CAPS I				Municípios ou regiões com po de 15 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com po de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com po de 150 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com po de 70 mil hab
	CAPS AD III				Municípios ou regiões com po de 150 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com po de 70 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA SAMU Sala de Estabilização Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro				Conforme orientações de Portaria específica.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				Conforme orientações da Port de 25 de janeiro de 2012.
	UA INFANTO-JUVENIL				Conforme orientações da Poi de 25 de janeiro de 2012.
	SERVIÇO DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL				Municípios ou regiões com ao CAPS e uma UA adulto.
V. Atenção Hospitalar	LEITOS DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL				1 leito para cada 23 mil habita

	SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do nº de munícipe recebam alta após ao menos de internação ininterrupta em psiquiátrico ou hospital de cus
	PVC				A depender do nº de munícipe recebam alta após ao menos de internação ininterrupta em psiquiátrico ou hospital de cus
VII. Estratégias de Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS SOCIAIS, EMPREENDIMENTOS SOLIDÁRIOS E INICIATIVAS DE TRABALHO E RENDA				Conforme orientações da Port de 26 de janeiro de 2012

ANEXO 2 DO ANEXO V

FÓRMULA PARA DEFINIÇÃO DO NÚMERO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS EM RISCO PARA USO DE DROGAS: (Origem: PRT MS/GM 121/2012, Anexo 1)

Fórmula para definição do número de crianças, adolescentes e jovens em risco para uso de drogas:

$$\frac{\text{Num. de hab. Entre 10 e 19 anos} \times 6}{100} = N$$

Onde:

1 .Número de habitantes entre 10 e 19 anos.

2. 6%: Percentual de uso de qualquer droga no último mês por estudantes de 10 a 19 anos, segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), realizado em 2010.

3. N: Número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

ANEXO 3 DO ANEXO V

FORMULÁRIOS (Origem: PRT MS/GM 2391/2002, Anexo 1)

FORMULÁRIOS

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

_____ _____, de _____de 200__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE - Nº

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____C.G.C.:_____

2. PACIENTE

Nome:_____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade nº: _____Órgão Exp.: _____U.F.: _____

C.I.C: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____

Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/___/_____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

3. ALTA

Data: __/__/__ Hora: __:__ C.I.D.: _____ Setor: _____

Justificativa da Alta: _____

_____

Médico responsável pela alta:

_____

_____

Assinatura e Carimbo com nº de CRM

Familiar responsável pelo paciente:

_____

Grau de Parentesco: _____Identidade nº: _____ Órgão Exp.:___ U.F:__

_____

Assinatura do Responsável

4. Alta solicitada por: ( ) médico ( ) familiar ( ) responsável legal ( )

outros _____

5. Observações: _____

(timbre da instituição)

_____ _____, de _____de 200__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre o internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE _____ Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai : _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.:____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: __/__/__ Estado Civil: _____Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF:_____

Acompanhante/Responsável

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ tel.: _____

RG: _____

Assinatura: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: __/__/__ Hora: __:__ Local: _____ C.I.D.: _____

Motivo da Internação: _____

Justificativa da Involuntariedade: _____

Motivo de discordância do paciente quanto à internação: _____

Antecedentes psiquiátricos: _____

Tempo estimado da internação (dias):

( )1 a 5 ( )6 a 14 ( ) 15 a 21 ( ) 22 a 30 ( ) mais de 30

Médico Responsável pela Internação: _____

_____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Contexto familiar: _____

4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? ( ) sim ( ) não ( ) informação ignorada

5. Dados sobre INSS: _____

6. Observações: _____

(timbre da instituição)

Local e data: _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.:_____ U.F.: _____

C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: __/__/__ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ U.F.: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: __/__/__ Hora: __:__ Setor: _____ C.I.D.: _____

Justificativa: _____

Médico Responsável: _____

_____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar/ Responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº: _____

Órgão Exp.: _____ U.F: _____

Endereço: _____ tel.: _____

_____

Assinatura do Responsável

4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pe responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10. 216.

Brasília, ___de ___ de _____

_____

Assinatura ou polegar do paciente

5. Observações: _____

ANEXO 4 DO ANEXO V

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS (Origem: PRT MS/GM 106/2000, Anexo 1)

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 8 (oito) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência. A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000.

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve constituir-se conforme definido na Portaria 106/GM/MS, de 2000, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam as necessidades dos moradores.
Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a RT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

ANEXO 5 DO ANEXO V

REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SRTS TIPO I E II
(Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 1)

REPASSE DE INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE SRTs TIPO I E II

Documentação necessária para fins de repasse do incentivo:

I) Ofício assinado pelo gestor solicitando o incentivo financeiro, informando o número de Residências que pretende implantar, bem como o tipo (I ou II) e situação de cada serviço (se estão em implantação ou funcionamento). Para os serviços em funcionamento o anexo IV deverá ser preenchido;

II) Termos de Compromisso de gestor local assegurando o início do funcionamento do SRT em até 3 (três) meses a partir da data de recebimento do recurso, podendo esse prazo ser prorrogado uma única vez por igual período;

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa.

IV) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT;

V) Proposta Técnica de aplicação do recurso.

ANEXO 6 DO ANEXO V

TABELA 1 (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 2)

Tabela 1

Nº de Moradores	SRT tipo I			SRT tipo II		T
	Serviço (R$)	Profissional (R$)	Total (R$)	Serviço (R$)	Profissional (R$)	
8	8.000,00	2.000,00	10.000,00	12.000,00	8.000,00	

ANEXO 7 DO ANEXO V

TABELAS 2 E 3 (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 3)

Tabela 2

Nº de Moradores	SRT tipo I

	Serviço	Profissional	Total
4	4.000,00	1.000,00	
5	4.625,00	1.625,00	
6	5.250,00	2.250,00	
7	5.875,00	2.875,00	
8	8.000,00	2.000,00	

Tabela 3

Nº de Moradores	SRT tipo II		
	Serviço	Profissional	Total
4	5.000,00	3.000,00	
5	6.000,00	4.000,00	
6	7.000,00	5.000,00	
7	8.000,00	6.000,00	
8	9.000,00	7.000,00	
9	10.000,00	8.000,00	
10	12.000,00	8.000,00	

ANEXO 8 DO ANEXO V

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 4)

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO I

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo I deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado/Distrito Federal;

II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço (Conforme a Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;

IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (anexo V).

CADASTRAMENTO PARA REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE CUSTEIO MENSAL DE SRT TIPO II

Os SRTs tipo II deverão seguir as diretrizes estabelecidas nesta portaria no que tange ao repasse do incentivo financeiro para implantação.

Em relação ao cadastramento, os módulos residenciais tipo II novos deverão estar em funcionamento para efetivarem a solicitação de cadastro junto ao Ministério da Saúde. Dessa forma, deverão enviar à Área Técnica de Saúde Mental a seguinte documentação:

I) Relatório de Vistoria da Secretaria de Saúde do Estado / Distrito Federal;

II) Identificação do Serviço de Saúde Mental de Referência que será responsável pelo suporte terapêutico dos moradores do SRT, com a apresentação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço, (Conforme Portaria nº 748/GM/MS, de 10 de outubro de 2006);

III) Programa de Ação Técnica do Serviço, contendo os critérios que justifiquem a inserção dos moradores nos diferentes tipos de SRT, e as ações que nortearão a rotina da casa;

IV) Preenchimento do formulário de cadastro de Serviço Residencial Terapêutico (Anexo V);

V) Envio de relatório circunstanciado que justifique a necessidade de cuidados específicos pelos moradores.

ANEXO 9 DO ANEXO V

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICO (Origem: PRT MS/GM 3090/2011, Anexo 5)

CADASTRO NACIONAL DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS		
MUNICÍPIO:	UF:	( ) TIPO I ( ) TIPO II
Nome do Gestor responsável pelo SRT:		

Endereço Completo do SRT:									
Telefone:									
Número de moradores:									
Nome do técnico responsável:									
Telefone:						E-mail:			
Serviço de Saúde Mental de Referência:									
CNES									
DADOS PESSOAIS DOS MORADORES									
Nº	Nome do morador	Data de nascimento	Sexo	CPF	Data de entrada no SRT	Procedência	Benefícios que possui		
1							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
2							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
3							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
4							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
5							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
6							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
7							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
8							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
9							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose
10							( ) PVC	( ) BPC	( ) Apose

ANEXO VI

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 793/2012)

Art. 1º Este Anexo institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO I)

Art. 2º São diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º)

I - respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, I)

II - promoção da equidade; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, II)

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, III)

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, IV)

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, V)

VI - diversificação das estratégias de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VI)

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VII)

VIII - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, VIII)

IX - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, IX)

X - promoção de estratégias de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, X)

XI - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, XI)

XII - desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 2º, XII)

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º)

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, I)

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, II)

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 3º, III)

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º)

I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, I)

II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, II)

III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, III)

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, IV)

V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, V)

VI - desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VI)

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VII)

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, VIII)

IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 4º, IX)

Art. 5º A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará pela execução de quatro fases: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º)

I - diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, I)

II - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, II)

III - contratualização dos Pontos de Atenção; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, III)

IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 5º, IV)

Art. 6º O diagnóstico e o desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão estruturados em 4 (quatro) ações: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º)

I - apresentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, I)

II - realização de diagnóstico e análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio das Secretarias de Saúde estaduais, considerando as necessidades das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, II)

III - pactuação do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da proposta de Plano de Ação Regional na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com a programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, III)

IV - elaboração dos Planos de Ação Municipal dos Municípios integrantes da CIR. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 6º, IV)

Art. 7º A adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está estruturada da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º)

I - instituição de Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com apoio institucional do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, I)

II - homologação da região inicial de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na CIB ou no CGSES/DF. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, II)

Parágrafo Único. No âmbito do Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o Ministério da Saúde terá como atribuições: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

I - mobilizar os dirigentes do SUS em cada fase; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, a)

II - coordenar e apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, b)

III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, c)

IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 7º, Parágrafo Único, d)

Art. 8º A articulação dos pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência compreenderá: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º)

I - elaboração do desenho municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, I)

II - contratualização dos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pelo ente responsável, observada as responsabilidades definidas no âmbito da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, II)

III - instituição do Grupo Condutor Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência em cada Município que compõe o CIR e no Distrito Federal, com apoio institucional da Secretaria de Saúde estadual ou distrital. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 8º, III)

Art. 9º Compete ao Grupo Condutor Estadual: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º)

I - implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, I)

II - acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, previstas no art. 5º; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, II)

Parágrafo Único. O cumprimento das metas relacionadas às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será acompanhado de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10)

I - caberá ao Município, por meio da Secretaria de Saúde municipal, quando houver: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I)

a) a implementação e a coordenação do Grupo Condutor Municipal; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, a)

b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, b)

c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território municipal; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, I, c)

II - caberá ao Estado, por meio da Secretaria de Saúde estadual: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II)

a) a coordenação do Grupo Condutor Estadual; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, a)

b) a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, incluído o respectivo financiamento; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, b)

c) o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território estadual, de forma regionalizada; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, c)

d) o apoio à implementação e ao financiamento dos pontos de atenção sob gestão municipal; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, II, d)

III - caberá à União, por intermédio do Ministério da Saúde o apoio à implementação, ao financiamento, ao monitoramento e à avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em todo território nacional. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, III)

Parágrafo Único. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 10, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DOS COMPONENTES DA REDE DE CUIDADES À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II)

Art. 11. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, I)

II - Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, II)

III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, III)

Parágrafo Único. Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, Parágrafo Único)

I - acessibilidade; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, I)

II - comunicação; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, II)

III - manejo clínico; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, III)

IV - medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, IV)

V - medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 11, V)

Seção I
Do Componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 12. O componente Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12)

I - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12, I)

II - atenção odontológica. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 12, II)

Art. 13. A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13)

I - promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, I)

II - acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, II)

III - educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, III)

IV - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, IV)

V - publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, V)

VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VI)

VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VII)

VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, VIII)

IX - apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, IV)

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 13, X)

Seção II

Do Componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências

(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 14. O componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com os seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14)

I - estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, I)

II - Centros Especializados em Reabilitação (CER); e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, II)

III - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, III)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências) até a data de publicação deste Anexo passam a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Os pontos de atenção previstos no art. 14 poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15)

§ 1º A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 1º)

§ 2º As oficinas itinerantes de que trata o caput deste artigo poderão ser terrestres ou fluviais, estruturadas em veículos ou barcos adaptados e equipados para confecção, adaptação e manutenção de órteses e próteses. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 2º)

§ 3º As oficinas itinerantes terrestres ou fluviais estarão necessariamente vinculadas a uma Oficina Ortopédica Fixa. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 3º)

§ 4º A Oficina Ortopédica deverá estar articulada e vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Reabilitação Física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 15, § 4º)

Art. 16. A implantação dos pontos de atenção que compõem o componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências visa promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS, observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16)

I - proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo das deficiências auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, I)

II - garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, II)

III - promover o vínculo entre a pessoa com deficiência e a equipe de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, III)

IV - adequar os serviços às necessidades das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 16, IV)

Art. 17. Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências observarão as seguintes regras de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17)

I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, I)

II - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, II)

III - produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades

das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, III)

IV - garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, IV)

V - melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, V)

VI - estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VI)

VII - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VII)

VIII - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, VIII)

IX - articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, IX)

§ 1º Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomias e Múltiplas Deficiências poderão se constituir como referência regional, conforme Plano de Ação Regional pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR), de acordo com o previsto no Anexo VI; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, § 1º)

§ 2º Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências devem estar articulados, mediante regulação, aos demais pontos da rede de atenção, garantindo-se a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 17, § 2º)

Subseção I

Dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados em Apenas Um Serviço de Reabilitação
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subeção I)

Art. 18. Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação são unidades ambulatoriais especializadas em apenas reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18)

§ 1º Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação são aqueles que já existam na data da publicação da Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, ficando vedadas novas habilitações para esse tipo de ponto de atenção. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser habilitados estabelecimentos de saúde em apenas uma modalidade de reabilitação, desde que aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR), motivadamente, e pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 2º)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde já habilitados em serviço de reabilitação até a data da publicação da Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012 deverão manter as especificações técnicas exigidas previstas em normativa quando da data de sua habilitação. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 3º)

§ 4º Nos casos mencionados no § 3º, devem ser cumpridas as exigências descritas neste Anexo e nas normas técnicas mencionadas no art. 12. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 4º)

§ 5º Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação poderão requerer a qualificação para CER, desde que previsto no Plano de Ação Regional e desde que sejam cumpridas as exigências estabelecidas neste Anexo e nas Normas Técnicas respectivas publicadas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 18, § 5º)

Subseção II

Dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subeção II)

Art. 19. O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19)

I - CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, I)

II - CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, II)

III - CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados - CER IV. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, III)

§ 1º O atendimento no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 1º)

§ 2º O CER poderá constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser pólo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 2º)

§ 3º O CER contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 3º)

§ 4º O transporte sanitário poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 19, § 4º)

Subseção III

Do Centro de Especialidade Odontológica (CEO)
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção II, Subeção III)

Art. 20. Os CEO são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Seção I do Capítulo V do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 20)

Art. 21. Os CEO deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 21)

Seção III

Do Componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
(Origem: PRT MS/GM 793/2012, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 22. A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá: (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22)

I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, I)

II - instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, II)

III - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, III)

IV - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, IV)

V - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 22, V)

Art. 23. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento por parte da União serão objeto de normas específicas, previamente discutidas e pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 23)

Art. 24. O Ministério da Saúde instituirá e coordenará o Grupo de Trabalho Tripartite, por ato específico, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar este Anexo em até 180 dias. (Origem: PRT MS/GM 793/2012, Art. 24)

CAPÍTULO III

DA CLASSIFICAÇÃO DOS CENTROS DE REABILITAÇÃO (CER)

Art. 25. Os Centros de Reabilitação serão classificados quanto ao tipo e quantidade de serviços especializados de reabilitação das seguintes formas: (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º)

I - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Física; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, I)

II - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, II)

III - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, III)

IV - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, IV)

V - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, V)

VI - CER Tipo: CER II; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Intelectual e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VI)

VII - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física e Intelectual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VII)

VIII - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, VIII)

IX - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Intelectual e Visual; (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, IX)

X - CER Tipo: CER III; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Física, Intelectual e Visual; e (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, X)

XI - CER Tipo: CER IV; Especialidades de Serviços de Reabilitação: Auditiva, Física, Intelectual e Visual. (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Art. 1º, XI)

CAPÍTULO IV
DA CÂMARA TÉCNICA DE ASSESSORAMENTO E APOIO ÀS AÇÕES DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS

Art. 26. Fica instituída a Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 1º)

Art. 27. Compete à Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º)
I - Ampliar e qualificar o debate acerca das ações para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, I)

II - Realizar estudos técnicos concernentes à qualificação das ações e serviços no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, II)

III - Propor ações e estratégias visando a ampliação e a qualificação do acesso às ações e serviços de saúde no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 2º, III)

Art. 28. A Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS será composta por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e/ou instituições: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º)

I - Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, I)

II - Departamento de Atenção Básica/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, II)

III - Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência - CONADE; (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, III)

IV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, IV)

V - Ordem dos Advogados do Brasil (OAB); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, V)

VI - Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VI)

VII - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VII)

VIII - Conselho Federal de Psicologia (CFP); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, VIII)

IX - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, IX)

X - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, X)

XI - Sociedades científicas. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, XI)

§ 1º Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS será coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos ou instituições de que tratam os incisos I ao XI do "caput" serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e instituições à Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Coordenação da Câmara Técnica poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicas e privadas, além de pesquisadores e especialistas, quando necessário para o cumprimento das finalidades desta Câmara Técnica. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 3º, § 3º)

Art. 29. À Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS, na qualidade de coordenadora da Câmara Técnica, compete: (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º)

I - convocar e coordenar as reuniões da Câmara Técnica; e (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º, I)

II - disponibilizar os recursos logísticos e de estrutura física necessários para a viabilização dos trabalhos da Câmara Técnica. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 4º, II)

Art. 30. A Câmara Técnica de assessoramento e apoio às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS se reunirá ordinariamente duas vezes ao ano e extraordinariamente por convocação da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 5º)

Art. 31. As funções dos membros da Câmara Técnica não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 479/2016, Art. 6º)

CAPÍTULO V
DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

Seção I
Dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva

Art. 32. Ficam definidos, na forma do Anexo 2 do Anexo VI e do Anexo XCV da Portaria de Consolidação nº 6, os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º)

§ 1º Os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva devem garantir o atendimento integral ao paciente que compreendem 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. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os limites financeiros publicados incluem todos os procedimentos e respectivos parâmetros, previstos na Portaria SAS/MS nº 589, de 8 de outubro de 2004, para o atendimento integral aos pacientes protetizados e para aqueles que, após avaliação diagnóstica, não necessitaram de AASI. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 2º)

§ 3º Constam relacionados no Anexo 2 do Anexo VI os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva a 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, e os Serviços de Diagnose e Terapia em Otorrinolaringologia, com o código de Serviço/Classificação 027/114, que por definição das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal permanecerão na Rede Estadual de Atenção à Saúde Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 1º, § 3º)

Art. 33. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará medidas necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Art. 8º)

Seção II
Das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS

Subseção I
Das Disposições Gerais
(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO I)

Art. 34. Esta Seção aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 1º)

Art. 35. O cuidado na Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, em especial a indicação para tratamento cirúrgico e respectivo acompanhamento ambulatorial, deve obedecer aos critérios estabelecidos nas diretrizes gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS, na forma do Anexo 4 do Anexo VI e disponibilizada no endereço eletrônico http://www.portal.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 2º)

Subseção II
Dos Critérios para Habilitação à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva
(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO II)

Art. 36. O estabelecimento de saúde a ser habilitado deve oferecer ou promover ações e serviços de saúde em: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º)

I - promoção e prevenção das afecções otológicas e déficit auditivo, as quais devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde, e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, I)

II - diagnóstico e tratamentos clínico e cirúrgico destinados ao atendimento de pacientes com doenças otológicas e déficit auditivo, complementando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II)

a) atendimento ambulatorial e hospitalar de otorrinolaringologia, conforme o estabelecido na RAS pelo gestor local, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas médicas otorrinolaringológicas a serem ofertadas, de acordo com o número total mínimo de cirurgia de implante coclear, prótese auditiva ancorada no osso e cirurgias otológicas, conforme detalhado no art. 45 e a proporcionalidade definida no Anexo XCVI da Portaria de Consolidação nº 6; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, a)

b) exames de diagnose e terapia em otologia e fonoaudiologia, conforme procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS disponível no endereço eletrônico www.sigtap.datasus.gov.br, os quais estarão disponíveis para a RAS, cujos quantitativos serão acordados pelo gestor local; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, b)

c) salas de cirurgia exclusivas ou eletivas, com possibilidade de reserva programada e disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, II, c)

III - atendimento de urgência nos casos de alterações otológicas e déficit auditivo, que funcione 24 (vinte e quatro) horas por dia, mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, III)

IV - reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, a fim de restituir sua capacidade funcional. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 3º, IV)

Art. 37. O estabelecimento de saúde interessado na habilitação à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverá apresentar requerimento à Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município, contendo os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º)

I - documento de solicitação/aceitação de credenciamento por parte do estabelecimento de saúde assinado pelo diretor do hospital; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, I)

II - indicação do médico especialista em otorrinolaringologia como responsável técnico, devidamente cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, II)

III - relação da equipe do serviço, devidamente cadastrada no SCNES, com as respectivas titulações, conforme exigência do art. 41. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, III)

§ 1º O requerimento referido no "caput" será apreciado pela Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, que, se concordar, formalizará o processo e encaminhará à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS), os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º)

I - parecer conclusivo do gestor de saúde quanto ao credenciamento do interessado à Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, I)

II - formulário de vistoria, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado pelo respectivo gestor de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, II)

III - relatório de vistoria local; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, III)

IV - resolução do Colegiado Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou, quando for o caso, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), contendo pactuação das ações e dos serviços necessários para a assistência à Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, IV)

V - declaração do impacto financeiro do serviço a ser habilitado, contendo a meta física e financeira, segundo os valores dos procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, V)

VI - indicação do médico especialista em otorrinolaringologia como responsável técnico, devidamente cadastrado no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 1º, VI)

§ 2º Na habilitação em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será respeitada a seguinte ordem: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º)

I - estabelecimentos de saúde públicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, I)

II - estabelecimentos de saúde privados filantrópicos; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, II)

III - estabelecimento de saúde privados com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 2º, III)

§ 3º A Região de Saúde que já contemplar um estabelecimento com Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva e solicitar mais uma habilitação deverá justificar essa necessidade, apresentando as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º)

I - realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, I)

II - demanda reprimida; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, II)

III - produção anual mínima estabelecida para cirurgias de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso e seus respectivos acompanhamentos, conforme estabelecido no art. 45. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 4º, § 3º, III)

Art. 38. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pela Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, referidos no art. 37, podendo visitar o estabelecimento de saúde interessado para confirmar as informações apresentadas pelo gestor de saúde estadual ou distrital. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 5º)

Parágrafo Único. Caso concorde com as informações apresentadas pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico no Diário Oficial da União, habilitando o estabelecimento de saúde interessado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Subseção III

Das Condições Técnicas dos Estabelecimentos de Saúde Habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva

(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO III)

Art. 39. A Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será realizada pelos estabelecimentos de saúde que ofereçam apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento ambulatorial e hospitalar, na mesma estrutura física. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 6º)

Art. 40. O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve contar com um responsável técnico, médico otorrinolaringologista, com título de especialista da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º)

§ 1º O médico referido no "caput" deste artigo somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento de saúde cadastrado no SUS, devendo residir no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A responsabilidade técnica assumida pelo médico não o impede de exercer a medicina em outro estabelecimento de saúde credenciado pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 2º)

§ 3º A equipe deve contar com, pelo menos, mais um médico otorrinolaringologista, especialista pela ABORLCCF ou titular de certificado de Residência Médica em Otorrinolaringologia emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 7º, § 3º)

Art. 41. O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverá disponibilizar atendimento de enfermaria, ambulatorial e de intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2157/2015)

Parágrafo Único. Para a prestação dos serviços de saúde descritos no "caput", o estabelecimento de saúde deverá contar com equipe composta, no mínimo, dos seguintes profissionais: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2157/2015)

I - médico otorrinolaringologista, com título de especialista, emitido pela respectiva sociedade de especialidade - Associação Brasileira de otorrinolaringologista e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por programa de residência médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC), além de experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado clínico e cirúrgico em saúde auditiva de que trata esta Seção e de acordo com a especificidade e escopo do respectivo estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - fonoaudiólogo, em quantitativo suficiente para o cuidado de que trata esta Seção, com título de especialista em audiologia emitido pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), além de experiência e capacidade técnica apresentada pelo gestor local para o cuidado em saúde auditiva de que trata esta Seção e de acordo com a especificidade e escopo do respectivo estabelecimento de saúde, seja para implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - psicólogo, em quantitativo suficiente para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - 1 (um) assistente social exclusivo para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

V - anestesiologista, com Certificado de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação em Anestesia ou Título de Especialista em Anestesiologia emitido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, V)

VI - na área de enfermagem, a equipe deve possuir 1 (um) enfermeiro coordenador, e, ainda, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 8º, Parágrafo Único, VI)

Art. 42. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva devem possuir, também, equipe complementar composta de clínico geral, neuropediatra, neurologista, pediatra, radiologista, cardiologista, anestesista, cirurgião plástico e geneticista, todos residentes no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º)

Parágrafo Único. Além da equipe complementar descrita no "caput", os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão prestar, na mesma área física, serviços de suporte, próprios ou contratados, nas seguintes áreas: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único)

I - nutrição; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, I)

II - farmácia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, II)

III - hemoterapia; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, III)

IV - radiologia. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 9º, Parágrafo Único, IV)

Art. 43. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10)

I - consultório médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, I)

II - consultórios médicos para as diferentes especialidades médicas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, II)

III - salas para o serviço de Audiologia Clínica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, III)

IV - salas para avaliação e terapia fonoaudiológica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, IV)

V - salas para atendimento psicológico e para atendimento em serviço social; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, V)

VI - salas para serviços administrativos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VI)

VII - recepção e sala de espera para acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VII)

VIII - área para arquivo médico e registro de pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, VIII)

IX - depósito de material de limpeza; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, IX)

X - área para guarda de materiais e equipamentos. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 10, X)

Art. 44. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade dos serviços de enfermagem, fonoaudiologia, nutricional e dietético, possibilitando o diagnóstico, o tratamento e o respectivo acompanhamento médico. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11)

§ 1º Para o atendimento otorrinolaringológico ou otológico, os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes materiais: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º)

I - instrumental em otorrinolaringologia para atendimento ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, I)

II - aspirador otológico de secreção; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, II)

III - cadeira com comando elétrico ou mecânico (para exame físico); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, III)

IV - cureta para remoção de cerumem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, IV)

V - equipo de otorrinolaringologia (ORL); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, V)

VI - 20 (vinte) unidades de espéculo auricular; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VI)

VII - 10 (dez) unidades de espéculo nasal metálico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VII)

VIII - estilete para retirada de corpo estranho; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, VIII)

IX - estilete porta algodão; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, IX)

X - fotóforo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, X)

XI - otoscópio; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XI)

XII - ponta de aspiração otológica; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XII)

XIII - seringa metálica de 100 (cem) mililitros (ml) para remoção de cerumem. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 1º, XIII)

§ 2º O serviço cirúrgico do estabelecimento de saúde deverá dispor de uma sala de cirurgia equipada com: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º)

I - microscópio cirúrgico, com vídeo e possibilidade de documentação científica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, I)

II - dois sistemas de brocas cirúrgicas com motor de alta rotação; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, II)

III - monitor de nervo facial para uso transoperatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, III)

IV - instrumental específico para cirurgia otológica de grande porte; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, IV)

V - computador e periféricos para monitoramento intra-operatório para telemetria de respostas neurais (NRT) e outras provas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, V)

VI - notebook; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VI)

VII - raio X intraoperatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VII)

VIII - interfaces e softwares para testes eletrofisiológicos intraoperatório e pós-operatório; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, VIII)

IX - analisador de gases anestésicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, IX)

X - capnógrafo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, X)

XI - desfibrilador com pás externas e internas; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XI)

XII - oxímetro de pulso; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XII)

XIII - monitor de transporte; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIII)

XIV - monitor de pressão não invasiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIV)

XV - aquecedor de sangue; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XV)

XVI - respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVI)

XVII - possibilidade de filtro bacteriológico, no aparelho respirador ou anestésico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVII)

XVIII - pelo menos 2 (duas) bombas de infusão; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XVIII)

XIX - 1 (um) termômetro termoeletrônico. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 2º, XIX)

§ 3º Os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes materiais de avaliação e reabilitação audiológica: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º)

I - cabina acústica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, I)

II - audiômetro de dois canais; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, II)

III - imitanciômetro multifrequencial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, III)

IV - sistema de campo livre; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, IV)

V - sistema completo de reforço visual; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, V)

VI - emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VI)

VII - potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VII)

VIII - equipamento de verificação eletroacústica - ganho de inserção; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, VIII)

IX - interface de programação com todas as marcas de AASI (ex: HI-PRO, etc); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, IX)

X - conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos); (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, X)

XI - programas de computação periféricos para programação de AASI; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XI)

XII - conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XII)

XIII - caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XIII)

XIV - materiais pedagógicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XIV)

XV - espelho Fixo; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XV)

XVI - televisão e vídeo para o trabalho com crianças; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVI)

XVII - conjunto básico de instrumentos musicais; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVII)

XVIII - brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 3º, XVIII)

§ 4º Os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes recursos auxiliares de diagnóstico e terapia: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º)

I - laboratório de análises clínicas, participante de programa de controle de qualidade, que realize exames de hematologia, bioquímica, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise, devendo o serviço estar disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, I)

II - serviço de imagenologia integrante de programa de controle de qualidade, dotado de equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo, equipamento de Rx portátil, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, II)

III - hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, III)

IV - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 4º, IV)

§ 5º Os exames de tomografia e ressonância magnética poderão ser realizados por terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar, desde que sejam cadastrados no SCNES nessa qualidade. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 11, § 5º)

Art. 45. O estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve realizar, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12)

I - 24 (vinte e quatro) atos operatórios de implantes cocleares ao ano; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, I)

II - 3 (três) cirurgias de prótese auditiva ancorada no osso ao ano; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, II)

III - 144 (cento e quarenta e quatro) cirurgias otológicas ao ano, listadas no Anexo 3 do Anexo VI , em pacientes do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, III)

IV - 480 (quatrocentos e oitenta) consultas otorrinolaringológicas ao ano. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 12, IV)

Art. 46. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão possuir prontuário único para cada paciente, no qual devem ser incluídos todos os atendimentos a ele referentes, contendo, no mínimo, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13)

I - identificação do paciente; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, I)

II - histórico clínico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, II)

III - avaliação inicial; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, III)

IV - indicação do procedimento cirúrgico, de acordo com o protocolo estabelecido; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, IV)

V - descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica, contendo: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V)

a) identificação da equipe; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V, a)

b) descrição cirúrgica, incluindo materiais usados e seus respectivos registros nacionais, quando existirem, para controle e rastreamento de implantes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, V, b)

VI - descrição da evolução; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VI)

VII - sumário de alta hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VII)

VIII - ficha de registro de infecção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, VIII)

IX - evolução ambulatorial. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 13, IX)

Art. 47. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão possuir rotinas e normas escritas, anualmente atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo Serviço, devendo abordar todos os processos envolvidos na assistência e na administração, contemplando os seguintes itens: (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14)

I - manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, I)

II - avaliação dos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, II)

III - indicação do procedimento cirúrgico; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, III)

IV - protocolos médico-cirúrgicos; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, IV)

V - protocolos de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, V)

VI - protocolos de avaliação auditiva; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VI)

VII - protocolos para Suporte nutricional; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VII)

VIII - controle de Infecção Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, VIII)

IX - acompanhamento ambulatorial dos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, IX)

X - protocolo de acompanhamento, manutenção preventiva e reabilitação fonoaudiológica; (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, X)

XI - avaliação de satisfação do cliente; e (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, XI)

XII - escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 14, XII)

Subseção IV
Do Monitoramento e Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO V)

Art. 48. Os estabelecimentos de saúde habilitados a prestarem a Atenção Especializada às Pessoas com deficiência auditiva no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 16)

Art. 49. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações constantes no SIA/SUS e no SIH/SUS. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17)

§ 1º O estabelecimento de saúde que não cumprir as metas estabelecidas no art. 45 será notificado a respeito. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 1º)

§ 2º No caso do § 1º , o gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço encaminhará, ao Ministério da Saúde, justificativa sobre o não cumprimento da produção mínima exigida, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da notificação. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 2º)

§ 3º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 2º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do estabelecimento hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 3º)

§ 4º A desabilitação referida no § 3º será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 4º)

§ 5º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir ao Ministério da Saúde os valores referentes ao período no qual não tenha cumprido as metas mínimas. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 17, § 5º)

Art. 50. O monitoramento descrito no art. 49 não exonera a Secretaria de Saúde do respectivo ente federativo de avaliar, anualmente, o estabelecimento de saúde que lhe é vinculado, ou, ainda, em virtude de recomendação da CGMAC/DAET/SAS/MS, no que tange ao cumprimento das metas descritas no art. 45. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18)

§ 1º Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos estabelecimentos produzidos, deverão ser encaminhados à CGMAC/DAET/SAS/MS para análise. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18, § 1º)

§ 2º A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da CGMAC/DAET/SAS/MS, determinará o descredenciamento ou a manutenção da habilitação, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta Seção, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 18, § 2º)

Art. 51. O monitoramento de que trata esta Seção não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 23)

Subseção V
Das Disposições Finais
(Origem: PRT MS/GM 2776/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 52. Compete ao estabelecimento de saúde da Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva avaliar e ofertar, dentro do período de garantia, as trocas e manutenções das OPME relacionadas à assistência que trata esta Seção, após autorização do respectivo gestor. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 25)

Art. 53. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta Seção, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 26)

Art. 54. Eventual complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações previstas nesta Seção é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e CIR. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 27)

Art. 55. Ficam incluídas as compatibilidades entre os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS relacionados no Anexo XCVII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 31)

Art. 56. Os procedimentos incluídos nos termos do disposto no Anexo III-B, da Portaria GM/MS 2.776, de 18 de dezembro de 2014, deverão ser utilizados pelos estabelecimentos habilitados em Atenção Especializada às Pessoas com deficiência auditiva, de acordo com o estabelecido no art. 1090 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 33)

Art. 57. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem estabelecer fluxos assistenciais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 34)

Art. 58. Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Art. 36)

ANEXO 1 DO ANEXO VI
PROGRAMA MÍNIMO PARA CER (Origem: PRT MS/GM 1303/2013, Anexo 1)

TABELA 01 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER II

Área/Ambientes	**CER II - Tipos de Reabilitação**											
	Auditiva e Física			Auditiva e Intelectual			Auditiva e Visual			Física e Intelectual		
	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Área total	Quant. (min.)	Área unit. (min.)	Áre tot
	Área Especializada de Reabilitação Auditiva											
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5			
Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine	1	16	16	1	16	16	1	16	16			
acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para												

avaliação audiológica)												
Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA	1	10	10	1	10	10	1	10	10			
Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	1	10	10	1	10	10	1	10	10			
Área Especializada de Reabilitação Física												
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	1	12,5	12,5							1	12,5	12,
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	1	12,5	12,5							1	12,5	12,
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	1	150	150							1	150	15
Box de terapias (eletroterapia)	4	8	32							4	8	32
Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6	2	4,8	9,(
Depósito de equipamentos / materiais*	1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos tipos de equipamento e materiais	
Área Especializada de Reabilitação Intelectual												
Consultório Diferenciado (Neurologista)				1	12,5	12,5				1	12,5	12,
Área Especializada de Reabilitação Visual												
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)							1	15	15			
Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional							1	5	5			
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)							1	20	20			
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)							1	12	12			
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação												
Consultório Indiferenciado	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	100	8	12,5	10

(Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)													
Área de prescrição médica (Átrio com bancada de trabalho coletiva)	1	50	50	1	50	50	1	50	50	1	50	50	
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	
Sala de reunião	1	12	12	1	12	12	1	12	12	1	12	12	
Áreas de Convivência Interna	1	70	70	1	70	70	1	70	70	1	70	70	
Apoio Administrativo e Recepção													
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4	2,55	10,2	4
Copa Pacientes	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6	1
Fraldário Infantil	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1
Fraldário Adulto	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1	4	4	1
Shaft (sala de quadros)*		A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento			A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		
Sala de espera/recepção	1	80	80	1	80	80	1	80	80	1	80	80	1
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	10	20	2	10	20	2	10	20	2	10	20	2
Almoxarifado	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1	15	15	1
Sala de arquivo	1	10	10	1	10	10	1	10	10	1	10	10	1

Sala administrativa	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2
Copa/ refeitório	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1	20	20	1
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1	6	6	1
Área externa													
Área de convivência externa	1	40	40	1	40	40	1	40	40	1	40	40	1
Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1	25	25	1
Pátio	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1	35,00	35,00	1
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados		1
Abrigo externo de resíduos sólidos*	A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A d de Re
Estacionamento*	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No par Co obr

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 02 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER III

Área/Ambientes	**CER III - Tipo**					
	Auditiva, Física e Intelectual			Auditiva, Física e Visu		
	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. Área total	Quant. (min.)	Área (min.)	unit. A tot
Área Especializada de Reabilitação Auditiva						
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,
Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica)	1	16	16	1	16	16
Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA	1	10	10	1	10	10
Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	1	10	10	1	10	10
Área Especializada de Reabilitação Física						
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	1	12,5	12,5	1	12,5	12,
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	1	150	150	1	150	15
Box de terapias (eletroterapia)	4	8	32	4	8	32
Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	2	4,8	9,6	2	4,8	9,6

Depósito de equipamentos / materiais*	1	A depender dos tipos de equipamentos e materiais		1	A depender dos de equipament materiais	
Área Especializada de Reabilitação Intelectual						
Consultório Diferenciado (Neurologista)	1	12,5	12,5			
Área Especializada de Reabilitação Visual						
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)				1	15	15
Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional				1	5	5
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)				1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)				1	12	12
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação						
Consultório Indiferenciado (Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)	10	12,5	125	10	12,5	12
Área de prescrição médica (Átrio com bancada de trabalho coletiva)	1	50	50	1	50	50
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	2	20	40	2	20	40
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	2	20	40	2	20	40
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	2	12	24	2	12	24
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	2	12	24	2	12	24
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	1	20	20	1	20	20
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	1	20	20	1	20	20
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8
Sala de reunião	1	15	15	1	15	15
Áreas de Convivência Interna	1	70	70	1	70	70
Apoio Administrativo e Recepção						
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	4	2,55	10,2	4	2,55	10,
Copa Pacientes	1	2,6	2,6	1	2,6	2,6
Fraldário Infantil	1	4	4	1	4	4
Fraldário Adulto	1	4	4	1	4	4
Shaft (sala de quadros)*	1	A depender da demanda de carga elétrica do estabelecimento		1	A depender da demanda de car elétrica do estabelecimento	
Sala de espera/recepção	1	90	90	1	90	90
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	1	3	3	1	3	3
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	2	15	30	2	15	30
Almoxarifado	1	20	20	1	20	20
Sala de arquivo	1	15	15	1	15	15
Sala administrativa	1	20	20	1	20	20
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2	2	4	2	2	4
Copa/ refeitório	1	25	25	1	25	25
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	1	6	6	1	6	6
Área Externa						
Área de convivência externa	1	50	50	1	50	50

Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	1	25	25	1	25	25
Pátio	1	35	35	1	35	35
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	1	21	21	1	21	21
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1	A depender dos equipamentos utilizados		1	A depender dos equipamentos utilizados	
Abrigo externo de resíduos sólidos*	A depender do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos			A depender do Plano de Gerenciamento de Resíc Sólidos		
Estacionamento*	No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.			No mínimo 2 vagas para ambulâncias. Conforme código de obras local.		

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 03 - PROGRAMA MÍNIMO PARA CER IV

Área/Ambientes	Quan
Área Especializada de Reabilitação Auditiva	
Consultório Diferenciado (Otorrinolaringologia)	
Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica)	
Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA	
Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - Aparelho de amplificação sonora individual)	
Área Especializada de Reabilitação Física	
Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	
Sala de Preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)	
Salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio)	
Box de terapias (eletroterapia)	
Banheiro individual para deficientes (Sala de banho)	
Depósito de equipamentos / materiais*	
Área Especializada de Reabilitação Intelectual	
Consultório Diferenciado (Neurologista)	
Área Especializada de Reabilitação Visual	
Consultório Diferenciado (Oftalmológico)	
Sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) - Opcional	
Consultório Indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade)	
Consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão)	
Área Comum de Habilitação/ Reabilitação	
Consultório Indiferenciado (Consultório Interdisciplinar para triagem e avaliação clínico-funcional)	
Área de prescrição médica (Átrio com bancada de trabalho coletiva)	
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)	
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)	
Sala grande de atendimento terapêutico em grupo	
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico infantil)	
Consultório Indiferenciado (Sala de atendimento terapêutico adulto)	
Consultório Indiferenciado (Sala de Estimulação Precoce)	
Consultório Indiferenciado (Sala de Atividade de Vida Prática - AVP)	
Banheiro individual para deficientes (Banheiro da sala de AVP)	
Sala de reunião	

Áreas de Convivência Interna	
Apoio Administrativo e Recepção	
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	
Copa Pacientes	
Fraldário Infantil	
Fraldário Adulto	
Shaft (sala de quadros)*	
Sala de espera/recepção	
Área para guarda de macas e cadeira de rodas (macas e cadeira)	
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	
Almoxarifado	
Sala de arquivo	
Sala administrativa	
Depósito de Material de Limpeza (DML)	
Copa/ refeitório	
Sala de utilidades (com guarda temporária de resíduos sólidos)	
Área externa	
Área de convivência externa	
Área para atividades lúdicas - Área de recreação / lazer	
Pátio	
Área externa para embarque e desembarque de veículo adaptado + ambulância (área coberta)	
Sala para equipamento de geração de energia elétrica alternativa*	1
Abrigo externo de resíduos sólidos*	A depend
Estacionamento*	No mínim local.

*Não será solicitado o preenchimento da metragem quadrada no SISMOB, não eximindo o proponente da responsabilidade de observar os requisitos, normas e regulamentos pertinentes.

TABELA 04 - PROGRAMA MÍNIMO PARA OFICINA ORTOPÉDICA

Área/Ambientes	Quar
Apoio Administrativo e Recepção	
Sanitários Independentes (feminino e masculino)	
Sala de espera/recepção	
Sanitário/Vestiário para funcionários Independentes (feminino e masculino)	
Sala administrativa	
Depósito de Material de Limpeza (DML)	
Laboratório	
Sala de atendimento Individualizado (Sala de Provas)	
Sessão de Tomada de Moldes	
Sessão de Gesso	
Sessão de Termomoldagem	
Sessão Montagem de Prótese	
Sessão de Montagem de Órtese	
Sessão de adaptação e manutenção de cadeira de rodas, de solda e trabalho com metais	
Sessão de selaria, tapeçaria, costura e acabamento	
Sessão de sapataria	
Sessão de Adaptações	
Sala de Máquinas	

As áreas dos ambientes listados não contemplam área de circulação externa e alvenaria que devem ser calculadas considerando normas de acessibilidade.

Para as áreas previstas e para aquelas não listadas nestes quadros, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações.

ANEXO 2 DO ANEXO VI

LIMITES FÍSICOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA (Origem: PRT MS/GM 626/2006, Anexo 1)

LIMITES FÍSICOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

UF	Gestão	Município	UNIDADE	CNPJ
AL	MN	Arapiraca	OTOMED ALAGOAS	5648824/0001- 96
	MN	Maceió	ADEFAL	8427999000161
BA	EP	Lauro de Freitas	UNIDADE METROPOLITANA DE ASSISTENCIA SOCIAL E EDUCACAO	07.272.422/0001-65
	EP	Salvador	CENTRO ESTADUAL DE PREVENCAO E REABILITACAO DE DEFICIENCIAS	13.937.131/0001-42
	MN	Feira de Santana	OTORRINOS	16.076.424/0001-70
CE	MN	Cascavel	POLICLINICA MUNICIPAL DE CASCAVEL	7589369000120
	MN	Fortaleza	NAMI NUCLEO DE ATENCAO MEDICA INTEGRADA	7373434000186
	MN	Fortaleza	NUTEP NUCLEO DE TRATAMENTO E ESTIMULACAO PRECOCE	23706419000169
	MN	Fortaleza	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	7206048000280
	MN	Sobral	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	7598634000137
	MN	Fortaleza	ABCR CENTRAL	7271240000412
	MN	Fortaleza	HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	7954571001429
	MN	Juazeiro do Norte	CENTRO DE DIAG TASSO R JEREISSATI	02.628.917/0001-60
ES	EP	Vila Velha	POLICLINICA DE REFERENCIA UVV LTDA	05.801.124/0001-90
GO	MN	Goiânia	CRER	07.077.444/0001-74
MT	EP	Cuiabá	CENTRO DE REABILITACAO INTEGRAL DOM AQUINO CORREA CUIABA	03.507.415/0002-25
MS	MN	Campo Grande	FUNCRAF	50844794000490
MG	MN	Juiz de Fora	CLINICA DR EVANDRO RIBEIRO DE OLIVEIRA	21.177.373/0001-02
	MN	Alfenas	HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO	17.878.554/0001-99
	MN	Montes Claros	AUDIOBERA	03.744.618/0001-54
	MN	Patos de Minas	APAE PATOS DE MINAS	17.835.364/0001-94
	PE	Pouso alegre	INSTITUTO SUL MINEIRO DE OTORRINOLARINGOLOGIA\POUSO ALEGRE	03.100.235/0001-43
	MN	Belo Horizonte	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	17.217.985/003472
	MN	Teófilo Otoni	OTOMED	06.205.487/0001-25
	MN	Governador Valadares	OTOMED	05.493.130/0001-81
	PE	Diamantina	HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA SAUDE	20.081.238/0001-04
	PE	Formiga	OTOCENTER DE FORMIGA	1039967000140
	PE	São Sebastião do Paraíso	HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS LTDA	3360034000185
PB	MN	João Pessoa	HOSPITAL EDSON RAMALHO	10.848.191/0001-55
PR	MN	Curitiba	ASSIFUR	78774791000102
	MN	Curitiba	ASTRAU	75642892000123
	EP	Ponta Grossa	CLINICA PONT DE OTORRINOLARINGOLOGIA SC LTDA	4886231000103
	MN	Maringá	INSTITUTO DE AUDICAO SC LTDA	5047646000148
	MN	Maringá	CESUMAR CENTRO UNIVERSITARIO DE MARINGA	79265617000199
	MN	Apucarana	CLINICA MANTINE	863372000141
	MN	Londrina	CISMEPAR	445188000181
	MN	Londrina	ILES	78622370000158
	EP	São José dos	CLINICAS INTEGRADAS SAO JOSE SC LTDA	4111799000144

		Pinhais		
	EP	Cascavel	CAC CENTRO AUDITIVO CASCAVEL LTDA	1847970000190
	MN	Francisco Beltrão	CRA CENTRO DE REABILITACAO AUDITIVA	2990304000179
	MN	Curitiba	UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANA UTP	76590249000166
	EP	Guarapuava	INSTITUTO DE AUDIOLOGIA E VOZ SC LTDA	5147207000107
	EP	Cornélio Procópio	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná-CISNOP	126737000155
	EP	Paranaguá	Clinica Auditiva de Paranaguá S/C Ltda	5562051000120
	EP	Paranavaí	CRECISPARANAVAI	73966913000130
	EP	Ponta Grossa	CEDRA	4825073000173
	EP	Toledo	CLINICA CHAMPAGNAT	68836451000105
PE	EP	Recife	IMIP	10.988.310/0001-29
PI	MN	Teresina	CLINICA DR FLAVIO SANTOS LTDA	23.633.829/0001-27
RJ	PE	Natividade	APAE NATIVIDADE	31.272.560/0001-29
RN	EP	Pau dos Ferros	CLINICA DR WASHINGTON FALAENTE LTDA	5536327000104
	EP	Mossoró	OTORRINOLARINGOLOGIA E FONAUDIOLOGIA LTDA	2117857000111
	MN	Natal	SUVAG	8587107000190
	EP	Caicó	UPDATE SC LTDA	2766875000124
	EP	Natal	OTOMED	5503972000112
RS	MN	Porto Alegre	HOSPITAL DAS CLINICAS	87020517000120
	MN	Porto Alegre	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	92.787.118/0001-20
	MN	Canoas	HOSPITAL UNIVERSITARIO ULBRA	88.332.580/0031-80
	PE	Ijuí	CENTRO AUDITIVO PROAUDI	1498920000144
	PE	Santa Maria	HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	95591764001420
	EP	Lageado	HOSPITAL BRUNO BORN	91162511000165
RO	EP	Porto Velho	HOSPITAL DR MARCELO CANDIA	60742616000240
	EP	Porto Velho	LIMIAR	5236384000160
SC	MN	Joinville	NUCLEO DE REABILITACAO LABIO PALATAL	79.361.028/0001-04
	EP	Florianópolis	OTOVIDA	04.045.814/0001-01
	MN	Jaraguá do Sul	AADAV	79362281000182
	MN	Itajaí	INSTITUTO DE FONAUDIOLOGIA DA UNIVALI	84307974000102
SP	MN	Araraquara	CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARASP	45276128000110
	EP	Bauru	HOSPITAL DE REABILITACAO DE ANOMALIAS CRANOFACIAIS	63025530008270
	EP	Bauru	FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU	63025530002905
	EP	Botucatu	HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU	48.031.918/0019-53
	EP	Cafelândia	SANTA CASA DE CAFELANDIA	45923687000175
	EP	Bauru	Lar Escola Rafael Maurício	45030913000199
	EP	Campinas	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	46068425000133
	MN	Campinas	CLINICA DE PSICOLOGIA PUCC	46020301000188
	EP	Divinolândia	CONDERG HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA	52356268000245
	MN	Franca	NGA 16 FRANCA	47970769000104
	EP	Itararé	FUNCRAF DE ITARERE	50844794000300
	MN	Jacareí	UNIDADE DE REFERENCIA DE ESPECIALIDADES	46694139000183.
	MN	Jundiaí	ATEAL	51910842000111
	MN	Limeira	SANTA CASA DE LIMEIRA	51473692000126
	MN	Marília	HOSPITAL DAS CLINICAS UNIDADE CLINICO CIRURGICO	52052420000115
	EP	Presidente Prudente	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PRESIDENTE PRUDENTE	44860740000254
	MN	Ribeirão Pires	APRAESPI	57621377000185

	EP	Ribeirão Preto	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA	57722118000140
	EP	S.J do Rio Preto	HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO	60003761000129
	EP	Santo André	FUNCRAF SÃO BERNARDO DO CAMPO	50844794000229
	EP	São Paulo	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS	56577059000100
	EP	São Paulo	HOSPITAL SAO PAULO UNIDADE I	60453032000174
	EP	São Paulo	SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL	62779145000190
	MN	São Paulo	FUND SAO PAULODERDIC	60990751000124
	MN	São Paulo	AMB ESPEC PENHAMAURICE PATE	46392130000380
	MN	São Paulo	HOSP MUN PIRITUBAJOSE SOARES HUNGRIA	46392148001272
	MN	São Paulo	INST CEMA DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA	3456304000156
	MN	Sorocaba	APADAS SOROCOBA	58983008000103
	PE	Taubaté	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE TAUBATE	45176153000122

ANEXO 3 DO ANEXO VI

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Anexo 2)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Nome do estabelecimento: _____

CNPJ: _____CNES:_____

Endereço: _____

Município: _____UF:_____

CEP:_____Telefones: ( )_____

Fax: ( ) _____

E-mail:_____

Diretor Técnico: _____

Telefones: ( )_____Fax: ( )_____

E-mail: _____

Gestor: _____

Telefones: ( )_____ Fax: ( )_____

E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:

_____

2. A aprovação da habilitação foi pactuada em CIB: ( ) Sim ( ) Não

Informar CIB Nº:_____Data: _____de _____de_____

3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta:

( ) Sim ( ) Não

B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:

1. Dispõe de estrutura física e funcional, com equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva a nível hospitalar.

( ) Sim ( ) Não

2. Registro das informações do paciente em Serviço de Arquivo médico: ( ) Sim ( ) Não

Prontuário único para cada paciente contendo todos os tipos de atendimentos a ele referentes conforme item 2, do anexo II.

3. Recursos Humanos:

3.1 O Serviço conta com um responsável técnico, médico otorrinolaringologista, devidamente habilitado.

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Registro Profissional: _____

3.1.1. O técnico é responsável por um único serviço credenciado pelo SUS ( ) Sim ( ) Não

3.1.2 - O técnico responsável reside no mesmo município ou cidade circunvizinha do serviço que está solicitando o credenciamento

( ) Sim ( ) Não

3.2. O Estabelecimento dimensiona a sua equipe multiprofissional de acordo com os parâmetros de equipe mínima e qualificação profissional ( ) Sim) Não

4. Equipe básica (mínima):

a - Otorrinolaringologista: ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____Especialidade:_____

Nome:_____Especialidade:_____

Nome:_____Especialidade:_____

O Estabelecimento Possui:

- Residência Médica em Otorrinolaringologia ou título de especialista em otorrinolaringologia.

( ) Sim ( ) Não

- Experiência em cirurgia otológica, com a carga horária exigida na Residência Médica.

( ) Sim ( ) Não

- curso teórico prático de 60 horas e estágio prático de 80 horas em ambulatório, acompanhamento de 10 cirurgias de IC em adulto e 10 cirurgias de implante coclear em criança comprovados nos Serviços de Implante Coclear habilitados no mínimo há 10 anos

( ) Sim ( ) Não

b - Fonoaudiólogo: ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

- 02 Fonoaudiólogos com especialização em audiologia clínica e com curso teórico prático de 60 horas e estágio prático de 80 horas em ambulatório, acompanhamento de 10 cirurgias de IC em adulto e 10 cirurgias de implante coclear em criança comprovados nos Serviços de Implante Coclear habilitados no mínimo há 10 anos.

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade:_____

Nome:_____

Especialidade:_____

Nome:_____

Especialidade:_____

Nome:_____

Especialidade:_____

c - Psicólogo: ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade:_____

d - Assistente Social: ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade:_____

e - Anestesiologista: ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade:_____

f - Enfermagem: ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade:_____

5. Equipe Complementar:

a - Neurologista: ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade_____

b - Neuropediatra: ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade_____

c - Geneticista ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade_____

d - Clínico Geral ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade_____ e - Pediatra

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade_____

f - cardiologista ( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade_____

g - cirurgião plástico

( ) Sim ( ) Não

Quantos: ( )

Nome:_____

Especialidade_____

h - nutricionista

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

Nome:_____

Especialidade_____

6. Infraestrutura Hospitalar:

a - Laboratório clínico

( ) Sim ( ) Não

Quantos: _____

b - diagnóstico por imagem

( ) Sim ( ) Não

Quantos: _____

c - farmácia

( ) Sim ( ) Não

Quantos: _____

OBSERVAÇÕES : Os estabelecimentos poderão contratar serviços especializados de terceiros a seu critério e responsabilidade, desde que isso não comprometa a integralidade e interdisciplinaridade do tratamento ofertado ao paciente.

7 - Instalações físicas:

O Estabelecimento possui:

a - Consultório Médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia, incluindo microscópio otológico

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

b - Consultórios Médicos para as diferentes especialidades médicas (neurologia, genética e pediatria

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

c - Serviço de Audiologia Clínica com salas equipadas com: cabine acústica, VRA, audiômetro, imitanciômetro, BERA, amplificadores coletivos, vibradores táteis, ganho de inserção e emissões otoacústicas, equipamentos para testes perceptuais e conjuntos para teste de diferentes modelos de AASI, Hardware, Software e periféricos para ativação, mapeamento e balanceamento de eletrodos

( ) Sim ( ) Não

d - Sala para avaliação e terapia fonoaudiológica

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

e - Sala para atendimento psicológico e serviço social

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

f - Sala para serviços administrativos

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

g - Sala de recepção e de espera para acompanhantes

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

h - Área de arquivo médico e registro de pacientes

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

i - Depósito de material de limpeza

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

j - Área para guardar materiais/ equipamentos

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

OBSERVAÇÕES :

a - deverão ser utilizados equipamentos de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, do Ministério da Saúde - MS.

b - fica a critério do estabelecimento a escolha do equipamento mais indicado para cada caso.

8. - Materiais e equipamentos

8.1 - Dos materiais de atendimento otorrinolaringológico/ otológica:

a - instrumental em otorrinolaringologia para atendimento ambulatorial

( ) Sim ( ) Não

b - aspirador otológico de secreção

( ) Sim ( ) Não

c - cadeira com comando elétrico ou mecânico (para exame físico)

( ) Sim ( ) Não

d - cureta para remoção de cerúmen

( ) Sim ( ) Não

e - equipo de ORL

( ) Sim ( ) Não

f - espéculo auricular (20 unidades)

( ) Sim ( ) Não

g - espéculo nasal metálico (10 unidades)

( ) Sim ( ) Não

h - estilete para retirada de corpo estranho

( ) Sim ( ) Não

i - estilete porta algodão

( ) Sim ( ) Não

j - fotóforo

( ) Sim ( ) Não

k - otoscópio

( ) Sim ( ) Não

l - ponta de aspiração otológica

( ) Sim ( ) Não

m - seringa metálica de 100 ml para remoção de cerumem

( ) Sim ( ) Não

8.2 - Dos materiais destinados à atividade cirúrgica

a - Microscópio cirúrgico, com vídeo e possibilidade de documentação científica

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

b - dois sistemas de brocas cirúrgicas com motor de alta rotação

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

c - Monitor nervo facial transoperatório

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

d - instrumental específico para cirurgia otológica de grande porte

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

e - computador e periféricos para monitoramento intra-operatório para telemetria de respostas neurais (NRT) e outras provas

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

f - notebook

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

g - raio X intraoperatório

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

h - interfaces e softwares para testes eletrofisiológicos intraoperatório e pós-operatório

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

i - analisador de gases anestésicos

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

j - capnógrafo

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

k - desfibrilador com pás externas e internas

( ) Sim ( )Não

Quantos:

l - oxímetro de pulso

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

m - monitor de transporte

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

n - monitor de pressão não invasiva

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

o - aquecedor de sangue

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

p - respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

q - possibilidade de filtro bacteriológico, no aparelho respirador ou anestésico

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

r - 02 bombas de infusão, no mínimo

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

s - 01 termômetro termoeletrônico

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

t - Equipamento de telemetria para aferição pós-operatório

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

u - Sistema motor (brocas cirúrgicas)

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

v - Sistema de vídeo documentação

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

w - Condições bloco cirúrgico - favorável

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

x - Condições anestésicas - favorável

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

y - Condições UTI - favorável

( ) Sim ( ) Não

8.2 - Dos materiais de avaliação e reabilitação audiológica:

a - Cabina acústica

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

b - Audiômetro de dois canais

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

c - Imitanciômetro multifrequencial

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

d - Sistema de campo livre

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

e - Sistema completo de reforço visual

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

f - Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção)

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

g - Potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

h - Equipamento de verificação eletroacústica - ganho de inserção

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

i - Interface de programação com todas as marcas de AASI (ex: HI-PRO, etc)

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

j - Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos)

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

k - Programas de computação periféricos para programação de AASI

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

l - Conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

m - Caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

n - Materiais pedagógicos

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

o - Espelho Fixo

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

p - Televisão e vídeo para o trabalho com crianças

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

q - Conjunto básico de instrumentos musicais

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

r - Brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

9. Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

a - Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia de hematologia, bioquímica; microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise.

( ) Sim ( ) Não

O Laboratório deverá participar de Programa de Controle de Qualidade

b - Serviço de Imagenologia: equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo, equipamento de Rx portátil, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética. O serviço de Imagenologia deverá participar de Programa de Controle de Qualidade.

( ) Sim ( ) Não

c - Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente.

( ) Sim ( ) Não

d - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS, conforme legislação vigente.

( ) Sim ( ) Não

10. Registro de Pacientes

Os estabelecimentos devem possuir um prontuário para cada paciente, com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames e tratamentos prévios, todos devidamente escritos, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações e procedimentos mínimos:

- Identificação do paciente

( ) Sim ( ) Não

- Histórico clínico e audiológico

( ) Sim ( ) Não

- Diagnóstico

( ) Sim ( ) Não

- Indicação do Implante Coclear

( ) Sim ( ) Não

- Descrição do ato cirúrgico

( ) Sim ( ) Não

- Condições na alta hospitalar e na retirada dos pontos

( ) Sim ( ) Não

- Acompanhamento do paciente com implante coclear nas etapas, conforme anexo I

- Diretrizes Gerais para a Atenção às Pessoas com Deficiência Auditiva no âmbito hospitalar no Sistema Único de Saúde - SUS, item D:

Transoperatório: potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e compliância dos eletrodos, telemetria de respostas neurais)

( ) Sim ( ) Não

Ativação: do dispositivo interno (eletrodo), com adaptação da unidade externa, no prazo máximo de 45 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contraindicação clínica). Na ocasião deverão ser realizadas: telemetria neural, impedância dos eletrodos, medidas psicofísicas do implante coclear (programação ou mapeamento), avaliação dos limiares em campo livre com o Implante e avaliações e orientações clínicas pertinentes.

( ) Sim ( ) Não

Frequência dos acompanhamentos: Crianças:

- Primeiro ano de uso: 6 (seis) acompanhamentos

- Segundo ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos

- Terceiro ano de uso:

Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos

Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Adultos:

- Primeiro ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos;

- Segundo ano de uso: 2 (dois) acompanhamentos;

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Informações Adicionais:

Anexar cópia do diploma de graduação, títulos, curso de capacitação e comprovantes de experiência dos profissionais.

INTERESSE DO GESTOR (ESTADUAL OU MUNICIPAL) NO CREDENCIAMENTO:

_____

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, no dia___/___/_____a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº XXX, de XXX de XXX de 2013.

OBSERVAÇÕES:

_____

LOCAL / DATA: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

ANEXO 4 DO ANEXO VI

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SUS (Origem: PRT MS/GM 2776/2014, Anexo 5)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática

Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade

DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

APRESENTAÇÃO

Este documento visa estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência auditiva na Rede de Cuidados das Pessoas com Deficiência. É um documento de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes, e pelos Serviços de Saúde habilitados junto ao SUS.

1.METODOLOGIA

A elaboração das Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde - SUS foi uma ação do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) da Coordenação de Média e Alta Complexidade (CGMAC), na qual participaram representantes do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - SBFa, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial – ABORL-CCF, Academia Brasileira de Audiologia e especialistas de Centros/Núcleo de Implante Coclear habilitados no SUS.

2. OBJETIVO

O objetivo destas diretrizes é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa com deficiência auditiva, em especial às que necessitam da cirurgia de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso. Envolve ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós – operatório), além de estabelecer critérios de indicações e contra indicações clinicas da prótese de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso.

DIRETRIZES

3. DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Os cuidados para a atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva devem ser estruturados pelos seguintes componentes:

a) Modalidade Ambulatorial - consiste nas ações de âmbito ambulatorial (avaliações clínicas e audiológicas, acompanhamentos e reabilitação fonoaudiológica), destinadas a promover atenção especializada aos pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria, e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

b) Modalidade Hospitalar - consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamentos pré e pós – operatório) destinadas a promover atenção especializada pacientes submetidos às cirurgias de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso definidas nesta portaria e, realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados.

Com relação aos tratamentos cirúrgicos, os mesmos vêm sendo indicados como uma opção de tratamento para pacientes, adultos e crianças, com deficiência sensório-neural profunda bilateral que obtêm pouco ou nenhum benefício com AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual). São considerados como um recurso efetivo, que permitem melhora significativa na maioria desses pacientes, sempre acompanhada de habilitação e/ou reabilitação auditiva. São procedimentos considerados de alta complexidade e especificidade, que demandam a existência de serviços altamente especializados, equipes multiprofissionais, instalações e equipamentos bastante diferenciados.

O tratamento cirúrgico é indicado apenas em casos específicos, cujas indicações estão descritas abaixo. Portanto, é apenas uma ação dentro de toda a linha de cuidado das pessoas com deficiência auditiva.

A. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR

1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO:

O uso de implante coclear está indicado para habilitação e reabilitação auditiva de pessoas que apresentem perda auditiva neurossensorial bilateral, de grau severo a profundo.

1.1 Crianças com até 4 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) experiência com uso de aparelhos de amplificação sonora individual (por um período mínimo de três meses) e idade mínima de 18 meses na perda auditiva severa. Idade mínima de 6 meses em casos de meningite e/ou surdez profunda de etiologia genética comprovada, e nestes casos, não é obrigatória a experiência com AASI;

b) falta de acesso aos sons de fala em ambas as orelhas com AASI, ou seja, limiares em campo livre com AASI piores que 50dBNA nas frequências da fala (500Hz a 4 kHz);

c) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.2 Crianças a partir de 4 até 7 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) presença de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral mensurado por protocolos padronizados;

c) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica;

d) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.3 Crianças a partir de 7 até 12 anos de idade incompletos, que apresentem perda auditiva neurossensorial, de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;

b) presença de código linguístico oral em desenvolvimento mensurados por protocolos padronizados. Devem apresentar comportamento linguístico predominantemente oral. Podem apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem oral considerando a sua idade cronológica, manifestado por simplificações fonológicas, alterações sintáticas (uso de frases simples compostas por três a quatro palavras), alterações semânticas (uso de vocabulário com significado em menor número e em menor complexidade, podendo ser restrito para as situações domiciliares, escolares e outras situações do seu cotidiano) e alterações no desenvolvimento pragmático, com habilidades de narrativa e argumentação ainda incipientes;

c) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;

d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas para reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) uso de AASI contínuo e efetivo desde no mínimo 2 (dois) anos de idade sugerindo a estimulação das vias auditivas centrais desde a infância; e

f) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.4 Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva neurossensorial pré-lingual de grau severo e/ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em conjunto fechado;

b) presença de código linguístico oral estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;

c) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;

d) acesso à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência);

e) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda; e

f) Compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.5 Adolescentes a partir de 12 anos de idade, que apresentem perda auditiva neurossensorial pós-lingual, de grau severo e ou profundo, bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) adequação psicológica, motivação e expectativa adequada do paciente e da família para o uso do implante coclear;

c) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra referência); e

d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

1.6 Em adultos que apresentem perda auditiva neurossensorial pré-lingual de grau severo e ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor que 50% na orelha a ser implantada, com percepção de fala diferente de zero em apresentação em conjunto fechado;

b) presença de código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;

c) adequação psicológica e motivação adequada do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

d) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência).

e) uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda; e

f) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

7.1 Em adultos que apresentem perda auditiva neurossensorial pós-lingual de grau severo ou profundo bilateral, quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

c) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência); e

d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

2. **CRITÉRIOS DE CONTRAINDICAÇÃO**

1. Está contraindicado o Implante Coclear nos seguintes casos:

2. Surdez pré-lingual em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral;

3. Pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral; e

Contraindicações clínicas.

3.0 CRITÉRIOS ESPECIAIS

1. Espectro da Neuropatia Auditiva

2. Em crianças pré-linguais

a) uso obrigatório de AASI por um tempo mínimo de 12 meses em prova terapêutica fonoaudiológica;

b) nestes casos o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;

c) idade mínima de 30 meses para as perdas moderadas e 18 meses para as perdas severas a profunda. A idade mínima não é exigência nos casos com etiologia genética do espectro da neuropatia auditiva comprovada;

d) os demais critérios de indicação do implante coclear seguem os constantes no item 1.

3. Em pacientes pós-linguais

a) nestes casos o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;

b) os demais critérios de indicação do implante coclear seguem os constantes no item 1.

4. Cegueira associada independente da idade e época da instalação da surdez, o implante coclear está indicado quando:

a) resultado igual ou menor que 60% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI na melhor orelha e igual ou menor do que 50% na orelha a ser implantada;

b) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

c) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência);

d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

e) exceto pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear e contra-indicações clínicas.

4.0 CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL

1.0 CRIANÇAS COM ATÉ 4 ANOS INCOMPLETOS

O Implante Coclear Bilateral em crianças com até 4 anos incompletos, que atendam os critérios constantes no item 1.1 e com pelo menos um dos critérios abaixo:

a) perda auditiva profunda bilateral podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;

b) a etiologia da deficiência auditiva é meningite ou outras etiologias que oferecem riscos para ossificação da cóclea podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;

c) apresentem visão subnormal, que dependam da audição binaural podendo a implantação dos dispositivos ser simultânea ou sequencial;

d) nos casos de perda auditiva neurosensorial severa bilateral ou em uma das orelhas, a implantação dos dispositivos deve ser obrigatoriamente sequencial.

B. CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 4 E 7 ANOS INCOMPLETOS

Em crianças usuárias de implante coclear unilateral, entre 4 e 7 anos de idade incompletos, está indicado o implante coclear bilateral sequencial desde que o primeiro implante tenha sido realizado antes dos 4 anos de idade completos, e que atendam os critérios constantes no item 1.2 e com pelo menos um dos critérios abaixo:

a) perda auditiva profunda bilateral;

b) a etiologia da deficiência auditiva é meningite ou outras etiologias que oferecem riscos para ossificação da cóclea;

c) apresentem visão subnormal, que dependam da audição binaural.

3. CRIANÇAS COM PERDA AUDITIVA PROGRESSIVA E/OU PÓS-LINGUAL

Nestes casos não há limite de idade, desde que atendam todos os critérios dos itens abaixo:

a) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;

b) adequação psicológica e motivação da família para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de habilitação e reabilitação fonoaudiológica;

c) acesso e adesão à terapia fonoaudiológica com condições adequadas de habilitação e reabilitação auditiva na região de origem (referência/contra-referência);

d) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica;

e) presença de código linguístico oral com pelo menos o uso de frases simples espontâneas;

f) uso de AASI efetivo e contínuo, desde o diagnóstico;

g) inserida no ensino regular com desempenho acadêmico compatível a sua faixa etária.

4. ADOLESCENTES E ADULTOS COM PERDA AUDITIVA PÓS-LINGUAL

Nestes casos o implante coclear bilateral deverá ser realizado sequencialmente, com intervalo mínimo de 1 ano de uso efetivo do implante, desde que atendam todos os critérios abaixo:

a) sem benefício de audição bimodal (entende-se como benefício de audição bimodal a melhora do índice de reconhecimento de fala no ruído, em conjunto aberto, para os monossílabos, maior ou igual a 12%);

b) resultado igual ou menor que 50% de reconhecimento de sentenças em conjunto aberto com uso de AASI em ambas as orelhas;

c) adequação psicológica e motivação do paciente para o uso do implante coclear, manutenção/cuidados e para o processo de reabilitação fonoaudiológica;

d) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem (referência/contra- referência);

e) compromisso em zelar dos componentes externos do implante coclear e realizar o processo de reabilitação fonoaudiológica.

5. EXCEÇÃO:

Nos casos de meningite ou patologias com risco de ossificação coclear, o implante coclear bilateral poderá ser feito simultaneamente.

5. CRITÉRIOS DE REIMPLANTE

A indicação de reimplante deverá ocorrer nos seguintes casos:

a) falha do dispositivo interno;

b) complicações que necessitem de explantação; e

c) declínio do desempenho auditivo, por falha do dispositivo (unidade) interno fora da cobertura de garantia assegurada pelo fabricante.

Considera-se criança a pessoa com idade até 12 anos incompletos de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8069 de 13 de julho de 1990).

2. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO UNILATERAL

A prótese auditiva ancorada no osso unilateral está indicada nos casos de perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI;

b) com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;

c) limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz na orelha a ser implantada; e

d) índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI.

2. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO BILATERAL

A prótese auditiva ancorada no osso bilateral está indicada nos caso de perda auditiva condutiva ou mista bilateral quando preenchidos todos os seguintes critérios:

a) má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI;

b) com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz;

c) limiar médio melhor que 60 dB para via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3kHz em ambas orelhas;

d) índice de reconhecimento de fala em conjunto aberto maior que 60 % em monossílabos sem AASI; e

e) a diferença interaural entre as médias dos limiares por via óssea de 0,5, 1, 2 e 3kHz não deve exceder a 10 dB e deve ser menor que 15 dB em todas as frequências isoladas.

OBSERVAÇÕES:

1- Em crianças abaixo de 5 anos enquanto não é possível realizar a cirurgia para colocação da prótese auditiva ancorada no osso, está indicada a adaptação do áudio processador posicionado por meio de banda elástica.

2- Nos casos em que a estrutura óssea da calota craniana não possibilite a osteointegração em tempo hábil, a cirurgia deverá ser realizada em 2 (dois) tempos.

3. CRITÉRIOS DE REIMPLANTE

A indicação de reimplante deverá ocorrer nos seguintes casos:

a) perda da osteointegração do implante de titânio;

b) complicações que impeçam o acoplamento do audioprocessador ao pilar; e

c) complicações que levem a necessidade de explantação.

3. AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DO IMPLANTE COCLEAR E DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

A avaliação do paciente deve considerar os critérios de indicação e contraindicação da cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso, devendo ser realizada por equipe multiprofissional na Atenção Especializada, além de:

- Avaliação do otorrinolaringologista;

- Avaliação audiológica completa com e sem AASI;

- Avaliação por exames de imagem;

- Avaliação do risco cirúrgico;

- Preparo da família e do paciente com relação às expectativas;

- Preparo clínico do paciente para o ato cirúrgico ao qual será submetido;

- Orientações para a reabilitação pós-operatória;

- Avaliação psicológica e social;

- Pareceres de outras especialidades quando necessário.

4. ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO IMPLANTE COCLEAR

1.0 ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM IMPLANTE COCLEAR

O acompanhamento do paciente com implante coclear consiste nas seguintes etapas:

- Transoperatório: potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e compliância dos eletrodos, telemetria de respostas neurais).

- Ativação: no prazo máximo de 45 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contra indicação clínica) deverá ser feita a ativação do dispositivo interno (eletrodo), com adaptação da unidade externa. Na ocasião deverão ser realizadas: telemetria neural, impedância dos eletrodos, medidas psicofísicas do implante coclear (programação ou mapeamento), avaliação dos limiares em campo livre com o Implante e avaliações e orientações clínicas pertinentes.

Na ativação e em cada acompanhamento deverá ser realizado, de acordo com as necessidades de cada paciente e dispositivo utilizado, os seguintes procedimentos:

- Mapeamento e balanceamento dos eletrodos;

- Reflexo estapediano eliciado eletricamente;

- Potencial evocado eletricamente no sistema auditivo;

- Audiometria tonal;

- Limiar funcional do implante coclear - IC e com amplificação da orelha contralateral, caso haja indicação;

- Logoaudiometria;

- Imitanciometria;

- Testes de percepção de fala;

- Avaliação da linguagem oral;

- Orientação familiar;

- Consulta de seguimento otorrinolaringológica;

- Consulta de seguimento da assistência social;

- Consulta de seguimento psicológico;

- Avaliação da satisfação do usuário.

Frequência do acompanhamento em crianças:

- Primeiro ano de uso:

• 6 (seis) acompanhamentos

- Segundo ano de uso:

• 4 (quatro) acompanhamentos

- Terceiro ano de uso:

• Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos

• Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Frequência do acompanhamento em adultos:

- Primeiro ano de uso:

• 4 (quatro) acompanhamentos;

- Segundo ano de uso:

• 3 (três) acompanhamentos;

- Terceiro ano de uso:

• 2 (dois) acompanhamentos;

- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Observação: Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente

B. TERAPIA FONOAUDIOLOGICA

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes e pode ser realizada no próprio Serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados.

Compete ao serviço oferecer assessoria técnica nos casos de referenciamento da terapia fonoaudiológica.

Compete ao serviço de terapia fonoaudiológica referenciado e ao serviço a emissão de relatórios de referência e contra referência.

Recomenda-se:

Adultos: terapias de 45 min., em séries de 6 (seis) sessões, individuais ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

Crianças: 2 (duas) sessões semanais de 45 minutos, individuais. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

3. MANUTENÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR

O serviço é responsável pela reabilitação integral dos pacientes, devendo garantir, quando necessário e dentro do período de garantia a manutenção do implante coclear daqueles que se encontram em acompanhamento.

No caso do componente externo, dentro no período de 6 anos estão previstos todos os itens fundamentais para o perfeito funcionamento do componente externo, além de um episódio de dano, perda ou roubo comprovado, por boletim de ocorrência, e avaliados pelos serviços e autorizados pelo Gestor local.

A manutenção do componente externo consiste na substituição/trocas ou consertos dos itens fundamentais para o perfeito funcionamento do implante coclear, tais como: cabo de conexão, compartimento/gaveta de baterias, antena, baterias recarregáveis, controle remoto, imã da antena, carregador de bateria recarregável, gancho, gancho com microfone, desumidificador e processador de fala.

Ressalta-se que quando identificado, pelos serviços e ratificado pelo gestor, o mau uso do equipamento por parte do paciente, a manutenção não estará inserida na garantia, devendo a negativa constar no prontuário do paciente.

Vale lembrar que não são todos os itens que terão necessidade de trocas anuais. No entanto, compete ao serviço a análise técnica com justificativa, para as devidas trocas e manutenções, e autorização do Gestor local.

Fica estabelecido que as empresas que comercializam o implante coclear no País devem ofertar, sem custo adicional, manutenções preventivas aos pacientes dos serviços especializados. A periodicidade dessas manutenções fica a critérios dos serviços especializados e das empresas.

5. ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

I. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

O acompanhamento do paciente com prótese auditiva ancorada no osso consiste nas seguintes etapas:

- Transoperatório: cuidados cirúrgicos

- Adaptação: no prazo máximo de 180 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contra indicação clinica) deverá ser feita a adaptação da prótese vibratória.

Na adaptação e em cada acompanhamento deverá ser realizado, de acordo com as necessidades de cada paciente e dispositivo utilizado, os seguintes procedimentos:

- Audiometria em campo livre;

- Limiar funcional com a prótese auditiva ancorada no osso;

- Logoaudiometria;

- Testes de percepção de fala;

- Avaliação da linguagem oral;

- Orientação familiar;

- Consulta de seguimento otorrinolaringológica;

- Consulta de seguimento da assistência social;

- Consulta de seguimento psicológico;

- Avaliação da satisfação do usuário;

- Orientações com relação à higienização, cuidados e manutenção.

Frequência do acompanhamento em crianças e adultos:

- Primeiro ano de uso:

• 4 (quatro) acompanhamentos;

- Segundo ano de uso:

• 2 (dois) acompanhamentos;

- A partir do terceiro ano: anualmente (uma vez/ano).

Observação: Os acompanhamentos podem ser antecipados ou espaçados de acordo com a necessidade ou desempenho do paciente

B. TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os pacientes e pode ser realizada no próprio serviço ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados.
Compete ao serviço oferecer assessoria técnica nos casos de referenciamento da terapia fonoaudiológica,

Compete ao serviço de terapia fonoaudiológica referenciado e ao serviço a emissão de relatórios de referência e contra referência.

Recomenda-se:

Adultos: terapias de 45 min., em séries de 6 sessões, individual ou em grupo. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

Crianças: duas sessões semanais de 45 minutos, individual. Avaliação e reabilitação dos aspectos auditivos e de linguagem com registro de sua evolução.

4. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARISI E ET AL. Cochlear implantation in adolescents with prelinguistic deafness. Otolaryngol Head Neck Surg 2010;142(6):804-808.

BASURA GJ, EAPEN R, BUCHMAN CA. Bilateral cochlear implantation: current concepts, indications, and results. Laryngoscope. 2009 Dec;119(12):2395-401. Review.

COHEN R, LABADIE R, DIETRICH M, HAYNES D – Quality of life in hearing-impaired adults: the role of cochlear implants and hearing aids. Otloatyngology, Head neck Surgery 2004, 131(4): 413-22.

DORMAN MF, SHARMA A, GILLEY P, MARTING K, ROLAND P. Central auditory development: evidence form CAEP measurements in children fit with CI. J Commun Disord 2007; 40(4): 284-29

DUNN CC, NOBLE W, TYLER RS, KORDUS M, GANTZ BJ, JI H. - Bilateral and unilateral cochlear implant users compared on speech perception in noise.Ear Hear. 2010 Apr;31(2):296-8.

EAPEN RJ, BUSS E, ADUNKA MC, PILLSBURY HC 3RD, BUCHMAN CA. Hearing-in-noise benefits after bilateral simultaneous cochlear implantation continue to improve 4 years after implantation.Otol Neurotol. 2009 Feb;30(2):153-9.

EVANS AK, KAZAHAYA K. Canal atresia: "surgery or implantable hearing devices? The expert's question is revisited". Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007; 71: 367-7 PMID: 17196671.

FITZPATRICK E, ET AL. Cochlear implantation in adolescent and adults with prelinguistic deafness: outcomes and candidacy issues. International Congress Series 2004;1273:269-272

FDA. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (2009) What is cochlear implant. Disponível on line em: http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/Coch learImplants/ucm062823.htm. Acessado em 23 de julho de 2009

FUCHSMANN C, TRINGALI S, DISANT F, BUIRET G, DUBREUIL C, FROEHLICH P, TRUY E. Hearing rehabilitation in congenital aural atresia using the bone-anchored hearing aid: audiological and satisfaction results. Acta Otolaryngol 2010; 2 PMID: 20735185.

GELFAND SA, SILMAN S. Apparent auditory deprivation in children: implications of monaural versus binaural amplification. J Am Acad Audiol 1993;4:313–8

GIBSON, E – the Cochlear Implant journey: candidacy, expectations and aural rehabilitation. Hearing Review, august, 2006. Disponível em URL: http://www.hearingreview.com/issues/articles/2006- 08_06.asp Acessado em 23 de julho de 2010.

GIFFORD RH, DORMAN MF, SHALLOP JK, SYDLOWSKI SA.- Evidence for the expansion of adult cochlear implant candidacy. Ear Hear. 2010 Apr;31(2):186-9

GILLEY PM, SHARMA A, DORMAN MF. Cortical reorganization in children with cochlear implants.Brain Res. 2008 Nov 6;1239:56-65.

GRANSTRÖM G, BERGSTRÖM K, TJELLSTRÖM A. The bone-anchored hearing aid and bone-anchored epithesis for congenital ear malformations. Otolaryngol Head Neck Surg 1993; 109: 46-53. PMID: 8336967.

HAMZAVI J: POK, S; STOETTNER, W.; BAUMGARTNER, W. Speech perception with a cochlear implant used in conjunction with the hearing aid in the opposite ear. Int J Audiol 2004; 43: 61-66.

HOLT R & SVIRSKY M. An exploratory look at pediatric CI: is earliest always best? Ear Hear 2008; 29: 492-511.

KUHN-INACKER H, SHEHATA-DIELER W, MULLER J, ET AL. Bilateral cochlear implants: a way to optimize auditory perception abilities in deaf children? Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2004;68:1257–66.

LITOVSKY R, PARKINSON A, ARCAROLI J, SAMMETH C. - Simultaneous bilateral cochlear implantation in adults: a multicenter clinical study. Ear Hear 2006;27:714–31.

NEUMAN AC, HARAVON A, SISLIAN N, ET AL. Sound-direction identification with bilateral cochlear implants. Ear Hear 2007;28:73–82.

PETERS BR, WYSS J, MANRIQUE M.- Worldwide trends in bilateral cochlear implantation.Laryngoscope. 2010 May;120 Suppl 2:S17-4

PORTARIA Nº 1.278/GM DE 20 DE OUTUBRO DE 1999. [acesso em: 9 abr 2009]. Disponível em URL: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de- saude/saude-auditiva/Portaria_1278.pdf

RAINE DH, SUMMERFIELD Q, STRACHAN DR, MARTIN JM, TOTTEN, C. The Cost and analysis of nonuse of CI. Otol Neurotol 2008; 29: 221-22

RANCE G, BARKER EJ, SARANT JZ, CHING TYC. Receptive Language and Speech Production in Children with Auditory Neuropathy/Dyssynchrony Type Hearing Loss. Ear & Hearing 2007;28;694– 702.

ROBBINS, AM (2000). Rehabilitation after implantation. In Niparko (Ed.) Cochlear Implants: Principles and Practices. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

ROBBINS, AM, SVIRSKY, M, MIYAMOTO, R. (2000). Aspects of linguistic development affected by cochlear implantation. In Waltzman & Cohen (Eds.) Cochlear Implants. NY: Thieme Medical.

SCHRAMM D. FITZPATRICK E., SÉGUIN C. Cochlear implantation for adolescent and adults with prelinguistic deafness. Otol Neurotol 2002;23(5):698-703

SHPAK T, ET AL. Perception of speech by prelingual pre-adolescent and adolescent cochlear implant users. Int J Audiol 2009;48(11):775-783

TAJUDEEN BA, WALTZMAN S, JETHANAMEST D, SVIRSKY M. Speech Perception in Congenitally Deaf Children Receiving Cochlear Implants in the First Year of Life. Otol Neurotol 31: 1254:1260.

WALTZMAN SB, ROLAND JT, COHEN NL. Delayed implantation in congenitally deaf chidren and adults. Otol Neurotol 2002;23(3):333-340

Fonte da internet:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_gerais_atencao_especializada_pessoas_deficiencia_auditiva_SUS.pdf

Data do acesso: 27/06/2017

ANEXO VII

Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Origem: PRT MS/GM 702/2002)

Art. 1º Ficam instituídos mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º)

§ 1º As Redes de que trata o caput deste artigo deverão ser integradas por: (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º)

I - Hospitais Gerais; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º, I)

II - Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora sem as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, seja integrante do Sistema Único de Saúde e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Entende-se por Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 2º, § 3º)

Art. 3º Na definição dos quantitativos e distribuição geográfica dos Hospitais/Centros de Referência que integrarão as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal utilizarão os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º)

I - população geral; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, a)

II - população idosa; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, b)

III - necessidades de cobertura assistencial; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, c)

IV - mecanismos de acesso e fluxos de referência e contra-referência; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, d)

V - nível de complexidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, e)

VI - série histórica de atendimentos realizados a idosos; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, f)

VII - distribuição geográfica dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, g)

VIII - integração com a rede de atenção básica e programa de saúde da família. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, h)

§ 1º Não há limitação quantitativa estabelecida para os Hospitais Gerais, sendo que poderão participar da Rede todos aqueles hospitais cadastrados pelo SUS que reúnam as condições necessárias para a assistência geral, hospitalar e ambulatorial, aos pacientes idosos e que sejam capazes, quando necessário, de garantir a referência dos pacientes a Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso; (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso, por estado, encontra-se definido no Anexo 1 do Anexo VII . (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º Uma vez definida a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, as Secretaria de Saúde estabelecerão os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes idosos e, ainda,

adotarão as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre a Rede constituída e a rede de atenção básica e o Programa de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 4º)

Art. 5º A Secretaria de Atenção à Saúde definirá as Normas de Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, as modalidades assistenciais a serem desenvolvidas, a operacionalização e o financiamento dos serviços, bem como adotará as providências necessárias ao fiel cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO VII

QUANTITATIVO DE CENTROS DE REFERÊNCIA POR ESTADO (Origem: PRT MS/GM 702/2002, Anexo 1)

QUANTITATIVO DE CENTROS DE REFERÊNCIA POR ESTADO

Estado	Quantitativo de Centros
ACRE	01
ALAGOAS	01
AMAPÁ	01
AMAZONAS	01
BAHIA	05
CEARÁ	03
DISTRITO FEDERAL	01
ESPÍRITO SANTO	01
GOIÁS	02
MARANHÃO	02
MATO GROSSO	01
MATO GROSSO DO SUL	01
MINAS GERAIS	08
PARÁ	03
PARAÍBA	01
PARANÁ	04
PERNAMBUCO	03
PIAUÍ	01
RIO DE JANEIRO	07
RIO GRANDE DO NORTE	01
RIO GRANDE DO SUL	05
RONDÔNIA	01
RORAIMA	01
SANTA CATARINA	02
SÃO PAULO	15
SERGIPE	01
TOCANTINS	01
BRASIL	74

ANEXO VIII

Redes Estaduais de Assistência a Queimados (Origem: PRT MS/GM 1273/2000)

Art. 1º Ficam criados os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizarão suas respectivas Redes Estaduais de Assistência a Queimados que serão integradas por: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º)

I - Hospitais Gerais; e (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, a)

II - Centros de Referência em Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, b)

§ 1º Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora não especializado na assistência a queimados, seja cadastrado pelo SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Entende-se por Centros de Referência em Assistência a Queimados, aqueles hospitais/serviços, devidamente cadastrados como tal, que, dispondo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 2º, § 2º)

Art. 3º Ficam estabelecidos como critérios a serem utilizados pelas Secretarias de Saúde estaduais e do Distrito Federal na definição do quantitativo de hospitais que integrarão suas Redes os abaixo relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º)

I - população; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, a)

II - necessidades de cobertura; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, b)

III - nível de complexidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, c)

IV - série histórica de atendimentos realizados a queimados; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, d)

V - distribuição geográfica dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, e)

VI - integração com o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergências. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, f)

§ 1º No que se refere a Hospitais Gerais, não há limitação quantitativa, podendo participar da Rede todo e qualquer Hospital cadastrado pelo SUS que reúna condições para a realização do primeiro atendimento a queimados, desde que adequadamente organizados de forma a garantir, quando necessária, a referência dos pacientes aos Centros de Referência em Assistência a Queimados. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, § 1º)

§ 2º No que se refere a Centros de Referência em Assistência a Queimados, seu quantitativo máximo, por estado, é o estabelecido no Anexo 1 do Anexo VIII . (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º Uma vez definida a Rede Estadual de Assistência a Queimados, as Secretarias estabelecerão, também, os fluxos e mecanismos de referência e contra referência dos pacientes com queimaduras. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 4º)

Art. 5º Ficam aprovadas, na forma do Anexo 2 do Anexo VIII , as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Queimados-Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º)

§ 1º Estados que eventualmente não disponham de pelo menos um serviço capaz de cumprir as Normas de que trata este artigo poderão solicitar, em caráter transitório, até a plena habilitação de seus serviços, o cadastramento de 01 (um) Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, de que trata o § 1º, deverá cumprir, no mínimo, as Normas para Cadastramento de Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário estabelecidas no Anexo 2 do Anexo VIII . (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Somente poderá ser cadastrado como Centro de Referência a Queimados - Intermediário aquele serviço que, cumprindo as normas fixadas no § 2º, esteja instalado em hospital cadastrado no Sistema de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e classificado como de tipo 1, II ou RI. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 5º, § 3º)

Art. 6º Ao enviarem ao Ministério da Saúde as solicitações de cadastramento de Centros de Referência, os estados o farão num único processo contendo a totalidade dos Centros a serem cadastrados, já devidamente integrados na Rede Estadual de Referência em Assistência a Queimados, ao Sistema Estadual em Atendimento de Urgência e Emergências e definidos os fluxos, referências e contra referências dos pacientes. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 6º)

Art. 7º Os Centros de Referência em Assistência a Queimados serão vistoriados e avaliados, no mínimo, anualmente pela autoridade sanitária competente. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 7º)

Art. 8º É obrigatório o preenchimento, pelos Centros cadastrados, do Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados, constante do Anexo 3 do Anexo VIII . (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º)

§ 1º Este Relatório tem por objetivo a formação de um banco de dados que permita a avaliação e acompanhamento, por Centro e em conjunto, da assistência prestada no país a pacientes com queimaduras, sendo acessível a qualquer profissional de saúde, hospital ou sociedade profissional envolvida com o assunto, preservados os aspectos éticos. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 1º)

§ 2º O Relatório será preenchido anualmente pelo Responsável Técnico do Centro, em conformidade com as Instruções de Preenchimento constantes do Anexo 4 do Anexo VIII , sendo que o primeiro a ser apresentado envolverá os atendimentos realizados entre a data do cadastramento do Centro e o dia 31 de dezembro de 2001 e os subsequentes, no período de janeiro a dezembro de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 2º)

§ 3º O Relatório, devidamente preenchido em 02 (duas) vias, deverá ser enviado, anualmente, até 30 (trinta) dias após o término do ano a que se referir, da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º)

I - 1ª Via - ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º, a)

II - 2ª Via - à Secretaria da Saúde do estado ou do Distrito Federal sob cuja gestão esteja o Centro. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 3º, b)

§ 4º O não envio do Relatório de que trata o este artigo implicará no descadastramento do Centro. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 8º, § 4º)

Art. 9º As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas contidas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 9º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as medidas necessárias à implementação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Art. 10)

ANEXO 1 DO ANEXO VIII

QUANTITATIVO MÁXIMO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS POR ESTADO DA FEDERAÇÃO (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 1)

Quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência a Queimados por estado da Federação

UF	Nº de Centros
São Paulo	14
Minas Gerais	7
Rio de Janeiro	5
Bahia	5
Rio Grande do Sul	4
Paraná	4
Pernambuco	3
Ceará	3
Pará	2
Santa Catarina	2
Goiás	2
Maranhão	2
Piauí	1
Amazonas	1
Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul	1
Distrito Federal	1
Sergipe	1
Tocantins	1
Paraíba	1
Espírito Santo	1
Alagoas	1
Rio Grande do Norte	1
Rondônia	1
Acre	1
Amapá	1
Roraima	1
TOTAL	68

ANEXO 2 DO ANEXO VIII

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 2)

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

As presentes Normas Gerais são válidas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade e Centros de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário.

1.1 — Processo de Cadastramento:

1.1.1 - A abertura de qualquer Centro de Referência em Assistência a Queimados deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, de nível local ou estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento;

1.1.2 - Uma vez confirmada a necessidade de criação do Centro, a solicitação de cadastramento deverá ser formalizada junto à Secretaria Estadual de Saúde, do Distrito Federal ou Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite, que se encarregará da avaliação inicial das condições de funcionamento do Serviço, por meio de vistoria in loco, da emissão de laudo conclusivo a respeito do cadastramento. No caso da formalização de solicitação de cadastramento ser feita em município em Gestão Plena do Sistema Municipal, o processo deverá conter, além do parecer do gestor municipal, o parecer da Secretaria Estadual de Saúde, que será responsável pela integração do novo Serviço na rede de referência estadual;

1.1.3 - Revogado pela PRT/GM 598/2006.

1.1.4 - Revogado pela PRT/GM 598/2006.

1.2 - Exigências Gerais para Cadastramento:

1.2.1 — Participação nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência:

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência a Queimados — Alta Complexidade, o serviço deverá estar integrado e/ou instalado em Hospital classificado como de tipo I, II, ou III no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.

Para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, o serviço deverá estar instalado em Hospital classificado no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.

1.2.2 — Número de Leitos:

O Centro de Referência em Assistência a Queimados — Alta Complexidade ou Intermediário deverá situar-se em área física específica, com atendimento nos níveis de urgência/emergência, ambulatorial e internação hospitalar. Esta área deverá estar inserida ou interrelacionada com Hospital Geral ou ser integrante de Hospital especializado na assistência a queimados, devendo contar com no mínimo 08 e no máximo 20 leitos. Serão permitidos, no máximo, 06 leitos para a Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras — no caso de Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade.

Obs.1: Serviços já existentes e em funcionamento que tenham mais do que 20 leitos, terão seu cadastramento analisado em separado. Neste caso, sua estrutura física, de pessoal, materiais e equipamentos deverá ser proporcional ao número de leitos existentes, tomando-se como parâmetro as exigências para 20 leitos. Serão cadastrados, no máximo, 06 leitos para a Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

Obs. 2: Não serão cadastrados serviços novos com menos de 08 e mais de 20 leitos.

1.2.3 - Área Física:

1.2.3.1 - Legislação:

As áreas físicas dos Centros deverão se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que as venham a substituir ou complementar, a saber:

a. Portaria GM/MS n° 1884, de II de novembro de 1994 — Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;

b. Resolução n° 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA — Conselho Nacional de Meio Ambiente.

1.2.3.2 - Instalações Físicas:

A área física deverá contar com as seguintes instalações:

a - sala de recepção e espera;

b - secretaria;

c - copa;

d - sanitários para paciente ambulatoriais;

e - sala para atendimento de urgência/emergência, com área mínima de 10 m2, com sanitário, chuveiro, tanque de inox e lavabo para a equipe de saúde;

f - vestiário de enfermagem com sanitário e chuveiro, separados por sexo;

g - sala para conforto médico, com sanitário;

h - posto de enfermagem;

i - sala de serviço;

j - sala para guarda de material e equipamentos;

l - sala de utilidades/expurgo;

m — almoxarifado, com armário chaveado para guarda de psicotrópicos;

n - salas de cirurgia com lavabo e vestiário, com área mínima de 14 m²;

o - quartos com no máximo 02 leitos, lavabo para a equipe de saúde, sanitário e chuveiro;

p - enfermarias pediátricas com no máximo 04 leitos, com banheiro e/ou bancada em aço inox para higienização;

q - rouparia;

r - sala para recreação, com área mínima de 15 m2;

s - quarto do médico plantonista, com sanitário e chuveiro;

t - consultório médico;

1.2.3.3 - Pronto Atendimento:

As instalações físicas do pronto atendimento deverão contar com:

a - carrinho de emergência com tábua para massagem cardíaca externa;

b - monitor cardíaco/desfibrilador;

e - ambús com máscara (adulto/pediátrico);

d - laringoscópios com fibra ótica, com lâminas retas/curvas, tamanhos P/M/G;

e - cânulas de traqueostomia e de entubação endotraqueal, com ou sem cuff, com numerações diversas;

f - cânulas de guedel, tamanhos P/M/G;

g- umidificadores para oxigênio;

h - medicamentos de urgência;

i- conjunto para nebulização (traquéia/máscara);

j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;

k - divã clínico;

l- escada com dois degraus;

m - cadeira de rodas;

n - suporte para soro;

o - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;

p - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

1.2.4 - Rotinas de Funcionamento e Atendimento

Os Centros deverão possuir Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas, atualizadas a cada quatro anos e assinadas pelo responsável técnico pelo serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

a - procedimentos médico-cirúrgicos;

b - procedimentos de enfermagem;

e - rotinas de suporte nutricional;

d - condutas terapêuticas;

e - rotina de controle de infecção;

f - ficha própria para descrição de ato cirúrgico;

g - manutenção preventiva de equipamentos.

1.2.5 - Registro de Pacientes:

O Centro deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações Mínimas do Prontuário:

- Identificação do paciente;

- Histórico clínico;

- Agente etiológico da queimadura;

- Extensão total (percentual) da queimadura;

- Pencentual da área corporal com queimaduras de 2° e 3° graus;

- Número de debridamentos (quando for o caso);

- Número de enxertias (quando for o caso);

- Número de curativos;

- Descrição do ato cirúrgico (quando for o caso);

- Condições na alta hospitalar.

1.2.6 - Relatório de Avaliação e Acompanhamento:

É obrigatório o preenchimento, pelos Centros cadastrados, e seu envio anual à Coordenação de Sistemas de Alta Complexidade do Ministério da Saúde e à Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja, do Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados, constante do Anexo IV desta Portaria.

1.2.7 - Manutenção do Cadastramento

A manutenção do cadastramento estará vinculada a:

a - Cumprimento pelo Centro das normas estabelecidas nesta Portaria;

b - Preenchimento e envio, era tempo hábil, dos Relatórios anuais estabelecidos no artigo 8° da presente Portaria;

c - Avaliação dos Relatórios anuais;

d - Avaliação do Centro realizada por meio de vistoria anual da autoridade sanitária competente;

e - Avaliação de funcionamento dos serviços por meio da realização de auditorias periódicas pela Secretaria de Saúde sob cuja gestão esteja o Centro.

2 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS - ALTA COMPLEXIDADE

São exigências de funcionamento para um Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade, com no mínimo 08 e no máximo 20 leitos:

2.1 - Recursos Humanos:

O quadro de recursos humanos deve ser composto por:

a - 01 Responsável Técnico e Administrativo do Centro de Referência, em Assistência a Queimados - Alta Complexidade - o responsável deverá ser Cirurgião Plástico, com carga horária de 40 horas semanais, com título de especialista em Cirurgia Plástica reconhecido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, ou Certificado de Residência Médica em Cirurgia Plástica reconhecido pelo MEC;

b - 01 Responsável Técnico e Administrativo pelo Serviço de Enfermagem do Centro de Referência em Assistência a Queimados - Alta Complexidade - o responsável deverá ser Enfermeiro, com carga horária de 40 horas semanais;

c - 01 Cirurgião Plástico em regime de plantão nas 24 horas do dia (pode ser o cirurgião plástico do serviço de urgência/emergência - se houver);

d - 01 Médico Intensivista (pode ser o médico da Unidade de Tratamento Intensivo, classificada como tipo II ou ID), em regime de plantão nas 24 horas do dia;

e - 01 Médico Intensivista Pediátrico pode ser o médico da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, classificada como tipo II ou III) em regime de plantão nas 24 horas do dia, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

f - 01 Anestesista em regime de plantão nas 24 horas do dia (pode ser o anestesista de plantão do serviço de urgência/emergência);

g - 01 Enfermeiro, por turno de trabalho (exclusivo da unidade de internação de queimados);

h - 01 Cirurgião Plástico diarista por turno de trabalho;

i- 01 Clínico Geral diarista por turno de trabalho;

j - 01 Pediatra diarista por turno de trabalho, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

k - 01 Fisioterapeuta diarista por turno de trabalho;

l - 01 Nutricionista;

m - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 02 leitos ou fração, nos turnos manhã e tarde, na enfermaria de queimados;

n - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 04 leitos ou fração, no turno da noite, na enfermaria de queimados;

o - 01 Auxiliar Administrativo.

2.2 - Instalações Físicas:

2.2.1 - A área física deverá contar, além do disposto nas Normas Gerais, de:

a - Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras, com no máximo 6 leitos (9 m²/leito);

b - expurgo específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

e - posto de enfermagem, com sala de serviço, específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras;

d - sanitário e chuveiro para adultos e crianças, específico da Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras.

2.2.2. - No Pronto-Atendimento deverá contar com o seguinte:

a - Tanque de inox, com dimensões aproximadas de 70 cm de altura, 90 em de comprimento e 50 cm de largura.

2.3 - Materiais, Equipamentos e Instrumental Cirúrgico:

Os Centros, de acordo com suas unidades específicas, deverão contar com o seguinte:

2.3.1 - Unidade Ambulatorial:

a - divã clínico;

b - escada com dois degraus;

e - estetoscópio;

d - esfigmomanômetro;

e - maca com grade;

f - mesa auxiliar (60x40x90 cm), com rodízios;

g - comadre/papagaio;

h - suporte para soro;

i - mesa;

j - cadeiras;

l - cadeira de rodas.

2.3.2 - Unidade de Internação:

a - camas de recuperação com grades;

b - mesas de cabeceira;

e - escadas com dois degraus;

d - mesas para refeições;

e - arcos de proteção;

f - mesas auxiliares com rodízios (40x60x90 cm), para procedimentos;

g - suportes para soro;

h - estetoscópio e esfigmomanômetro/leito;

i - comadre/papagaio/leito;

j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;

l - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;

m - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

n - nebulizadores;

o - conjunto de inaladores;

p - berços;

q - mesas e cadeiras infantis, de material lavável;

r - bebê conforto;

s - balança pediátrica;

t - balança antropométrica;

u - cadeira para banho/leito.

2.3.3 - Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras (máximo de 06 leitos):

2.3.3.1 - Para cada Leito:

a - estetoscópio e esfignomanômetro;

b - cama de recuperação;

e - escada com dois degraus;

d - suporte para soro;

e - mesa para refeições;

f - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm);

g - oxímetro de pulso;

h - monitor de pressão arterial não-invasivo;

i - monitor de temperatura (vesical, esofágico e retal);

j - 2 bombas de infusão;

l - ventilômetro;

m - ventilador volumétrico (adulto);

n - ventilador pediátrico (fluxo/tempo/volume);

o - arco de proteção;

p - umidificador para oxigênio;

q - conjunto de inalador e nebulizadores;

r - comadre/papagaio;

s - bandeja inox;

t - cuba rim;

u - cúpula;

v - bacia inox;

x - jarra inox.

2.3.3.2 - Para cada 02 leitos:

a - capnógrafo;

b - laringoscópio com fibra ótica;

c - aquecedor à seco para fluidos.

2.3.3.3 - Para cada 04 leitos:

a - desfibrilador - cardioversor;

b - eletrocardiógrafo;

e - equipamento para monitorização hemodinâmica invasiva;

d - carrinho de emergência;

e - oto-oftalmoscópio;

f - aspirador elétrico à vácuo portátil.

2.3.4 - Centro-Cirúrgico:

a - 1 foco cirúrgico;

b - 1 mesa cirúrgica;

c - 2 unidades de anestesia;

d - 2 laringoscópios com fibra ótica;

e - 2 dematos elétricos;

f - 2 mesh skin graft - expansores de pele;

g - 5 facas de Blair adultos;

h - 5 facas de Blair pediátricas;

i - 1 monitor de E.C.G.;

j - 1 capnógrafo;

l - escada com 2 degraus;

m - aspirador elétrico à vácuo portátil;

n - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm).

2.3.5 - Instrumental cirúrgico para curativos, pequena cirurgia e enxertia /desbridamento:

a - 40 caixas de instrumental para curativo.

b - 10 caixas de instrumental para pequena cirurgia.

c - 10 caixas de instrumental para enxertia/desbridamento.

2.4 -. Recursos Diagnósticos:

O Centro deve contar em sua própria estrutura, nas 24 horas do dia, com:

2.4.1 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

a - bioquímica;

b - hematologia;

c - microbiologia;

d - gasometria;

e - líquidos orgânicos, inclusive líquor.

Obs.: O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

2.4.2.- Unidade de Imagenologia, equipada com

a - Raios-X;

b - Raios-X portátil;

c - Ultrassonografia;

d - Tomografia Computadorizada;

e - Ressonância Magnética;.

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro.

Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999.

2.4.3 - Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

a - citologia;

b - histologia;

Obs.: A unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaliação de qualidade.

2.4.4 - Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia:

Estes procedimentos poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999.

2.5 - - Hemoterapia:

O Centro deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou por meio de "acesso" (Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999) e Unidade Transfusfonal instalada em sua própria estrutura física.

3 - NORMAS ESPECÍFICAS PARA CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS - INTERMEDIÁRIO

São exigências de funcionamento para um Centro de Referência em Assistência a Queimados - Intermediário, com, no mínimo, 08 e, no máximo, 20 leitos:

3.1 - Recursos Humanos:

O quadro de recursos humanos deve ser composto por:

a - 01 Responsável Técnico e Administrativo - o responsável deverá ser Médico, com carga horária de 40 horas semanais,

b - 01 Responsável Técnico e Administrativo pelo Serviço de Enfermagem - o responsável deverá ser Enfermeiro, com carga horária de 40 horas semanais;

c - 01 Cirurgião Plástico alcançavel nas 24 horas do dia;

d - 01 Médico Intensivista, em regime de plantão nas 24 horas do dia;

e - 01 Médico Intensivista Pediátrico, em regime de plantão nas 24 horas do dia, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

f - 01 Anestesista em regime de plantão nas 24 horas do dia;

g - 01 Enfermeiro, por turno de trabalho;

h - 01 Clínico Geral diarista por turno de trabalho;

i - 01 Pediatra diarista por turno de trabalho, se o Centro prestar atendimento pediátrico;

j - 01 Fisioterapeuta diarista por turno de trabalho;

k - 01 Psicólogo;

l - 01 Assistente Social;

m - 01 Nutricionista;

n - 01 Farmacêutico;

o - 01 Auxiliar/Técnico de Enfermagem para cada 04 leitos ou fração, por turno de trabalho, na enfermaria e ambulatório;

p - 01 Auxiliar Administrativo.

3.2 - Instalações Físicas:

3.2.1: Pronto Atendimento:

O pronto atendimento deverá contar com o seguinte:

a - Tanque de inox, com dimensões aproximadas de 70 cm de altura, 90 cm de comprimento e 50 cm de largura.

3.2.2 - Unidade de Internação:

a - camas de recuperação com grades;

b - mesas de cabeceira;

c - escadas com dois degraus;

d - mesas para refeições;

e - arcos de proteção;

f - mesas auxiliares com rodízios (40x60x90 cm), para procedimentos;

g - suportes para soro;

h - estetoscópio e esfigmomanômetro/leito;

i - comadre/papagaio/leito;

j - aspirador elétrico à vácuo, portátil;

l - caixa com instrumental para pequenas cirurgias, curativos e enxertia/debridamento;

m - bandejas para passagem de catéter venoso central e cateterismo vesical;

n - nebulizadores;

o - conjunto de inaladores;

p - berços;

q - mesas e cadeiras infantis, de material lavável;

r - bebê conforto;

s - balança pediátrica;

t - balança antropométrica;

u - cadeira para banho/leito.

3.2.3 - Centro-Cirúrgico:

a - 1 foco cirúrgico;

b - 1 mesa cirúrgica;

c - 2 unidades de anestesia;

d - 2 laringoscópios com fibra ótica;

e - 2 dematos elétricos;

f - 2 mesh skin graft - expansores de pele;

g - 5 lacas de Blair adultos;

h - 5 facas de Blair pediátricas;

i - 1 monitor de E.C.G.;

j - 1 capnógrafo;

l - escada com 2 degraus;

m - aspirador elétrico à vácuo portátil;

n - mesa auxiliar com rodízios (40x60x90 cm).

3.2.4 - Instrumental cirúrgico para curativos, pequena cirurgia e enxertia /desbridamento:

a - 40 caixas de instrumental para curativo.

b - 10 caixas de instrumental para pequena cirurgia.

c - 10 caixas de instrumental para enxertia/desbridamento.

3.3 - Recursos Diagnósticos:

O Centro deve contar em Própria estrutura, nas 24 horas do dia, com:

3.3.1 - Laboratório de Patologia Clínica, no qual se realizem exames nas áreas de:

a - bioquímica;

b - hematologia;

c - microbiologia;

d - gasometria;

e - líquidos orgânicos, inclusive líquor.

Obs.: O laboratório deve possuir certificado de controle de qualidade.

3.3.2.- Unidade de Imagenologia, equipada com:

a - Raios-X;

b - Raios-X portátil;

c - Ultrassonografla;

d - Tomografia Computadorizada;

e - Ressonância Magnética;.

Obs.: Os exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro.

Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n° 494, de.26.de agosto de 1999.

3.3.3 - Unidade de Anatomia Patológica, na qual se realizem exames nas áreas de:

a - citologia;

b - histologia;

Obs.: A unidade de Anatomia Patológica deve participar de programa de avaiiação de qualidade.

3.3.4 - Endoscopia Digestiva e Fibrobroncoscopia:

Estes procedimentos poderão ser realizados em serviços de terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar do Centro. Neste caso, a referência deve ser devidamente formalizada de acordo com o que estabelece a Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999.

3.4 - Hemoterapia:

O Centro deve contar com Banco de Sangue nas 24 horas do dia, próprio ou por meio de "acesso" (Portaria SAS n° 494, de 26 de agosto de 1999) e Unidade Transfusional instalada em sua própria estrutura física.

ANEXO 3 DO ANEXO VIII

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 3)

ANEXO 4 DO ANEXO VIII

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS (Origem: PRT MS/GM 1273/2000, Anexo 4)

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

- INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO -

O Relatório de Avaliação e Acompanhamento de Centro de Referência em Assistência a Queimados tem por objetivo a formação de um banco de dados que permita uma análise qualitativa e quantitativa, por Centro e em conjunto, da assistência prestada no país a pacientes com queimaduras. Este banco de dados estará disponível e acessível a qualquer profissional de saúde, hospital ou sociedade profissional envolvida com o assunto, preservados os aspectos éticos.

A análise dos dados obtidos permitirá, aos órgãos governamentais e à própria sociedade médica, um melhor planejamento das ações na área, a orientação de investimentos além de subsidiar a realização de estudos científicos e assistenciais.

Como as informações contidas neste Relatório serão digitadas e arquivadas de modo informatizado, é imprescindível que o formulário seja preenchido com letra de forma legível, assinado pelo Responsável Técnico e carimbado.

Os dados a serem cadastrados no Relatório foram agrupados em 04 itens a saber: Identificação do Serviço, Atendimentos Realizados, Lesões Associadas e/ou Complicações e Infecção Hospitalar.

É fundamental que o formulário seja preenchido corretamente, refletindo as informações contidas nos prontuários dos pacientes atendidos. As informações são de caráter geral, devendo quantificar de maneira global às atendimentos realizados no ano, por item de informação. O primeiro Relatório a ser apresentado deverá conter as informações relativas aos atendimentos realizados no período compreendido entre a data do cadastramento do Centro e o dia 31 de dezembro de 2000. Os Relatórios subseqüentes envolverão os atendimentos realizados no período de janeiro a dezembro de cada ano.

Cada Relatório deverá ser enviado até 30 dias após o final do ano a que o mesmo se referir.

I - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO:

a - Nome do Hospital: nome completo da razão social- do Hospital, sem abreviaturas.

b - CNPJ (antigo CGC): depois de certificar-se de que se trata do número correto, escreva-o na linha correspondente;

c - Endereço: rua e complementos da localização do Hospital;

d - CEP: código do endereçamento postal, com 08 dígitos, correspondente ao endereço sede do Hospital;

e - Município: cidade onde se localiza o Hospital;

f - Estado: unidade da federação onde se localiza o Hospital;

g - Telefone: número do telefone do Hospital - os 05 (cinco) campos iniciais são destinados ao DDD e prestadora, e os demais para o número do telefone propriamente dito;

h - FAX: idem;

i - E-mail: endereço eletrônico do Hospital;

j - Natureza: assinalar com um xis (X) o campo correspondente à alternativa que melhor caracterize a natureza do Hospital, de acordo com seu cadastro no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema único de Saúde - SIH/SUS;

k - Nome do Diretor Clínico: nome completo, sem abreviaturas, do Diretor Clínico do Hospital onde estiver instalado o Centro;

l - CPF: número de inscrição do Diretor Clínico no cadastro de pessoas físicas

m - CRM - número de inscrição do Diretor Clínico no Conselho Regional de Medicina, identificando a unidade da federação.

II - ATENDIMENTOS REALIZADOS:

Estas informações dizem respeito aos quantitativos globais de atendimentos realizados pelo Centro, no período informado, tanto no nível ambulatorial quanto hospitalar, exclusivamente em pacientes com queimaduras.

Período: informar o período a que se refere o Relatório;

- Pacientes Internados: informar o número total de pacientes atendidos em regime de internação hospitalar, no período compreendido;

2 - Pacientes atendidos no Ambulatório: informar o quantitativo de pacientes atendidos no ambulatório, oriundos da internação hospitalar, do serviço de emergência e aqueles atendidos exclusivamente em nível ambulatorial;

3 - Faixa Etária: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por agrupamento de faixa etária;

4 - Sexo: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por sexo;

5 - Agente Etiológico: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e atendidos no ambulatório, por agente etiológico da queimadura;

6 - Extensão da Queimadura: informar, separadamente, o quantitativo de pacientes internados e -atendidos no ambulatório, por extensão da queimadura;

7 - Pacientes atendidos na Unidade de Cuidados Especiais de Queimaduras: informar o quantitativo de pacientes que, durante a internação hospitalar, foram atendidos na UCEQ;

8 - Pacientes Atendidos na Emergência: informar o quantitativo de pacientes atendidos no Serviço de Urgência/Emergência do Centro;

9 - Cirurgias: informar quantitativo de cirurgias realizadas em pacientes com queimaduras;

10 - Cirurgias devido a sequelas de queimaduras: informar o quantitativo de cirurgias realizadas em pacientes com queimaduras, exclusivamente, em decorrência de sequelas de queimaduras;

11 - Curativos Ambulatoriais: informar o quantitativo de curativos realizados no ambulatório e no Serviço de Urgência/Emergência;

12 - Vagas Recusadas: informar o quantitativo de pacientes cuja internação foi recusada em função da indisponibilidade de leitos;

13 - Transferências: informar o quantitativo de pacientes transferidos para atendimento em outros serviços, oriundos da internação, ambulatório ou urgência do Centro;

14 - Óbitos: informar quantitativo de óbitos verificados no Centro, de pacientes internados e admitidos no Serviço de Urgência/Emergência.

III - LESÕES ASSOCIADAS E/OU COMPLICAÇÕES:

Estas informações dizem respeito ao quantitativo de pacientes atendidos (em regime de internação hospitalar) que apresentaram lesões associadas às queimaduras e/ou complicações delas decorrentes.

Informar, nos campos correspondentes, o quantitativo total de pacientes que apresentaram as respectivas lesões associadas às queimaduras dou complicações delas decorrentes. Na hipótese de não haver pacientes atendidos com uma determinada lesão associada e/ou preencher os campos correspondentes com quatro zeros (0000).

IV - INFECÇÃO HOSPITALAR:

Estas informações dizem respeito à ocorrência de infecção hospitalar no Centro, com o percentual de pacientes por ela acometidos em relação ao número total de pacientes com queimaduras internados e a flora microbiológica prevalente na unidade.

1 - Percentual de infecção Hospitalar: informar o percentual de infecção hospitalar sobre o número total de pacientes com queimaduras internados no Centro;

2 - Flora Microbiológica Prevalente na Unidade: informar os três microorganismos de maior prevalência no Centro, em ordem crescente de ocorrência.

Exemplo: Se o microorganismo que ocorre em maior freqüência no Centro for o Acinetobacter, assinalar no campo a ele correspondente o número "1", se o segundo microorganismo de maior freqüência for o Stafilococcus Aureus, assinalá-lo com o número "2" e assim por diante.

Local: informar o nome do município em que está localizado o Centro;

Data: informar a data - dia/mês/ano em que foi preenchido o Relatório;

Nome do Responsável Técnico pelo Centro de Referência em Assistência a Queimados: informar o nome completo, sem abreviaturas, do Responsável Técnico pelo Centro;

Assinatura e carimbo: o Responsável Técnico deverá assinar neste campo e apor seu carimbo de identificação.

ANEXO IX

Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (Origem: PRT MS/GM 936/2004)

Art. 1º Fica aprovada a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, com o objetivo de articular a gestão e as ações da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, com os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde Estaduais e Municipais e do Distrito Federal, com instituições acadêmicas e organizações não governamentais conveniadas com o Ministério da Saúde e outras iniciativas dos Municípios e Estados que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 1º)

Art. 2º A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde será constituída pela Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, pelos Núcleos Estaduais e Municipais, por organizações sociais e instituições acadêmicas conveniadas com o Ministério da Saúde e Municípios e Estados com iniciativas que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 2º)

Art. 3º A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde terá como objetivos: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º)

I - promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, I)

II - implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetorias e intra-setoriais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, II)

III - fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, III)

IV - intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 3º, V)

Art. 4º São atribuições dos componentes da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde de que trata este Anexo: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º)

I - Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I)

a) implementar, em parceria com as esferas de gestão do SUS e instituições acadêmicas, o Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde a partir dos propósitos e diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, a)

b) assessorar tecnicamente e estimular os estados e municípios para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, b)

c) incentivar o desenvolvimento de núcleos estaduais e municipais de prevenção da violência e promoção da saúde de acordo com critérios epidemiológicos e prioridades sociais; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, c)

d) identificar e apoiar estudos, pesquisas e ações em instituições acadêmicas e organizações sociais de relevância nacional, de interesse para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, d)

e) garantir o funcionamento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, e)

f) promover e participar de políticas e ações intersetoriais, no âmbito do Governo Federal, e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, f)

g) qualificar a gestão do SUS para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, g)

h) articular as ações de prevenção da violência no âmbito do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, h)

i) assessorar políticas, programas e ações de capacitação, pesquisa e atenção, relacionados com o tema da violência no âmbito do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, i)

j) monitorar e avaliar o desenvolvimento dos planos estaduais e municipais de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, j)

k) implantar e implementar a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas em conformidade com a legislação em vigor e as diretrizes da Secretaria de Vigilância em Saúde, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes internacionais, nacionais, estaduais e municipais de atenção integral para populações estratégicas em situação ou risco para a violência; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, l)

l) garantir a gestão participativa da sociedade civil, organizações não governamentais e movimentos sociais no desenvolvimento do plano nacional de prevenção da violência; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, m)

m) assessorar o Ministério da Saúde nas demandas relacionadas com o tema da violência junto aos organismos internacionais; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, n)

n) apoiar e desenvolver ações de prevenção da violência e promoção da saúde, articuladas às políticas de integração regional, prioritariamente nos Municípios de fronteiras. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, I, o)

II - Núcleos Estaduais: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II)

a) elaborar o Plano Estadual de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, a)

b) qualificar a gestão para o trabalho de prevenção da violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, b)

c) promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, c)

d) assessorar, qualificar e articular em rede as ações de prevenção da violência e promoção da saúde desenvolvidas pelos núcleos dos Municípios de sua região; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, d)

e) garantir a implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes estaduais e nacional de atenção integral para populações estratégicas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, e)

f) acompanhar e monitorar o desenvolvimento dos planos municipais de Prevenção da Violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, f)

g) estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, g)

h) articular as redes de capacitação em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, II, h)

III - Núcleos Municipais: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III)

a) Elaborar o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, a)

b) Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, b)

c) Qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, c)

d) Garantir a implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes locais de atenção integral para populações estratégicas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, d)

e) Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, e)

f) Capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, III, f)

IV - Núcleos nas Instituições Acadêmicas: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV)

a) elaborar o Plano Institucional de Apoio à Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, a)

b) desenvolver indicadores para sistematização de monitoramento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, b)

c) assessorar tecnicamente as coordenações dos níveis federal, estadual e municipal no desenvolvimento dos referidos planos de prevenção à violência e promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, c)

d) apoiar a elaboração, edição e distribuição de publicações referentes ao tema específico; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, d)

e) apoiar a elaboração e execução de eventos técnicos voltados às questões sobre violências e outras causas externas; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, e)

f) desenvolver o espaço eletrônico para favorecimento da comunicação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, f)

g) desenvolver metodologias de comunicação para apoio à prevenção da violência e promoção da saúde em mídia eletrônica, impressa e rádios comunitárias; (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, g)

h) desenvolver tecnologias de apoio à implantação e implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas em conformidade com a legislação em vigor, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes internacionais, nacionais, estaduais e municipais de atenção integral para populações estratégicas em situação ou risco para a violência; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, h)

i) desenvolver metodologias de avaliação sistematizada dos planos federal, estadual e municipal de prevenção à violência e promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 4º, IV, i)

Art. 5º Ficam determinados os seguintes critérios para a escolha dos Estados e Municípios onde serão implantados os núcleos: (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º)

I - Municípios acima de 100.000 habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º, I)

II - Estados com mais de um Município com núcleo implantado. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 5º, II)

Art. 6º As instituições acadêmicas a serem conveniadas serão escolhidas em função dos critérios de representação regional e experiência reconhecida no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias de interesse na implementação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 936/2004, Art. 6º)

ANEXO X

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Origem: PRT MS/GM 1679/2002)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. Deverá ser constituída, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional de Implantação e de Acompanhamento da RENAST, composta por integrantes da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Secretaria de Atenção à Saúde e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, conformando a rede estadual de atenção integral à saúde do trabalhador, em consonância com as diretrizes da regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, da criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e da atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 2º)

Parágrafo Único. As diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador estão definidas no Anexo 1 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º Para a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, serão organizadas e implantadas: (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º)

I - Ações na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF). (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, I)

II - Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, II)

III - Ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 3º, III)

Art. 4º As Equipes da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família serão capacitadas para a execução de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições serão estabelecidas em ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 4º)

Art. 5º As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde definirão, de forma pactuada e de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, os serviços ambulatoriais e hospitalares envolvidos na implementação de ações em saúde do trabalhador, cujas atribuições devem estar em concordância com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, definidas no Anexo 1 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 5º)

Art. 6º Em cada estado, serão organizados dois tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST): Centro de Referência Estadual, de abrangência estadual e Centro de Referência Regional, de abrangência regional, definidos por ordem crescente de complexidade e distinção de atribuições descritas no Anexo 2 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 6º)

Parágrafo Único. Os CERESTs Estaduais e Regionais deverão estar integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar, compatibilizando um Sistema de Informação Integrado, a implementação conjunta dos Projetos Estruturadores, a execução do Projeto de Capacitação, a elaboração de material institucional e comunicação permanente, de modo a constituir um sistema em rede nacional. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º O controle social da RENAST - por meio da participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais - se dará por intermédio das instâncias de controle social do SUS, conforme estabelecido na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 7º)

Art. 8º Os Centros de Referência Estaduais, em número de 27, localizados em cada capital dos respectivos Estados e do Distrito Federal e os Centros de Referência Regionais, em número de 103, localizados nos municípios-pólo, sedes de regionais de saúde do trabalhador, definidos no Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, serão ainda classificados de acordo com o seu porte, em modalidades diferenciadas, obedecendo à seguinte distribuição quantitativa, conforme se mostra na Tabela 1 e 2 do Anexo 3 do Anexo X : (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - Centro Estadual a - (8) - capitais com até 500 mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - Centro Estadual b - (7) - capitais com até 1 milhão de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

III - Centro Estadual c - (12) - capitais com mais de 1 milhão de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, III)

IV - Centro Regional a - (51) - região com até 700.000 mil habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, IV)

V - Centro Regional b - (40) - região com até 1,8 milhões de habitantes. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, V)

VI - Centro Regional c - (12) - região com mais de 1,8 milhões de habitantes (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 8º, Parágrafo Único, VI)

Art. 9º Os CERESTs existentes, assim como os novos, serão cadastrados e habilitados, de acordo com Normas estabelecidas em ato específico da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 9º)

Art. 10. Os procedimentos realizados pelos CERESTs serão informados e notificados por meio do subsistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12)

§ 1º Os gestores deverão alimentar, mensalmente, com as respectivas informações, o Banco de Dados Nacional do SIA/SUS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12, § 1º)

§ 2º A não alimentação do Banco de Dados Nacional implicará na suspensão dos repasses de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 12, § 2º)

Art. 11. A inclusão de serviços e procedimentos em saúde do trabalhador no subsistema APAC/SIA será objeto de Portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 16)

Art. 12. As secretarias de saúde dos municípios, estados e do DF adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas contidas neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 17)

Art. 13. A Secretaria de Atenção à Saúde adotará as providências necessárias ao cumprimento do disposto neste Anexo, procedendo a sua respectiva regulamentação. (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Art. 18)

CAPÍTULO II
DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

Art. 14. Este Capítulo dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas, executores de ações relacionadas com a Saúde do Trabalhador, além de instituições colaboradoras nessa área. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º)

§ 1º As ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada, em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A RENAST integra a rede de serviços do SUS, voltados à promoção, à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 2º)

§3º A implementação da RENAST dar-se-á do seguinte modo: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º)

I - estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, I)

II - inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, II)

III - implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, III)

IV - instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, IV)

V - caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 3º, V)

§ 4º A orientação para o desenvolvimento da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador está estabelecida nos Anexos 5, 6, 7 e 8 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 1º, § 4º)

Art. 15. Os Municípios Sentinela serão definidos a partir de dados epidemiológicos, previdenciários e econômicos, que indiquem fatores de riscos significativos à saúde do trabalhador, oriundos de processos de trabalho em seus territórios. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º)

§ 1º Os Municípios Sentinela devem desenvolver políticas de promoção da saúde, de forma a garantir o acesso do trabalhador às ações integradas de vigilância e de assistência, em todos os níveis de atenção do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os critérios de definição dos Municípios Sentinela serão objeto de ato normativo do Ministério da Saúde, a ser expedido após pactuação por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 2º, § 2º)

Art. 16. Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a gestão federal da RENAST, com a participação dos níveis estadual, distrital e municipal de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 3º)

Art. 17. Compete à Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde a coordenação técnica da RENAST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 4º)

Art. 18. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem adotar as providências necessárias à implementação de ações em Saúde do Trabalhador, em todos os níveis da atenção da rede pública de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 5º)

Parágrafo Único. Deverão ser consideradas como estratégias de cumprimento do disposto neste artigo a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação e certificação dos serviços e atividades que vierem a integrá-lo, bem como as diretrizes operacionais contidas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 19. As ações em Saúde do Trabalhador deverão estar inseridas expressamente nos Planos de Saúde nacional, estaduais, distrital e municipais e nas respectivas Programações Anuais. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. Deverão ser consideradas nos Planos de Saúde e nas respectivas Programações Anuais, na forma do caput, ações e indicadores para: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

I - organização de ações de atenção integral à saúde do trabalhador, compreendendo promoção, vigilância, atenção básica e serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, I)

II - inserção das ações de atenção integral à saúde do trabalhador nas redes de atenção à saúde locais e regionais; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, II)

III - qualificação em Saúde do Trabalhador, incluindo diretrizes de formação para representantes do controle social, como por exemplo, representantes de Conselhos de Saúde, sindicatos de trabalhadores e outros; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, III)

IV - promoção da Saúde do Trabalhador por meio de articulação intra e intersetorial. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 6º, Parágrafo Único, IV)

Art. 20. O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º)

§ 1º Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 1º)

§ 2º A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Os CERESTs habilitados de abrangência regional somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 3º)

§ 4º Os CERESTs não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similar, tanto do setor público quanto do privado. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 7º, § 4º)

Art. 21. O controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, dar-se-á por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas aos respectivos Conselhos. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 8º)

Art. 22. Após o cumprimento dos procedimentos para habilitação dos novos CERESTs, de acordo com a Portaria nº 598 GM/MS, de 23 de março de 2006, será encaminhada à SVS, por meio de ofício do Gestor, cópia da publicação da resolução da CIB que aprovou a implantação do CEREST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º)

§ 1º A implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor estadual do SUS, por meio de visita técnica, pela inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pela alimentação do Sistema de Informações

Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no prazo de noventa 90 (noventa) dias após o recebimento do recurso. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No Distrito Federal, a implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor distrital do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 9º, § 2º)

Art. 23. Caberá à SVS publicar portaria constando os CEREST que foram habilitados. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 12)

Art. 24. Verificado o descumprimento do prazo para implantação do CEREST, a SVS adotará as seguintes providências: (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13)

I - oficiará ao gestor do SUS responsável e à CIB, para justificar o fato, no prazo de 30 (trinta) dias do recebimento da correspondência; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, I)

II - manifestará, em 30 (trinta) dias, seu entendimento sobre a justificativa apresentada; (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, II)

III - não enviada a justificativa ou não aceita, a SVS solicitará ao Fundo Nacional de Saúde a suspensão do repasse mensal das parcelas subsequentes e comunicará a decisão aos responsáveis; e (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, III)

IV - verificada a adequação, serão retomados os repasses. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 13, IV)

Art. 25. A comprovação da aplicação do incentivo e aos repasses mensais deverá constar do Relatório Anual de Gestão, apresentando os resultados na forma da regulamentação específica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 14)

Art. 26. Os critérios de acompanhamento do funcionamento da RENAST, bem como o fluxo da informação, serão instituídos em ato normativo específico e pactuados na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 15)

Art. 27. Caberá à Secretaria de Vigilância em Saúde expedir os atos normativos específicos relativos a este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 16)

Art. 28. As atribuições e a composição de pessoal dos CERESTs serão explicitadas no Manual da RENAST. (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Art. 17)

Art. 29. Fica ampliada para 210 (duzentos e dez) a quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) passíveis de implantação no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Art. 1º)

Art. 30. A distribuição dos CEREST no território nacional passa a vigorar na forma do Anexo 4 do Anexo X . (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO X

DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 1)

DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

I. O Plano Estadual de Saúde do Trabalhador deverá ser elaborado pela Coordenação, em conjunto com os CEREST, articulado com o COSEMS e com a participação das instâncias de controle social do SUS.

II.O Plano deverá apresentar as ações assumidas diretamente por cada Estado, segundo as diretrizes apontadas abaixo. Deverá apresentar o conjunto das ações propostas por cada região/microrregião de saúde, que compõe o PDR ou esboço de regionalização de cada estado, denominados aqui de Planos Regionais de Saúde do Trabalhador, que deverão contemplar as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção - da rede básica à alta complexidade - envolvendo os diferentes gestores municipais e regionais, segundo as diretrizes apresentadas abaixo.

III. O Plano deverá estabelecer a distribuição regionalizada dos CEREST, com a indicação das regiões/microrregiões e os municípios-pólo onde estarão sediados.

IV. O Plano deverá conter a indicação, ao nível do Módulo Assistencial, das referências especializadas em saúde do trabalhador.

V. O Plano deverá apresentar a forma como se organiza o controle social do SUS.

Ações de Responsabilidade dos Estados:

• Controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, conforme mecanismos de avaliação definidos em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde;

• Definição, em conjunto com os Municípios, de mecanismos de referência e contra-referência, além de outras medidas para assegurar o desenvolvimento de ações de assistência e vigilância;

• Capacitação de recursos humanos para a realização das ações em saúde do trabalhador;

• Estabelecimento de rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados sobre saúde do trabalhador, gerados nos Municípios e no seu próprio campo de atuação e, de alimentação regular das bases de dados estaduais e municipais;

• Elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado, a partir de fontes de informação existentes e, se necessário, por intermédio de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

• Prestação de cooperação técnica aos Municípios, para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador;

• Instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional, direta ou indiretamente a eles expostos;

• Promoção de ações em saúde do trabalhador articuladas com outros setores e instituições que possuem interfaces com a Área, tais como a Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicatos, entre outros;

• Elaborar e dispor regulamentação e os instrumentos de gestão, no âmbito estadual, necessários para a operacionalização da atenção à Saúde do Trabalhador;

• Promoção da pactuação regional das ações de atenção à Saúde do Trabalhador.

Ações de Responsabilidade das Regiões e dos Municípios:

• Garantia do atendimento ao acidentado do trabalho e ao suspeito ou portador de doença profissional ou do trabalho, dentro dos diversos níveis da atenção, tendo a atenção básica e os serviços de urgência/emergência como portas de entrada no sistema, assegurando todas as condições, quando necessário, para o acesso a serviços de referência;

• Implementação da notificação dos agravos à saúde, na rede de atenção do SUS, e os riscos relacionados com o trabalho, alimentando regularmente o sistema de informações dos órgãos e serviços de vigilância, assim como a base de dados de interesse nacional;

• Estabelecimento de rotina de sistematização e análise dos dados gerados na assistência à saúde do trabalhador, de modo a orientar as intervenções de vigilância, a organização das ações em saúde do trabalhador, além de subsidiar os programas de capacitação, de acompanhamento e de avaliação;

•Implementação da emissão de laudos e relatórios circunstanciados sobre os agravos relacionados com o trabalho ou limitações (seqüelas) dele resultantes;

•Criação de mecanismos para o controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos Municípios, conforme procedimentos de avaliação definidos em conjunto com os gestores do SUS;

•Instituição e operacionalização das referências em saúde do trabalhador, capazes de dar suporte técnico especializado para o estabelecimento da relação do agravo com o trabalho, a confirmação diagnóstica, o tratamento, a recuperação e a reabilitação da saúde;

•Apoio à realização sistemática de ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho, compreendendo o levantamento e análise de informações, a inspeção sanitária nos locais de trabalho, a identificação e avaliação de situações de risco, a elaboração de relatórios, a aplicação de procedimentos administrativos e a investigação epidemiológica;

•Instituição e manutenção do cadastro atualizado de empresas classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos;

•Promoção de ações em Saúde do Trabalhador articuladas localmente com outros setores e instituições que possuem interfaces com a Área, tais como a Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Sindicatos, entre outros;

•Elaboração e disponibilização da regulamentação e dos instrumentos de gestão, no âmbito regional e municipal, necessários à operacionalização da atenção à Saúde do Trabalhador;

•Pactuação com os gestores regionais e municipais das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador.

ANEXO 2 DO ANEXO X

ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
(Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 2)

ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico, deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas

práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CEREST poderão assumir atividades que o caracterizem como porta de entrada do sistema de atenção.

Este suporte deve ainda se traduzir pela função de supervisão da rede de serviços do SUS, além de concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo a vigilância e a formação de recursos humanos.

Estruturação da Assistência de Alta e Média Complexidade:

Os CEREST Estaduais e Regionais desempenharão um papel na execução, organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde apresentados abaixo:

•Câncer ocupacional

•Agravos produzidos pelos campos eletromagnéticos

•Problemas de saúde provocados pela radiação ionizante

•Transtornos da auto-imunidade

•Mutagenicidade e teratogenicidade

•Asbestose (exposição ao amianto)

•Problemas relacionados com o trabalho em turnos

•Alterações neuro-fisiológicas relacionadas ao trabalho

•Transtornos mentais condicionados pela organização do trabalho

•Agravos produzidos pela exposição ao calor excessivo

•Agravos provocados pela exposição a agentes biológicos: vírus, bactérias, fungos entre outros.

•Intoxicação crônica por metais pesados

•Exposição crônica aos solventes orgânicos

•Agravos produzidos por agrotóxicos

•Dermatoses ocupacionais

•Efeitos auditivos e não auditivos produzidos pelo ruído

•Pneumoconioses

•LER/DORT

Deve ficar claro que esta relação não contempla o conjunto dos problemas de saúde relacionados ao trabalho. Uma relação mais completa das Doenças Relacionadas ao Trabalho consta da Portaria GM/MS Nº 1339, de 18 de novembro de 1999.

Estruturação do Suporte Técnico e do Processo de Qualificação de Recursos Humanos da rede de serviços do SUS:

Serão criados dois tipos de CEREST - os CEREST Estaduais e Regionais - definidos por ordem crescente de porte, complexidade e de abrangência populacional. As atribuições destes Centros são distintas, conforme se apresenta abaixo:

CEREST Estaduais:

•Desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador e do meio ambiente, atuando em conjunto com outras unidades e instituições, publicas ou privadas, de ensino e pesquisa ou que atuem em áreas afins à saúde e ao trabalho.

•Promover programas de formação, especialização e qualificação de recursos humanos na área de saúde do trabalhador.

•Dar suporte técnico para o aperfeiçoamento de práticas assistenciais interdisciplinares em saúde do trabalhador, organizada na forma de projetos de intervenção.

•Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho; promoção de eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais.

•Atuar em articulação com os Centros de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e com unidades e órgãos afins, nas atividades de normatização relativas à prevenção de agravos à saúde decorrentes do trabalho e de vigilância sanitária e epidemiológica em saúde do trabalhador.

•Promover, em conjunto com os órgãos competentes dos municípios, a definição de critérios de:

•Avaliação para controle da qualidade das ações de saúde do trabalhador desenvolvidas no âmbito municipal;

•Referência e contra-referência e outras medidas que assegurem o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador e do meio ambiente;

•Cooperação técnica para o desenvolvimento das ações e pesquisas em saúde do trabalhador e do meio ambiente;

•Produzir informações para subsidiar proposições de políticas na área de saúde do trabalhador.

•Desenvolver programas de educação em saúde sobre questões da relação saúde-trabalho para a população em geral.

•Promover o intercâmbio técnico-científico com instituições nacionais, internacionais e estrangeiras.

•Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o processo de preparação, organização e operacionalização do Programa Estadual de Qualificação Pessoal em Saúde do Trabalhador, estabelecido nesta portaria.

•Em conjunto com os gestores estaduais, coordenar o Programa de Acompanhamento e Avaliação da implantação da RENAST.

•Em conjunto com os gestores estaduais, participar do processo de elaboração, implantação e operacionalização do Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador junto aos municípios, nas diversas regiões do estado.

•Prestar suporte técnico para os municípios executarem a pactuação regional, afim de garantir, em toda a área do estado, o atendimento aos casos de doenças relacionadas ao trabalho.

•Participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: Vigilância em Saúde, PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

CEREST Regionais:

•Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o atendimento, de forma integral e hierarquizada, aos casos suspeitos de Doenças Relacionadas ao Trabalho, para estabelecer a relação causal entre o quadro clínico e o trabalho.

•Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o diagnóstico e o tratamento das Doenças Relacionadas ao Trabalho, o que inclui a realização de exames complementares, podendo incluir vistorias sanitárias aos locais de trabalho.

•Suporte técnico especializado para a rede de serviços do SUS efetuar o registro, notificação e relatórios sobre os casos atendidos e o encaminhamento destas informações aos órgãos competentes visando ações de vigilância e proteção à saúde.

•Suporte técnico às ações de vigilância, de média e alta complexidade, a ambientes de trabalho, de forma integrada às equipes e serviços de vigilância municipal e/ou estadual.

•Retaguarda técnica aos serviços de vigilância epidemiológica para o processamento e análise de indicadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho, em sua área de abrangência.

•Ações de promoção à Saúde do Trabalhador, incluindo ações integradas com outros setores e instituições, tais como Ministério do Trabalho, Previdência Social, Ministério Público, entre outros.

•Participar, no âmbito do seu território de abrangência, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção: PSF, Unidades Básicas, Ambulatórios, Pronto-Socorros, Hospitais Gerais e Especializados.

Recursos Humanos dos CEREST - Estadual e Regional:

Os recursos humanos dispostos em cada Equipe dos CEREST deverão ser dimensionados e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite, tendo como parâmetros mínimos de composição, considerando carga horária mínima de 20 horas:

Modalidade	Dimensão da Equipe Mínima	Recursos Humanos Mínimos
CEREST Regional a	8	Pelo menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhz auxiliar de enfermagem, 1 profissional de nível médio (*) e 3 profissionais c superior (**).
CEREST Regional b	10	Equipe do CEREST Regional a + 1 profissional de nível superior, 1 profissi nível médio.
CEREST Regional c	15	Equipe do CEREST Regional b + 2 profissionais de nível superior, 2 profiss nível médio.

CEREST Estadual a	10	2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxili enfermagem, 3 profissionais de nível médio, 5 profissionais de nível superi
CEREST Estadual b	15	Equipe do CEREST Estadual a + 2 profissionais de nível médio, 2 profissic nível superior.
CEREST Estadual c	20	Equipe do CEREST Estadual b + 2 profissionais de nível médio, 1 profissic nível superior.

(*) - Profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador: auxiliar de enfermagem, técnico de higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivistas.

(**) - Profissional de nível superior, com formação em saúde do trabalhador: médicos generalistas, médico do trabalho, médicos especialistas, sanitaristas, engenheiro, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, advogado.

ANEXO 3 DO ANEXO X

TABELAS DE DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 1679/2002, Anexo 3)

Tabelas de Distribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO CONSOLIDADA DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - ESTADUAIS E REGIONAIS

Regiões/Estados	População	CEREST Regional a	CEREST Regional b	CEREST Regional c	CEREST Estadual a	CEREST Estadual b	CERES Estadual
NORTE	13.504.612	3	1	-	5	-	2
Rondônia	1.431.776	-	-	-	1	-	-
Acre	586.945	-	-	-	1	-	-
Amazonas	2.961.804	-	-	-	-	-	1
Roraima	346.866	-	-	-	1	-	-
Amapá	516.514	-	-	-	1	-	-
Pará	6.453.699	3	1	-	-	-	1
Tocantins	1.207.008	-	-	-	1	-	-
NORDESTE	48.845.219	15	3	-	1	5	3
Maranhão	5.803.283	1	-	-	-	1	-
Piauí	2.898.191	-	-	-	-	1	-
Ceará	7.654.540	3	-	-	-	-	1
R.G. Norte	2.852.800	1	-	-	-	1	-
Paraíba	3.494.965	1	-	-	-	1	-
Pernambuco	8.084.722	3	1	-	-	-	1
Alagoas	2.887.526	-	-	-	-	1	-
Sergipe	1.846.042	-	-	-	1	-	-
Bahia	13.323.150	6	2	-	-	-	1
SUDESTE	74.447.443	20	28	11	1	-	3
Espírito Santo	3.201.712	3	-	-	1	-	-
Minas Gerais	18.343.518	7	5	-	-	-	1
Rio de Janeiro	14.724.479	4	2	4	-	-	1
São Paulo	38.177.734	6	21	7	-	-	1
SUL	25.734.111	11	7	1	1	-	2
Paraná	9.797.965	5	1	-	-	-	1
Santa Catarina	5.527.718	1	1	-	1	-	-
R.G.do Sul	10.408.428	5	5	1	-	-	1
CENTRO-OESTE	12.101.547	3	-	-	-	2	2
Mato Grosso	2.000.000	1	-	-	-	1	-
M. G. do Sul	2.140.620	-	-	-	-	1	-
Goiás	7.000.000	2	-	-	-	-	1
Distrito Federal	2.097.447	-	-	-	-	-	1
TOTAL	174.632.932	52	39	12	8	7	12

Tabela 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR NAS CAPITAIS

Regiões/Estados	Capitais	População	CEREST a	CEREST b	CEREST c
NORTE	-	4.008.915	5	-	2
Rondônia	Porto Velho	342.264	1	-	-
Acre	Rio Branco	261.430	1	-	-
Amazonas	Manaus	1.451.958	-	-	1
Roraima	Boa Vista	208.514	1	-	-
Amapá	Macapá	295.898	1	-	-
Pará	Belém	1.304.314	-	-	1
Tocantins	Palmas	144.546	1	-	-
NORDESTE	Capitais	10.932.137	1	5	3
Maranhão	São Luís	889.129	-	1	-
Piauí	Teresina	728.881	-	1	-
Ceará	Fortaleza	2.183.612	-	-	1
R.G. Norte	Natal	722.144	-	1	-
Paraíba	João Pessoa	607.441	-	1	-
Pernambuco	Recife	1.437.190	-	-	1
Alagoas	Maceió	817.444	-	1	-
Sergipe	Aracajú	468.297	1	-	-
Bahia	Salvador	2.485.702	-	-	1
SUDESTE	Capitais	28.163.324	1	-	3
Espírito Santo	Vitória	296.012	1	-	-
Minas Gerais	Belo Horizonte	2.258.857	-	-	1
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	5.897.485	-	-	1
São Paulo	São Paulo	10.499.133	-	-	1
SUL	Capitais	3.345.933	1	-	2
Paraná	Curitiba	1.620.219	-	-	1
Santa Catarina	Florianópolis	352.401	1	-	-
R.G.do Sul	Porto Alegre	1.373.313	-	-	1
CENTRO-OESTE	Capitais	2.283.797	-	2	2
Mato Grosso	Cuiabá	492.894	-	1	-
M. G. do Sul	Campo Grande	679.281	-	1	-
Goiás	Goiânia	1.111.622	-	-	1
Distrito Federal	Brasília	2.097.447	-	-	1
TOTAL	Capitais	48.734.106	8	7	12

ANEXO 4 DO ANEXO X

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 2978/2011, Anexo 1)

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

REGIOES/ESTADOS/DF	Número de novos CEREST	TOTAL
NORTE	2	21
Rondônia	1	3
Acre		1*
Amazonas		3
Roraima	1	3
Amapá		2
Pará		6*
Tocantins		3
NORDESTE	2	58

Maranhão		5
Piauí	1	5
Ceará	1	9
Rio Grande do Norte		4
Paraíba		4
Pernambuco		9
Alagoas		4
Sergipe		3
Bahia		15
SUDESTE	1	83
Espírito Santo		5
Minas Gerais	1	20
Rio de Janeiro		16
São Paulo		42
SUL		29
Paraná		10
Santa Catarina		7
Rio Grande do Sul		12
CENTRO-OESTE	5	19
Mato Grosso	2	5
Mato Grosso do Sul	1	4
Goiás	2	7
Distrito Federal		3
TOTAL	10**	210

(*) Dentro do número de CEREST cuja implantação já estava autorizada desde a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, o Estado do Acre perde um CEREST passível de implantação, que será recebido pelo Estado do Pará, que passa de 5 para 6 CEREST.

(**) A ampliação por Estados dar-se-á mediante os pleitos pactuado nas CIBs, aprovados pelo Ministério da Saúde, com enfoque nas necessidades de atenção à população do campo e da floresta.

ANEXO 5 DO ANEXO X

FUNÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 1)

Funções do Ministério da Saúde na gestão da RENAST

O Ministério da Saúde, na gestão nacional da RENAST, deve atuar na definição das diretrizes, na regulação e pactuação das ações e no apoio político, financeiro e técnico, com as seguintes incumbências:

I - elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada pela CIT;

II - coordenar a RENAST com a participação das esferas estaduais e municipais de gestão do SUS;

III - elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;

IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência, Rede Hospitalar, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental;

V - assessorar os Estados na realização de ações de alta complexidade, quando solicitados;

VI - definir acordos e cooperação técnica com instituições afins com a Saúde do Trabalhador para capacitação e apoio à pesquisa na área;

VII - definir rede de laboratórios de análises químicas e toxicológicas como referências regionais ou estaduais;

VIII - definir a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito nacional;

IX - definir o financiamento federal para as ações de Saúde do Trabalhador, garantindo repasses regulares fundo a fundo;

X - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e

XI - promover a articulação intersetorial com os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e outros, com vistas a fortalecer o modelo de atenção integral a saúde dos trabalhadores.

ANEXO 6 DO ANEXO X

FUNÇÕES DAS SECRETARIAS DE SAÚDE ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 2)

Funções das Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal na gestão da RENAST

As Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal devem definir diretrizes, regular e pactuar ações de Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos Municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências:

I - elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar n a CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo;

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de Saúde do Trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respectivo;

III - contribuir na elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não-governamentais;

IV - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

V - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;

VI - implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB;

VII - assessorar os CERESTs, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de Saúde do Trabalhador, no seu âmbito respectivo;

VIII - definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber;

IX - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;

X - articular e capacitar, em parceria com os Municípios e com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção básica e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigidas à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas;

XII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;

XIII - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de laboratórios de análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador;

XIV - pactuar na CIB a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;

XV - propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, a ser seguidas para a atenção integral dos trabalhadores usuários do SUS, a ser aprovada pela CIB;

XVI - propor os fluxos de referência e contra-referência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado na CIB;

XVII - propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a ser aprovada na CIB; e

XVIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal.

ANEXO 7 DO ANEXO X

FUNÇÕES DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA GESTÃO DA RENAST (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 3)

Funções das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da RENAST

As Secretarias Municipais de Saúde devem definir diretrizes, regular, pactuar e executar as ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do respectivo Município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências:

I - realizar a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades, e incluídas no Plano Municipal de Saúde;

II - atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;

III - articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;

IV - informar a sociedade, em especial os trabalhadores, as CIPAs e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;

V - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

VI - inserir as ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;

VII - executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;

VIII - definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do Município;

IX - tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em Saúde do Trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário;

X - estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;

XI - propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à Saúde do Trabalhador, a ser aprovado no nível municipal;

XII - realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social; e

XIII - participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Município.

ANEXO 8 DO ANEXO X

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (Origem: PRT MS/GM 2728/2009, Anexo 4)

DISTRIBUIÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

REGIOES/ESTADOS/DF	Número de novos CEREST	TOTAL
NORTE	2	21
Rondônia	1	3
Acre		1*
Amazonas		3
Roraima	1	3
Amapá		2
Pará		6*
Tocantins		3
NORDESTE	2	58
Maranhão		5
Piauí	1	5
Ceará	1	9
Rio Grande do Norte		4
Paraíba		4
Pernambuco		9
Alagoas		4

Sergipe		3
Bahia		15
SUDESTE	1	83
Espírito Santo		5
Minas Gerais	1	20
Rio de Janeiro		16
São Paulo		42
SUL		29
Paraná		10
Santa Catarina		7
Rio Grande do Sul		12
CENTRO-OESTE	5	19
Mato Grosso	2	5
Mato Grosso do Sul	1	4
Goiás	2	7
Distrito Federal		3
TOTAL	10**	210

ANEXO XI

Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM) (Origem: PRT MS/GM 2647/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 1º)

Art. 2º A REBRACIM é uma rede de centros colaboradores no País voltada para execução de serviços e atividades direcionadas à produção e à difusão de informação sobre medicamentos, visando ao uso racional dessas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para os fins deste Anexo, entende-se por informação sobre medicamento a provisão de informação imparcial, bem referenciada e criticamente avaliada sobre qualquer aspecto referente aos medicamentos, considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - indicação de uso; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - posologia; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - administração ou modo de uso; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - farmacologia geral; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - farmacocinética e farmacodinâmica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - reconstituição, diluição e estabilidade e compatibilidade físico-química; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - reações adversas; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - interações medicamentosas e alimentares; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - teratogenicidade; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

X - farmacoterapia de eleição; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, X)

XI - conservação e armazenamento; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XI)

XII - toxicologia; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XII)

XIII - disponibilidade no mercado; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XIII)

XIV - farmacotécnica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XIV)

XV - legislação; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XV)

XVI - eficácia; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XVI)

XVII - segurança, tais como precauções, contraindicações, reações adversas e erros de medicação. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 2º, Parágrafo Único, XVII)

Art. 3º A REBRACIM adotará os princípios da Política Nacional de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica, visando à promoção do uso racional de medicamentos entre profissionais de saúde e usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 3º)

Art. 4º São objetivos da REBRACIM: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º)

I - prestar informações sobre medicamentos aos profissionais de saúde, usuários e gestores do SUS, como forma de subsidiar, tecnicamente, o processo de atenção à saúde prestada ao paciente, aumentando a segurança e a qualidade do serviço; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, I)

II - subsidiar as Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) dos serviços de saúde municipais, distrital e estaduais nas demandas de informação sobre medicamentos para elaboração das respectivas relações de medicamentos essenciais, formulários terapêuticos e protocolos clínicos, além de dar suporte à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no que se refere à seleção de informação para subsidiar as suas decisões; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, II)

III - produzir, divulgar e disseminar materiais informativos sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, III)

IV - promover a educação continuada de profissionais de saúde acerca da informação sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, IV)

V - trabalhar de forma articulada com as Instituições de Ensino Superior para formação de profissionais para o serviço de informação sobre medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, V)

VI - fortalecer a temática da informação sobre medicamentos para o uso racional nos currículos de graduação e pós-graduação da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VI)

VII - promover a articulação intersetorial para o fomento de projetos de pesquisa em estudos de utilização de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VII)

VIII - contribuir com o Sistema Nacional de Farmacovigilância e com o Programa Nacional de Segurança do Paciente no tocante à segurança na utilização de medicamentos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, VIII)

IX - fomentar a participação da sociedade nas ações de vigilância e atenção à saúde, voltadas para a informação sobre medicamentos, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular e à mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 4º, IX)

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II)

Art. 5º A REBRACIM é uma iniciativa de caráter técnico científico, com natureza e fins não lucrativos, dedicada à promoção do uso racional de medicamentos, constituída pelos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos em funcionamento no Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 5º)

Art. 6º A REBRACIM será composta por: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º)

I - Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, I)

II - Grupos Executivos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, II)

III - Secretaria Técnica. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 6º, III)

Seção I
Do Comitê Gestor
(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 7º O Comitê Gestor da REBRACIM é constituído por um representante de cada um dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I)

a) DAF/SCTIE/MS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, a)

b) Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, b)

c) Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, I, c)

II - Comitê Nacional Para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, III)

§ 1º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no prazo de 15 (quinze) dias contado da data de publicação da Portaria nº 2647/GM/MS, de 04 de novembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 7º, § 2º)

Art. 8º Fica assegurada a participação no Comitê Gestor da REBRACIM de um representante das seguintes entidades e instâncias: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º)

I - Unidade de Medicamentos e Tecnologia da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, I)

II - Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, II)

III - Associação Brasileira de Centros de Informação Toxicológica (ABRACIT); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, III)

IV - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH); (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, IV)

V - Conselho Federal de Farmácia (CFF); e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, V)

VI - Coordenação dos Grupos Executivos da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, VI)

§ 1º Cada representante titular terá um suplente, que o substituirá em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º A participação de cada uma das entidades e instâncias de que trata o "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e suplentes das entidades de que tratam os incisos I a V do "caput" serão indicados pelos seus dirigentes máximos ao Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde no prazo de 15 (quinze) dias contado do recebimento do respectivo convite. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Os representantes da Coordenação dos Grupos Executivos da REBRACIM serão definidos nos termos do regimento interno da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 8º, § 4º)

Art. 9º Ao Comitê Gestor da REBRACIM compete: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º)

I - elaborar e propor alterações do regimento interno da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer eixos prioritários relacionados à promoção do uso racional de medicamentos, que apoiem a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, II)

III - planejar as ações e atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, III)

IV - elaborar o plano de trabalho anual da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, IV)

V - apoiar a produção e a disseminação de material técnico e educativo sobre o uso racional de medicamentos no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, V)

VI - propor a criação de Grupos Executivos, além dos já definidos neste Anexo, e de Grupos de Trabalho sempre que necessários ao cumprimento das finalidades da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. O Comitê Gestor da REBRACIM poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 10)

Seção II
Dos Grupos Executivos
(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 11. A REBRACIM é composta pelos seguintes Grupos Executivos, de caráter permanente: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11)

I - Grupo Executivo de Gestão da informação; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, I)

II - Grupo Executivo de Educação para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, II)

III - Grupo Executivo de Ensino e Pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, III)

§ 1º Os objetivos, metas, representantes e os coordenadores dos Grupos Executivos de que trata o "caput" serão definidos no regimento interno da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º O Comitê Gestor poderá propor ao Ministro de Estado da Saúde, após aprovação pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a criação de Grupos Executivos de caráter temporário e Grupos de Trabalho, sempre que necessário ao cumprimento das finalidades da REBRACIM. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 11, § 2º)

Seção III
Da Secretaria Técnica
(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 12. O DAF/SCTIE/MS exercerá a função de Secretaria Técnica da REBRACIM, com as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12)

I - apoiar as atividades dos Grupos Executivos e Grupos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, I)

II - praticar os atos de gestão administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, II)

III - sistematizar as informações relativas às atividades da REBRACIM; (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, III)

IV - gerenciar o endereço eletrônico da REBRACIM e demais meios de comunicação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, IV)

V - promover o apoio técnico aos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos, assegurando a qualidade dos serviços. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 12, V)

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 2647/2013, CAPÍTULO III)

Art. 13. As funções exercidas pelos membros e participantes da REBRACIM não serão remuneradas e serão consideradas de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 13)

Art. 14. As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 14)

Art. 15. A REBRACIM será composta inicialmente pelos membros descritos no Anexo 1 do Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 15)

Art. 16. As regras de organização e funcionamento da REBRACIM serão definidas em regimento interno, a ser elaborado pelo Comitê Gestor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 2647/GM/MS, de 04 de novembro de 2013. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. A proposta de regimento interno e suas alterações serão submetidas à aprovação e à edição pelo Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 17. A inclusão e permanência de membros na REBRACIM dependerá do atendimento de critérios a serem estabelecidos no seu regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Art. 17)

ANEXO 1 DO ANEXO XI
INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA REDE BRASILEIRA DE CENTROS E SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS (REBRACIM) (Origem: PRT MS/GM 2647/2013, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA REDE BRASILEIRA DE CENTROS E SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS (REBRACIM)

1. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital de Clinicas de Porto Alegre (RS);

2. Centro de Informações sobre Medicamentos do Rio Grande do Sul;

3. Centro de Informações sobre Medicamentos da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (RS);

4. Centro de Informação sobre Medicamentos do Complexo- Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (UFBA);

5. Centro de Informação sobre Medicamentos da Bahia da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia;

6. Centro de Informação de Medicamentos do Conselho Regional de Farmácia da Bahia;

7. Centro de Informação de Medicamentos da Paraíba do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB);

8. Centro de Informações de Medicamentos da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)/Fundação Assistencial da Paraíba;

9. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal em Mato Grosso (UFMT);

10. Serviço de Informação e Segurança de Medicamentos do Hospital Israelita Albert Einstein;

11. Centro de Informações sobre Medicamentos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SP);

12. Centro de Informações sobre medicamentos da Universidade Paranaense (UNIPAR) / Instituto Nossa Senhora Aparecida;

13. Centro Regional de Informação de Medicamentos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ);

14. Centro de Apoio a Terapia Racional pela Informação de Medicamentos da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF);

15. Centro de Informação sobre Medicamentos do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC);

16. Centro de Informação sobre Medicamentos da Prefeitura de Fortaleza (CE);

17. Centro de Estudos e Informação sobre Medicamentos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará;

18. Serviço de Informações de Medicamentos da Amazônia do Centro Universitário do Pará (CESUPA);

19. Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos do Conselho Federal de Farmácia (CFF);

20. Serviço de Informações sobre Medicamentos do Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília (UnB); >

21. Centro de Estudos do Medicamento da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);

22. Centro de Informações sobre Medicamentos do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU);

23. Centro de Informações sobre Medicamentos de Santa Catarina da Universidade Vale do Itajaí (UNIVALI); e

24. Centro de Informação sobre Medicamentos do Conselho Regional de Farmácia do Paraná.

ANEXO XII

Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS) (Origem: PRT MS/GM 2970/2009)

Art. 1º Ficam instituídos a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º)

I - compartilhar informações e conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, I)

II - buscar soluções para problemas de interesse comum; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, II)

III - difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional em saúde, prioritariamente para os trabalhadores do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, III)

IV - promover a articulação das instituições de educação profissional em saúde no país, para ampliar sua capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 1º, IV)

Art. 2º Compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS as instituições relacionadas no Anexo 1 do Anexo XII - Quadro das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS, que têm as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º)

I - Quanto à gestão: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I)

a) descentralização curricular (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, a)

b) processo administrativo centralizado (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, b)

c) atuação multiprofissional (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, I, c)

II - Quanto ao modelo pedagógico: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II)

a) eixo metodológico que contemple a integração ensino-serviço: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, a)

b) adequação do currículo ao contexto regional (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, b)

c) utilização pedagógica dos espaços de trabalho (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, c)

d) avaliação de desempenho com supervisão e acompanhamento pedagógico (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, d)

e) docência exercida no campo de trabalho por profissional de nível superior qualificado pedagogicamente (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, e)

f) princípios e diretrizes do SUS como norteadores dos planos de cursos. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, II, f)

Parágrafo Único. Poderão ser admitidas, na RETSUS, outras instituições públicas formadoras, mediante aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, obedecendo aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - ser pública, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - estar vinculada à gestão do SUS, seja com vínculo direto com a SES ou a SMS ou cogestão; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - ser legalmente criada, o que deve ser comprovado mediante lei ou decreto de criação da escola; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - estar autorizada pelo sistema formal de ensino, o que deve ser comprovado mediante resolução do Conselho Estadual de Educação. Para se manter na Rede, a escola deverá também apresentar ato de reconhecimento, de acordo com a periodicidade determinada pela Legislação Educacional Estadual, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - ser referendada pelo CGR ou CIB, segundo área de abrangência, devendo ser comprovada em ata que indique suas fontes de financiamento, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - ter como eixo orientador do projeto político-pedagógico os princípios do SUS, tomando por base a integração ensino-serviço-comunidade; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - comprovar, pelo Regimento Interno, possuir as características inerentes às Escolas Técnicas do SUS - ETSUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

Art. 3º O funcionamento da RETSUS contará com a seguinte estrutura: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º)

I - Comissão Geral de Coordenação que fará a condução político-administrativa da RETSUS, inclusive com a aprovação e o acompanhamento de seu Plano de Trabalho Anual; e (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, I)

II - Secretaria Técnica, indicada pela Comissão Geral de Coordenação, fará o apoio técnico e administrativo para o funcionamento da RETSUS, inclusive para a elaboração e implementação de seu Plano Anual de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, II)

§ 1º A Comissão Geral de Coordenação da RETSUS será constituída por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e instituições: (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º)

I - Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, I)

II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, III)

IV - Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/Representação do Brasil, e, (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, IV)

V - Representante das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) de cada uma das cinco regiões brasileiras; (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 1º, V)

§ 2º A Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS coordenará a Comissão Geral de Coordenação da RETSUS. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do DEGES/SGTES/MS, bem como os Estados e os Municípios que possuem ETSUS na sua estrutura organizacional, apoiarão a RETSUS com recursos técnicos e financeiros necessários para a efetiva execução do Plano de Trabalho Anual. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 4º)

Parágrafo Único. A OPAS contribuirá para a execução do Plano de Trabalho acima referido, conforme o estabelecido na programação de cooperação técnica da Representação do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Art. 4º, Parágrafo Único)

ANEXO 1 DO ANEXO XII

QUADRO DAS ESCOLAS TÉCNICAS E CENTROS FORMADORES DO SUS (Origem: PRT MS/GM 2970/2009, Anexo 1)

Quadro das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS.

AC Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha

AL Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora

AM Escola de Formação Profissional Enfermeira Sanitarista Francisca Saavedra

BA Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis

CE Escola de Saúde Pública do Ceará

CE Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia;

CE Escola de Saúde Pública de Iguatú

DF Escola Técnica de Saúde de Brasília

ES Núcleo de Educação e Formação em Saúde

ES Escola Técnica Professora Ângela Maria Campos da Silva

GO Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás

MA Escola Técnica do SUS Drª Maria Nazareth Ramos de Neiva

MG Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

MG Escola Técnica de Saúde da Unimontes

MS Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão

MT Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso

PA Escola Técnica do SUS

PB Centro Formador de Recursos Humanos

PE Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco

PI Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luiz Barbosa Cortez

PR Centro Formador de RH Caetano Munhoz da Rocha

RJ Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos

RJ Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

RN Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr Manoel da Costa Souza

RO Centro de Educação Técnico-Profissional da Área de Saúde de Rondônia

RR Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima

RS Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul

SC Escola de Formação em Saúde/EFOS

SC Escola Técnica de Saúde de Blumenau

SE Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe

SE Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS)

SP Centro Formador de Osasco

SP Centro Formador de Pessoal de Nível Médio para Área da Saúde de São Paulo

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde - Franco da Rocha

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Araraquara

SP Centro Formador de Pessoal para a Saúde de Assis

SP Centro Formador de RH de Pessoal de Nível Médio para a Saúde

SP Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo

TO Escola Técnica de Saúde do Tocantins

ANEXO XIII

Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS) (Origem: PRT MS/GM 176/2006)

Art. 1º Fica instituída a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º)

I - estimular a elaboração de projetos de formação e capacitação em consonância com as reais necessidades do SUS; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, I)

II - incentivar a realização de programas de cooperação técnica entre as instituições formadoras e as diversas instâncias de gestão do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, II)

III - viabilizar a execução de projetos de pesquisas na área de formação e de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 1º, III)

Art. 2º Poderão integrar a REGESUS as escolas de saúde pública e as instituições públicas de ensino superior que tenham desenvolvido competências nas áreas de formação e, de capacitação de pessoal para a gestão estratégica do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 2º)

Art. 3º Para integrar a REGESUS a instituição de ensino deverá manifestar seu interesse por meio de carta de intenção dirigida à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), especificando o âmbito de sua atuação, observada a previsão do art. 1º. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º)

§ 1º Deverão constar da carta de intenção as descrições do perfil da instituição e dos currículos do seu quadro profissional envolvido nas atividades do seu âmbito de atuação, assim como um relato de sua produção acadêmica dos últimos 5 (cinco) anos e uma declaração de que as ações desenvolvidas em proveito da REGESUS integrarão o conjunto de suas atividades permanentes. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A instituição de ensino deverá autorizar, prévia e expressamente, a disponibilização dos produtos de sua atividade pela REGESUS, além de se comprometer com a criação e a manutenção de meio eletrônico para divulgação de sua produção na internet. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º A REGESUS será administrada por um Comitê Gestor, composto por representantes das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º)

I - Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, I)

II - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, II)

III - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, III)

Parágrafo Único. O Comitê Gestor contará com uma Secretaria Técnica vinculada à Fundação Oswaldo Cruz. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º Compete ao Comitê-Gestor da REGESUS: (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º)

I - deferir ou não as solicitações de adesão à REGESUS; (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, I)

II - subsidiar o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nas decisões referentes às demandas formuladas pelos integrantes da REGESUS; e (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, II)

III - contribuir com proposições para a divulgação e a consolidação da REGESUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, III)

Parágrafo Único. As decisões do Comitê-Gestor deverão sempre considerar as necessidades de formação e de desenvolvimento de tecnologias de gestão para os níveis técnico-administrativo e político-institucional das instituições públicas de saúde nos diferentes contextos loco-regionais do SUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde propiciará os recursos necessários para o funcionamento da REGESUS, inclusive no que se refere à comunicação permanente entre os seus integrantes, por meio de foros presenciais e/ou meios eletrônicos. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 6º)

Art. 7º O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde expedirá os atos normativos complementares necessários ao regular funcionamento da REGESUS. (Origem: PRT MS/GM 176/2006, Art. 7º)

ANEXO XIV

Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) (Origem: PRT MS/GM 2915/2011)

Art. 1º Fica instituída a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 1º)

Parágrafo Único. A REBRATS adotará os princípios da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), orientando-se pelo compromisso ético e social de melhorar as condições de saúde da população brasileira. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 1º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I
DA NATUREZA E OBJETIVOS
(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO I)

Art. 2º A REBRATS é uma rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País voltada à geração e à síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil e no âmbito internacional. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º)

Parágrafo Único. A ATS é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde e das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias em saúde, considerando-se os seguintes aspectos: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - segurança; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - acurácia; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

III - eficácia; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, III)

IV - efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, IV)

V - custos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, V)

VI - custo-efetividade; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VI)

VII - impacto orçamentário; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VII)

VIII - equidade; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, VIII)

IX - impactos éticos, culturais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, IX)

Art. 3º A visão estratégica da REBRATS é a busca por qualidade e excelência na conexão entre pesquisa, política e gestão, por meio da elaboração de estudos de avaliação de tecnologias em saúde, nas fases de incorporação, monitoramento e exclusão de tecnologias no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 3º)

Art. 4º São objetivos da REBRATS: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º)

I - produzir e disseminar estudos e pesquisas prioritárias no campo de ATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, I)

II - padronizar metodologias; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, II)

III - validar e atestar a qualidade dos estudos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, III)

IV - promover capacitação profissional na área; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, IV)

V - estabelecer mecanismos para monitoramento de tecnologias novas e emergentes. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, V)

§ 1º Os processos de avaliação de tecnologias ocorrerão de modo transparente, independente e com rigor metodológico, para a garantia de qualidade e excelência dos produtos da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deve ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população, explicitando-se a existência de conflitos de interesse. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 4º, § 2º)

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO II)

Art. 5º A REBRATS será formada por entidades que tenham entre suas finalidades institucionais a realização de atividades relacionadas à avaliação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 5º)

Art. 6º A REBRATS será composta por: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º)

I - Comitê Executivo; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º, I)

II - Grupos de Trabalho. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 6º, II)

Art. 7º O apoio técnico e administrativo à REBRATS será exercido pelo DECIT/SCTIE/MS, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º)

I - apoiar as atividades dos Grupos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, I)

II - praticar todos os atos de gestão técnica e administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, II)

III - sistematizar as informações relativas às atividades da REBRATS; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, III)

IV - manter e atualizar o endereço eletrônico da REBRATS na internet. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 7º, IV)

Seção I
Do Comitê Executivo
(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Seção I)

Art. 8º O Comitê Executivo da REBRATS será constituído por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º)

I - Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, I)

II - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, II)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, III)

IV - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, V)

VI - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VI)

VII - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VII)

VIII - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, VIII)

IX - Coordenadores dos Grupos de Trabalho (GT) da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, IX)

X - Coordenador do Comitê Gestor da Rede Nacional de Pesquisa Clínica; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, X)

XI - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XI)

XII - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XII)

XIII - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XIII)

XIV - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XIV)

XV - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 8º, XV)

Art. 9º O Comitê Executivo será coordenado pelo representante do DECIT/SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 9º)

Art. 10. Ao Comitê Executivo compete: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10)

I - elaborar o Regimento Interno da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, I)

II - estabelecer eixos prioritários relacionados à ATS, que apoiem a implementação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, II)

III - planejar as ações e atividades da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, III)

IV - estimular a integração das instituições-membro; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, IV)

V - definir os critérios de inclusão ou exclusão de membros; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, V)

VI - elaborar o plano de trabalho anual da REBRATS; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VI)

VII - apoiar a produção, a disseminação e o uso de ATS no âmbito do SUS e da saúde suplementar; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VII)

VIII - propor a criação de novos Grupos de Trabalho, além dos já definidos neste Anexo, sempre que necessário ao cumprimento das finalidades da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 10, VIII)

Art. 11. O Comitê Executivo poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 11)

Art. 12. A composição e o funcionamento da REBRATS serão definidos pelo Regimento Interno, a ser publicado no prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados da data da publicação da Portaria nº 2915/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12)

§ 1º O Regimento Interno da REBRATS definirá, dentre outras matérias: (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º)

I - os critérios de inclusão e exclusão de novos membros; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, I)

II - os objetivos, as atribuições, os representantes e os coordenadores dos Grupos de Trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, II)

III - o fluxo de trabalho para realização dos estudos de interesse público. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 1º, III)

§ 2º Enquanto não for aprovado o Regimento Interno, a REBRATS será composta pelos órgãos e entidades nominados no Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 12, § 2º)

Seção II
Dos Grupos de Trabalho
(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Seção II)

Art. 13. A REBRATS conterá os seguintes Grupos de Trabalho (GT): (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13)

I - Priorização e Fomento de Estudos; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, I)

II - Desenvolvimento e Padronização Metodológica; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, II)

III - Capacitação Profissional; (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, III)

IV - Monitoramento do Horizonte Tecnológico (MHT); e (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, IV)

V - Disseminação dos Estudos e Comunicação. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, V)

§ 1º Os objetivos, as atribuições, os representantes e os coordenadores dos Grupos de Trabalho serão definidos pelo regimento interno da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Comitê Executivo poderá propor a criação de outros GTs para o cumprimento das finalidades institucionais da REBRATS. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 13, § 2º)

CAPÍTULO III
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, CAPÍTULO III)

Art. 14. As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 14)

Art. 15. As atividades realizadas no âmbito da REBRATS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Art. 15)

ANEXO 1 DO ANEXO XIV
INSTITUIÇÕES-MEMBRO DA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - REBRATS
(Origem: PRT MS/GM 2915/2011, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES-MEMBRO DA REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE - REBRATS

INSTITUTOS DE ENSINO E PESQUISA:

1.Centro Cochrane do Brasil da Universidade Federal de São Paulo;

2.Centro Paulista de Economia da Saúde da Universidade Federal de São Paulo;

3.Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia;

4.Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

5.Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

6.Programa de Engenharia Biomédica do Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia/COPPE/UFRJ;

7.Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro;

8.Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;

9.Departamento de Farmácia Social da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais;

10.Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração;

11.Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ;

12.Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde/FIOCRUZ;

13.Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás;

14.Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília;

15.Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco;

INSTITUIÇÕES GESTORAS:

1. Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT/SCTIE/MS;

2.Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

3.Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

4.Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

5.Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS;

NÚCLEOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE EM HOSPITAIS DE ENSINO - NATS:

1.Hospital Universitário Getúlio Vargas - AM;

2.Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - BA;

3.Hospital Geral de Fortaleza - CE;

4.Hospital Universitário Walter Cantídio - CE;

5.Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - CE;

6.Hospital Universitário de Brasília - DF;

7.Hospital de Base do Distrito Federal - DF;

8.Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - GO;

9.Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - MA;

10.Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - MG;

11.Hospital Universitário João de Barros Barreto - PA;

12.Hospital Universitário Oswaldo Cruz - PE;

13.Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ;

14.Instituto Nacional de Câncer/INCA - RJ;

15 Instituto Nacional de Cardiologia - RJ;

16.Instituto Nacional de Traumato Ortopedia/INTO - RJ;

17.Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz/IFF/FIOCRUZ - RJ;

18.Hospital Universitário Onofre Lopes - RN;

19.Grupo Hospitalar Conceição - GHC - RS;

20.Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS;

21.Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HC/FMUSP - SP;

22.Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - SP;

23.Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP - SP; e

24.Hospital das Clínicas da UNICAMP - SP.

ANEXO XV

Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS) (Origem: PRT MS/GM 137/2014)

Art. 1º Este Anexo dispõe sobre as Redes Nacionais de Pesquisa em Saúde (RNPS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 1º)

Art. 2º As RNPS são articulações cooperativas entre instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas, e pesquisadores, que visam o desenvolvimento científico e tecnológico que priorize as necessidades e demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 2º)

Art. 3º As RNPS adotarão os princípios da Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde, orientando-se pelo compromisso ético e social de contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 3º)

Art. 4º Caberá à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS) a articulação com os Ministérios da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, da Educação (MEC), da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, suas entidades vinculadas e demais unidades da Administração Pública Direta e Indireta nos campos da ciência, tecnologia e inovação, para participarem nas atividades das RNPS, sempre que for pertinente em razão de suas funções e atribuições. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 4º)

Art. 5º A instituição e regulamentação de cada RNPS será realizada por ato normativo específico do Ministro de Estado da Saúde, que atenderá as disposições de parecer técnico apresentado pela SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º)

Parágrafo Único. O ato e o parecer técnico de que trata o "caput" disporá obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

I - os objetivos e atribuições da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, I)

II - a composição da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, II)

III - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, III)

IV - as formas de representação dos membros da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, IV)

V - os fluxos de trabalho no âmbito da Rede; (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, V)

VI - a instituição, atribuições e funcionamento do Comitê Gestor da Rede; e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, VI)

VII - as atribuições dos Coordenadores da Rede. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 5º, Parágrafo Único, VII)

Art. 6º Um vez instituída a respectiva RNPS pelo ato normativo específico de que trata o art. 5º, será facultado à mesma elaborar, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), regimento interno para detalhar o seu funcionamento, observadas as disposições constantes do ato normativo que a instituiu. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 6º)

Parágrafo Único. O regimento interno de que trata o "caput" deverá ser homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Ficam constituídas com a edição deste Anexo as seguintes RNPS: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º)

I - Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, I)

II - Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, II)

III - Rede Nacional de Pesquisa sobre Políticas de Saúde (RNPPS); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, III)

IV - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC); (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, IV)

V - Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC);e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, V)

VI - Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, VI)

Parágrafo Único. A constituição das RNPS de que trata o "caput" não prejudica a edição do ato de regulamentação de que trata o art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Já se encontram constituídas e regulamentadas com base no Anexo XVII e no Anexo XIV , respectivamente, a: (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º)

I - Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC); e (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º, I)

II - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 137/2014, Art. 8º, II)

Parágrafo Único. As disposições deste Anexo não prejudicam a instituição e regulamentação das RNPS de que tratam os incisos I e II do "caput", nos termos dispostos no Anexo XVII e no Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 137/2014,

Art. 8º, Parágrafo Único)

ANEXO XVI

Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS) (Origem: PRT MS/GM 193/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa sobre Política de Saúde (RNPPS), composta pelas instituições de ensino e pesquisa da área da saúde e afins, envolvidas com os objetivos da Rede. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPPS: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º)

I - desenvolver pesquisas sobre políticas de saúde, visando à produção de conhecimento para a efetivação do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisas sobre Políticas de Saúde; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa sobre Políticas de Saúde, considerando as diferentes especialidades das Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPPS e os contratadores de seus serviços; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPPS, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPPS e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPPS; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPPS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPPS será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da ABRASCO; e, (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, V)

VI - 1 (um) representante da RNPPS. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, VI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 193/GM/MS, de 03 de fevereiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPPS; e (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPPS; (Origem: PRT MS/GM 193/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XVII

Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino (Origem: PRT MS/GM 794/2011)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em Hospitais de Ensino composta pelas instituições nominadas no Anexo 1 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPC: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º)

I - desenvolver todas as fases de ensaios clínicos de medicamentos, produtos, procedimentos, equipamentos e dispositivos para diagnósticos em seres humanos, de acordo com os requisitos éticos nacionais e internacionais, bem como as Boas Práticas Clínicas e as normas de Vigilância Sanitária; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisa clínica; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino, considerando as diferentes especialidades das Ciências da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa clínica que compõem a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - os protocolos que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem considerados prioritários ao SUS, terão precedência aos demais. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPC e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes e políticas relativas à realização de pesquisa clínica; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da rede; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de Unidades na Rede; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa clínica entre os hospitais de ensino da rede; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da rede. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPC será composto dos membros a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º)

I - um representante do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, I)

II - um representante do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; e (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, II)

III - o coordenador de cada uma das unidades que integram a RNPC em Hospitais de Ensino, designado por cada uma das instituições em documento próprio e encaminhado ao DECIT/SCTIE/MS. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, III)

§ 1º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Gestor, titulares e suplentes, serão indicados pelos respectivos órgãos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 2º)

§ 3º Os membros titulares e suplentes serão designados em ato do Secretário da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 5º, § 3º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 6º)

Art. 7º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de dois anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 7º)

Art. 8º As despesas decorrentes do disposto neste Anexo correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 8º)

Art. 9º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 9º)

Art. 10. O Comitê Gestor elaborará seu regimento interno, no prazo máximo de noventa dias, contados a partir da data de sua instalação, submetendo-o à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Art. 10)

ANEXO 1 DO ANEXO XVII

INSTITUIÇÕES PERTENCENTES À REDE NACIONAL DE PESQUISA CLÍNICA (Origem: PRT MS/GM 794/2011, Anexo 1)

INSTITUIÇÕES PERTENCENTES À REDE NACIONAL DE PESQUISA CLÍNICA

1. Fundação de Medicina Tropical do Amazonas / AM
2. Fundação Oswaldo Cruz / RJ
3. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista / SP
4. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo / SP
5. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas / SP
6. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás / GO
7. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / MG
8. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / SP
9. Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / RS
10. Hospital Geral de Fortaleza / CE
11. Hospital de Messejana / Universidade Federal do Ceará / CE
12. Hospital Nossa Senhora da Conceição / Universidade do Sul de Santa Catarina / SC
13. Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / RS
14. Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo / SP
15. Hospital São Rafael - Monte Tabor / BA
16. Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense / RJ
17. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / RJ
18. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo / SP
19. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / MA

20. Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília / DF

21. Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará / PA

22. Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte / RN

23. Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco da Universidade de Pernambuco / PE

24. Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia / BA

25. Hospital Universitário Regional de Maringá da Universidade Estadual de Maringá / PR

26. Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará / CE

27. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul da Fundação Universitária de Cardiologia / RS

28. Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz / RJ

29. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira / PE

30. Instituto Nacional de Câncer / RJ

31. Instituto Nacional de Cardiologia / RJ

32. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia / RJ

ANEXO XVIII

Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC) (Origem: PRT MS/GM 192/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Câncer (RNPCC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPCC: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º)

I - desenhar, propor, implementar e acompanhar protocolos clínicos colaborativos entre as instituições de pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, I)

II - certificar protocolos de pesquisa clínica em câncer; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, II)

III - capacitar recursos humanos; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, III)

IV - qualificar a atenção oncológica, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, IV)

V - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da atenção oncológica. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, V)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da RNPCC deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPCC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPCC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da rede, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPCC; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPCC. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPCC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Instituto Nacional do Câncer; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante designado pela RNPCC. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 192/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de três anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da RNPCC no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPCC; e (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPCC; (Origem: PRT MS/GM 192/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XIX

Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC) (Origem: PRT MS/GM 190/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisa em Doenças Cardiovasculares (RNPDC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPDC: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º)

I - desenvolver atividades de pesquisa científica, pré-clínicas e clínicas, em doenças cardiovasculares, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos na área cardiovascular. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, II)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPDC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPDC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPDC, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPDC; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPDC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Cardiologia; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 190/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de três anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPDC; (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPDC; e (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPDC. (Origem: PRT MS/GM 190/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XX

Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC) (Origem: PRT MS/GM 194/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNTC: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º)

I - estruturar o esforço nacional de pesquisa em terapia celular por meio do trabalho em rede dos grupos de pesquisa integrantes da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, I)

II - fortalecer a infraestrutura de pesquisa existente no país em terapia celular, otimizando os recursos humanos e materiais disponíveis; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, II)

III - induzir a busca de novas parcerias, tendo por objetivo o aumento da eficiência e da competitividade institucional; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, III)

IV - estimular as equipes de pesquisa em terapia celular a produzirem um sistema de acesso comum aos dados produzidos pelas pesquisas que envolvem esta temática. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, IV)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da RNTC deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNTC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNTC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNTC, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNTC; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNTC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante dos Centros de Tecnologia Celular (CTC); e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, V)

VI - 1 (um) representante designado pela RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, VI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 194/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNTC; (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNTC; e (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNTC. (Origem: PRT MS/GM 194/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XXI

Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN) (Origem: PRT MS/GM 191/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisas em Doenças Negligenciadas (RNPDN), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPDN: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º)

I - desenvolver atividades de pesquisa científica, tecnológica e a inovação em Doenças Negligenciadas, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, a geração de produtos, a formulação, implementação e avaliação de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar recursos humanos em pesquisas em Doenças Negligenciadas; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, II)

III - instituir e coordenar as sub-redes de Pesquisa em Doenças Negligenciadas, considerando as diferentes doenças. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPDN e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPDN, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPDN e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPDN; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPDN. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPDN será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante da CAPES/MEC; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; e (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, IV)

V - 1 (um) representante da RNPDN. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, V)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 191/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da Rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPDN; (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPDN. (Origem: PRT MS/GM 191/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XXII

Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC) (Origem: PRT MS/GM 195/2014)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), composta por instituições de ciência, tecnologia, inovação e produção em saúde, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RNPAVC: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º)

I - propor, implementar e acompanhar pesquisas colaborativas entre as instituições de ensino e pesquisa em acidentes vasculares cerebrais (AVC); (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, I)

II - capacitar técnica e cientificamente no âmbito acadêmico e dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, II)

III - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da prevenção, tratamento e promoção da saúde com foco no AVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. O efetivo comprometimento das unidades integrantes da Rede deverá, em qualquer circunstância, sustentar-se em dois princípios: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - as relações institucionais entre os centros de pesquisa que compõem a RNPAVC e os contratadores de seus serviços; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - as necessidades de realização de pesquisas que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, forem consideradas prioritárias ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor da RNPAVC, com o objetivo de programar as ações, coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas e administrativas que se fizerem necessárias para o bom funcionamento da RNPAVC e suas sub-redes, com regulamento próprio. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 3º)

Art. 4º Ao Comitê Gestor compete: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º)

I - estabelecer diretrizes que subsidiem políticas relativas à realização de pesquisas na área de atuação da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, I)

II - propor, aprovar e alterar os procedimentos de cooperação das unidades da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, II)

III - definir critérios para admissão e exclusão de unidades na RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, III)

IV - estimular a integração das atividades de pesquisa no âmbito da RNPAVC; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, IV)

V - delinear o planejamento orçamentário da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 4º, V)

Art. 5º O Comitê Gestor da RNPAVC será composto por representantes, titular e suplente, dos órgãos e entidades a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE/MS), que convocará as reuniões do Comitê Gestor; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, I)

II - 1 (um) representante do CNPq/MCTI; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, II)

III - 1 (um) representante do Ministério da Saúde ou de suas agências/institutos que esteja diretamente vinculado à temática; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) representante da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, IV)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Gestor, no prazo de 30 (trinta) dias contado da data de publicação da Portaria nº 195/GM/MS, de 31 de janeiro de 2014. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º As reuniões do Comitê Gestor serão coordenadas pelo representante do DECIT/SCTIE/MS e, na sua ausência, por qualquer um dos membros titulares, segundo sua indicação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º O Comitê Gestor poderá convocar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 6º)

Art. 7º As funções dos membros do Comitê Gestor não serão remuneradas e seu exercício será considerado de serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 7º)

Art. 8º O Comitê Gestor indicará um centro coordenador, por um período de 3 (três) anos, como órgão de articulação, gestão das atividades da Rede e operacionalização das políticas estratégicas e das prioridades de pesquisa em saúde, passível de renovação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 8º)

Art. 9º O Comitê Gestor elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), o regimento interno da Rede no prazo máximo de 90 (noventa) dias contado a partir da data de sua instalação. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º)

§ 1º O Regimento Interno que trata o "caput" deverá ser apreciado quanto ao atendimento à Política Nacional de Saúde e homologado por ato específico do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Regimento Interno deverá dispor, dentre outros, obrigatoriamente sobre: (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º)

I - os critérios e procedimentos de inclusão e exclusão de membros da RNPAVC; (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, I)

II - as formas de representação dos membros da RNPAVC; e (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, II)

III - os fluxos de trabalho no âmbito da RNPAVC. (Origem: PRT MS/GM 195/2014, Art. 9º, § 2º, III)

ANEXO XXIII

Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA) (Origem: PRT MS/GM 1046/2016)

Art. 1º Fica instituída a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (RENEZIKA). (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 1º)

Art. 2º Constituem-se objetivos da RENEZIKA: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º)

I - subsidiar o Ministério da Saúde com informações de pesquisas relacionadas ao vírus Zika e doenças correlatas no âmbito da vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, I)

II - contribuir na formulação e aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde relativos ao tema; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, II)

III - fortalecer a capacidade de produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários sobre o assunto para o Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, III)

IV - buscar fontes potenciais de financiamento para pesquisas relacionadas ao tema, otimizando a seleção e execução de parcerias; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, IV)

V - promover a participação em eventos de pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, V)

VI - apoiar e organizar eventos com especialistas nesta área de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, VI)

VII - fomentar o desenvolvimento de estudos multicêntricos sobre o vírus Zika e doenças correlatas. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 2º, VII)

Art. 3º A RENEZIKA será composta por sua Secretaria-Executiva e membros especialistas no assunto. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º)

§ 1º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA será integrada por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, I)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, II)

III - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, III)

IV - Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, IV)

V - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, V)

VI - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, VI)

VII - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 1º, VII)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à SCTIE, no prazo de 20 (vinte) dias contados da data de publicação da Portaria nº 1046/GM/MS, de 20 de maio de 2016. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA poderá convidar para integrar a Rede entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas à matéria, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas da RENEZIKA acarretará a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SCTIE providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 3º, § 5º)

Art. 4º Caberá aos integrantes da RENEZIKA: (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º)

I - promover a integração das atividades de vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde, desenvolvimento científico e tecnológico; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, I)

II - colaborar na formulação e aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, II)

III - contribuir na produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, III)

IV - assessorar o Ministério da Saúde na priorização de temas de pesquisa para a realização de chamadas públicas, bem como na avaliação de projetos de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 4º, IV)

Art. 5º Poderão ser convidados, a critério da RENEZIKA, especialistas "ad hoc" para participarem de discussões técnicas, elaboração de documentos e orientações sobre temas afins. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 5º)

Art. 6º Os membros da RENEZIKA promoverão a cessão de direitos autorais para publicações e divulgação de todo material técnico resultante de trabalhos desenvolvidos pela Rede, oriundos de interesse do Ministério da Saúde ou de demanda espontânea, na forma definida pela Portaria nº 612/GM/MS, de 26 de março de 2009. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 6º)

Art. 7º A RENEZIKA reunir-se-á por convocação da sua Secretaria-Executiva ou a requerimento da maioria simples de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º)

§ 1º Compete à Secretaria-Executiva da RENEZIKA organizar a pauta das reuniões. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 1º)

§ 2º Os temas a serem abordados na pauta serão propostos pela Secretaria-Executiva da RENEZIKA. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 2º)

§ 3º Cabe à Coordenação da RENEZIKA organizar e divulgar aos seus membros as atas e outros documentos pertinentes às sua atividades após aprovados pelos participantes. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 7º, § 3º)

Art. 8º As atividades desenvolvidas no âmbito da RENEZIKA não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 8º)

Art. 9º A Secretaria-Executiva da RENEZIKA elaborará, conjuntamente com o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), proposta de regimento interno. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º)

§ 1º Para ser aprovada, a proposta de regimento interno deverá ser aceita pela maioria absoluta dos membros da Rede. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O regimento interno de que trata o "caput" será homologado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1046/2016, Art. 9º, § 2º)

ANEXO XXIV

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (Origem: PRT MS/GM 495/2006)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituída a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º)

I - estabelecer base de informações essenciais e consistentes sobre as condições de saúde no País, facilmente acessíveis pelos diversos tipos de usuários e construídas mediante processo interinstitucional de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, I)

II - articular a participação de instituições que contribuam para a produção, a crítica e a análise de dados e indicadores relativos às condições de saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, II)

III - implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, III)

IV - promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o estudo de aspectos de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, V)

VI - fomentar mecanismos indutores do uso de informações essenciais para orientar processos decisórios no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, VI)

VII - promover ações de intercâmbio que aprimorem a gestão do conhecimento em saúde. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 1º, VII)

Art. 2º Integrarão a RIPSA: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º)

I - no âmbito do Ministério da Saúde, os órgãos da administração direta e indireta responsáveis pela produção de informações e pela gestão de políticas nacionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, I)

II - outras instituições, governamentais e não-governamentais, representativas dos segmentos técnicos, científicos, de gestão e de controle social, envolvidos na produção, na análise e na disseminação de dados de interesse da saúde; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, II)

III - especialistas de notório saber e renomada competência nos temas de interesse da RIPSA; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, III)

IV - instâncias representativas das esferas de gestão estadual e municipal do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 2º, IV) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1343/2011)

Art. 3º Para a manutenção de fluxos contínuos e dinâmicos de dados e informações, poderão ser estabelecidas parcerias com entidades especializadas, mediante formalização de compromissos ou acordos que instituam bases de cooperação com essa finalidade. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 3º)

Parágrafo Único. A base comum de dados e indicadores adotados na RIPSA ficará sediada no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que desenvolverá instrumentos informacionais para provisão e consolidação de dados oriundos das instituições-fontes, tornando disponível, na internet os produtos da Rede. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º As bases para a coordenação da RIPSA e a administração dos recursos vinculados à sua implementação serão fixadas em Termo de Cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que propiciará apoio técnico e administrativo para operação da Rede. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 4º)

Art. 5º Sem prejuízo do disposto no art. 4º, a RIPSA terá os seguintes mecanismos de funcionamento: (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º)

I - Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), fórum principal incumbido do planejamento participativo e da condução técnica dos trabalhos da Rede, com atribuição de assessoria especializada ao Conselho Nacional de Saúde, por força da Resolução CNS nº 279, de 6 de maio de 1998, e será integrada por representantes de instituições que se destacam na produção, na análise e na disseminação de dados e informações nacionais; (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, I)

II - Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), constituídos por entidades vinculadas a cada subconjunto temático de trabalho, com a responsabilidade de aperfeiçoar continuamente as bases de dados, mediante análises e adequações periódicas; e (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, II)

III - Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI), constituídos, temporariamente, por proposição da OTI, para aprofundar a análise de questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 5º, III)

Art. 6º Fica o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde incumbido da Coordenação-Geral dos trabalhos da Rede e de implementar as medidas necessárias ao integral cumprimento das disposições deste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 6º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1343/2011)

Parágrafo Único. O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde designará uma equipe de trabalho para atuar como Secretaria Técnica da RIPSA, em apoio à implementação das atividades previstas no planejamento operacional dos produtos a serem acordados. (Origem: PRT MS/GM 495/2006, Art. 6º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 1343/2011)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ GESTOR DO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE (INS)

Art. 7º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor com a finalidade de planejar e coordenar a criação do Inquérito Nacional de Saúde (INS). (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 1º)

Art. 8º Caberá ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º)

I - estabelecer as diretrizes gerais, planejar, organizar, fazer os levantamentos referentes às informações sobre inquéritos populacionais de saúde já realizados pelo Ministério da Saúde e aprovar o programa de trabalho a ser desenvolvido para a realização do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, I)

II - solicitar às diversas áreas do Ministério da Saúde que apresentem as suas necessidades de informação para que se possa compor os objetos, a serem pesquisados no Inquérito Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, II)

III - selecionar os objetos de pesquisa no INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, III)

IV - contatar o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para realizar em conjunto com o Ministério da Saúde a execução da pesquisa do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, IV)

V - estabelecer interlocução junto aos Institutos de Ensino e Pesquisa e Universidades para levantar as experiências acumuladas em Inquéritos por eles gerenciados; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, V)

VI - articular com a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) o planejamento e realização do INS; (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VI)

VII - definir plano de trabalho e cronograma para a realização do INS; e (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VII)

VIII - propor e viabilizar formas de disseminação e uso das informações geradas a partir da sistematização elaborada pelo Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 2º, VIII)

Art. 9º O Comitê Gestor será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidade do Ministério da Saúde, sob a coordenação do primeiro: (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º)

I - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, I)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, II)

III - Secretaria-Executiva (SE); e (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, III)

IV - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente pelos órgãos e entidade, à coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 10. O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto deste Capítulo, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 4º)

Art. 11. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1811/2009, Art. 5º)

ANEXO XXV

Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET) (Origem: PRT MS/GM 2363/2009)

Art. 1º Fica instituído o Conselho Consultivo do Projeto EVIPNet Brasil, com a finalidade de propor temas, estabelecer prioridades, elaborar plano de trabalho, estabelecer metodologias, validar sumários executivos de evidências e avaliar resultados para aperfeiçoamento e sustentabilidade da rede. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 1º)

Art. 2º Compõem o Conselho Consultivo as seguintes instituições, que designarão um representante titular e respectivo suplente: (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, a) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

b) Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, c) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

d) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, d) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

e) Secretaria de Atenção à Saúde(SAS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, e) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

f) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, f) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, I, g) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 2001/2013)

II - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

III - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme/OPAS/OMS) ; (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

IV - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

V - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

VI - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

VII - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2013)

Art. 3º A coordenação do Conselho Consultivo da EVIPNet Brasil será exercida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 3º)

Art. 4º O Conselho Consultivo deverá reunir-se, ordinariamente, a cada seis meses e, extraordinariamente, sempre que a coordenação assim o convocar. (Origem: PRT MS/GM 2363/2009, Art. 4º)

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ADVERTÊNCIA
Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017

Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição,

Considerando a Lei 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;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências;

Considerando a Portaria de Consolidação no 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação no 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da "Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a Portaria de Consolidação no 6, de 28/09/2017, que trata da "Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde";

Considerando a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e para a Rede de Atenção às Urgências; e

Considerando a necessidade de monitorar e financiar de maneira apropriada a prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º O Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 5º .....

II - .....

b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;

.....

V - .....

a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;

b) Hospital Psiquiátrico Especializado;

c) Hospital dia;

....." (NR)

"Art. 7º .....

§ 4º .....

VII - CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação." (NR)

"Art. 57. A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará a gradação do número de leitos implantados, na seguinte proporção:

I - para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;

b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 40h por semana; e

c) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, cargahorária mínima de 10h por semana.

II - para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 (três) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;

b) 1 (um) enfermeiro por turno;

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária mínima de 60h por semana; e

d) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos, contabilizando carga-horária mínimatotal de serviços de 20h por semana.

III - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 5 (cinco) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno;

b) 1 (um) enfermeiro por turno;

c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga-horária de 90h por semana;

d) 1(um) médico clínico responsável pelas interconsultas; e

e) 1 ou 2 (um ou dois) médico(s) psiquiatra(s) responsável(is) pelos leitos, contabilizando carga-horária total de serviços de 30h por semana.

Parágrafo único. A implantação das unidades de que trata o caput será incentivada na forma do art. 1032-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017." (NR) "Art. 59. A distribuição do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral) observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do Hospital Geral;

II - cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos; e

III - os Planos de Ação Regionais da RAPS que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II acima poderão ser aprovados, em caráter de excepcionalidade, após justificativa pelo gestor estadual ou municipal à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), que levará em conta os Planos Regionais de Ação da RAPS e suas particularidades." (NR)

"Art. 77. .....

Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção." (NR)

"Art. 80. .....

§ 1º São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher até no máximo 10 (dez) moradores.

....." (NR)

Art. 2º O Título II do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões:

"CAPÍTULO III
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO TIPO IV (CAPS AD IV)

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 50-A Este Capítulo define o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV).

Art. 50-B O CAPS AD IV é o Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

§ 1º O CAPS AD IV poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente.

§ 2º Nos casos em que se destinar a atender crianças e adolescentes, o CAPS AD IV deverá se adequar ao que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente.

§ 3º O CAPS AD IV funcionará junto a cenas abertas de uso de drogas.

§ 4º O CAPS AD IV será criado em Municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais.

Seção II
Do Funcionamento

Art. 50-C O CAPS AD IV observará as seguintes diretrizes de funcionamento:

I - constituir-se em serviço aberto, que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados;

II - ser lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade;

III - estar capacitado para o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas;

IV - ter disponibilidade para acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso;

V - produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Singular que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais;

VI - promover inserção proteção e suporte de grupo para seus usuários, no processo de reabilitação psicossocial;

VII - organizar o processo de trabalho do serviço com equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, priorizado espaços coletivos;

VIII - estabelecer profissionais de referência para cada usuário;

IX - adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida;

X - ofertar cuidados às família de usuários, independentemente da vinculação do usuário aos serviços daquele CAPS AD IV;

XI - responsabilizar-se, dentro de suas dependências ou em parceria com outros pontos de atenção da Rede de Saúde, pelo manejo e cuidado de situações envolvendo comorbidade psiquiátrica ou clínica;

XII - compartilhar a responsabilidade pelos usuários nas internações e em outros Pontos de Atenção;

XIII - funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

XIV - funcionar de forma articulada com as equipes de Consultório na Rua, que atuarão junto aos usuários nas cenas de uso;

XV - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e

XVI - orientar os cuidados de acordo com diretrizes e linhas de cuidados vigentes no SUS.

Subseção I
Da Atenção Integral ao Usuário

Art. 50-D A atenção integral ao usuário no CAPS AD IV inclui as seguintes atividades:

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento e tratamento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, conforme definido nesta Portaria;

II - atendimento individual para consultas de rotina e de emergência, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

III - oferta de medicação assistida e dispensada;

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;

VI - visitas e atendimentos domiciliares;

VII - atendimento à família, individual e em grupo;

VIII - atividades de reabilitação psicossocial;

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social; e

X - fornecimento de refeição diária aos usuários.

Subseção II
Da Equipe Mínima

Art. 50-E O CAPS AD IV funcionará com equipe mínima para atendimento, na seguinte configuração:

I - Profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.

II - Turno Diurno:

a) 1 (um) médico clínico (diarista);

b) 2 (dois) médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);

c) 2 (dois) enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);

d) 6 (seis) profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;

e) 6 (seis) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h); e

f) 4 (quatro) profissionais de nível médio.

III - Turno Noturno:

a) 1 (um) médico psiquiatra (plantonista 12h);

b) 1 um (um) enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h); e

c) 5 (cinco) técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

Parágrafo único. Cabe ao gestor de saúde local garantir a composição da equipe mínima em situações de férias, licenças e outros afastamentos.

Subseção III
Da Estrutura Física Mínima

Art. 50-F. O CAPS AD IV terá a seguinte estrutura física mínima, conforme as normas sanitárias vigentes:

I - recepção e espaço para acolhimento inicial / espera;

II - salas para atendimento individual (consultório);

III - sala para atendimento de grupo;

IV - espaço para refeições;

V - espaço para convivência;

VI - banheiros com chuveiro;

VII - espaço para atividades físicas / esportes;

VIII - no mínimo 10 (dez) e no máximo 20 (vinte) leitos de observação;

IX - posto de enfermagem;

X - sala para reuniões da equipe técnica; e

XI - espaço para atendimento e tratamento de urgências e emergências médicas.

Seção III
Implantação e da Tipologia

Art. 50-G. O CAPS AD IV será implantado conforme previsto no Plano de Ação Regional ou instrumento equivalente, e poderá ser de dois tipos:

I - CAPS AD IV Novo; e

II - CAPS AD IV Reestruturado.

Parágrafo único. O CAPS AD IV Reestruturado é aquele que é resultado da adaptação de um CAPS tradicional ou CAPS AD préexistente.

Seção IV
Das Disposições Finais

Art. 50-H. Compete à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde a publicação de manual e/ou documentos de apoio, bem como diretrizes clínicas da linha de cuidados.

Art. 50-I. A implantação de CAPS AD IV será incentivada na forma da Seção IV-A do Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, da Portaria de Consolidação nº 6." (NR)

Art. 3º O Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões:"TÍTULO II-B" DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL.

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 50-J. Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

§ 1º A Equipe referida no caput é parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituindo estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados;

§ 2º As Equipes têm por objetivo prestar atenção multiprofissional em saúde mental, respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde, amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001;

§ 3º A assistência será organizada a partir da atenção básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados.

§ 4º O custeio das equipes dar-se-á na forma do art. 1.062-A da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Seção II
Do Funcionamento

Art. 50-K. Compete às equipes:

I - ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade;

II - prestar assistência multiprofissional às pessoas com transtornos mentais moderados, encaminhados pela Atenção Básica;

III - constituir preferencialmente referência regional para assistência ambulatorial especializada em saúde mental;

IV - trabalhar de maneira integrada com outros pontos de atenção das redes do SUS; e

V - estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial.

Art. 50-L. As Equipes de que trata este Título serão constituídas por equipes multiprofissionais mínimas, da seguinte forma:

I - Equipe tipo 1: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais);

II - Equipe tipo 2: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais); e

III - Equipe tipo 3: composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).

§ 1º A carga-horária de serviços profissionais poderá ser atribuída a mais de um profissional, respeitando o limite mínimo de 10 (dez) horas semanais por profissional.

§ 2º Habilitações de mais de uma equipe para um mesmo estabelecimento de saúde somente serão autorizadas após análise do projeto de implantação pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde.

§ 3º Consideram-se as seguintes categorias profissionais de nível superior para fins de atendimento do inciso III do caput: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

Seção III
Da Implantação

Art. 50-M As Equipes deverão estar vinculadas a unidades ambulatoriais especializadas.

Parágrafo único. Para habilitação das Equipes, o gestor proponente deverá:

I - apresentar projeto assistencial, pactuado em CIB; e II - constituir as equipes na perspectiva de ampliação da oferta de assistência especializada em saúde mental." (NR)

~~Art. 4º A Portaria de Consolidação no 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:~~

~~"Art. 1023. Ficam reajustados os valores do procedimento 03.03.17.009-3 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA) - para os hospitais habilitados nos códigos 06.31, 06.32, 06.33, 06.34, respeitando os valores dos incrementos, conforme estabelecido abaixo:~~

~~I - CLASSE N I: PORTE: até 160 leitos; Valores: R$ 82,40;~~

~~II - CLASSE N II: PORTE: de 161 a 240 leitos; Valores: R$ 70,00;~~

~~III - CLASSE N III: PORTE: de 241 a 400 leitos; Valores: R$ R$ 63,11;~~

~~IV - CLASSE N IV: PORTE: acima de 400 leitos; Valores: R$ 59,00.~~

~~§ 1º Não receberão o reajuste previsto neste artigo leitos ocupados por pacientes de longa permanência, sendo mantidos os valores atuais até que o mesmo receba alta médica hospitalar.~~

~~§ 2º O valor da diária será reduzido em 50% após transcorridos 90 (noventa) dias ininterruptos de internação de um mesmo paciente, ou em casos de reinternação de um mesmo paciente antes do prazo de 30 dias após sua alta hospitalar." (NR)~~

Art. 4º O art. 1023 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações: (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018)

"Art. 1023 Fica incluído na Tabela de Procedimentos do SUS os procedimentos abaixo relacionados:(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018)

PROCEDIMENTO	03.03.17.019-0 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)		
DESCRIÇÃO	Internação para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais realizada em hospital psiquiátrico com entrada a partir da vigência da PT GM 3588. Esta internação deverá ter a permanência de no máximo 90 dias.		
Instrumento de Registro	03- AIH (proc. Principal)		
Modalidade	02-Hospitalar		
Complexidade	MC - Media Complexidade		
Tipo de Financiamento	06- Média e Alta Complexidade (MAC)		
Quantidade Máxima	90 dias		
Pontos	50		
Sexo	Ambos		
Idade Mínima	12 anos		
Idade Máxima	130 anos		
Valor de Serviço Hospitalar (SH)	25,12		
Valor de Serviço Profissional (SP)	1,79		
Total Hospitalar	26,91		
CID Principal	F000, F001, F002, F009, F010, F011, F012, F013, F018, F019, F020, F021, F022, F023, F024, F028, F03, F04, F050, F051, F058, F059, F060, F061, F062, F063, F064,		
	F065, F066, F067, F068, F069, F070, F071, F072, F078, F079, F09, F100, F101, F102, F103, F104, F105, F106, F107, F108, F109, F110, F111, F112, F113, F114, F 11 5 ,		
	F116, F117, F118, F119, F120, F121, F122, F123, F124, F125, F126, F127, F128, F129, F130, F131, F132, F133, F134, F135, F136, F137, F138, F139, F140, F141, F142,		
	F143, F144, F145, F146, F147, F148, F149, F150, F151, F152, F153, F154, F155, F156, F157, F158, F159, F160, F161, F162, F163, F164, F165, F166, F167, F168, F169,		
	F170, F171, F172, F173, F174, F175, F176, F177, F178, F179, F180, F181, F182, F183, F184, F185, F186, F187, F188, F189, F190, F191, F192, F193, F194, F195, F196,		
	F197, F198, F199, F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F21, F220, F228, F229, F231, F232, F233, F238, F239, F24, F250, F251, F252, F258, F28, F29,		
	F300, F301, F302, F308, F309, F310, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317, F318, F319, F320, F321, F322, F323, F328, F329, F330, F331, F332, F333, F334, F338,		
	F339, F340, F341, F348, F349, F380, F381, F388, F39, F400, F401, F402, F408, F409, F410, F411, F412, F413, F418, F419, F420, F421, F422, F428, F429, F430, F431,		
	F432, F438, F439, F440, F441, F442, F443, F444, F445, F446, F447, F448, F449, F450, F451, F452, F453, F454, F458, F459, F480, F481, F488, F489, F500, F502, F503,		
	F504, F505, F508, F509, F510, F511, F512, F513, F514, F515, F518, F519, F530, F531, F538, F54, F55, F59, F600, F601, F602, F603, F604, F605, F606, F607, F608,		
	F609, F61, F620, F621, F628, F629, F630, F631, F632, F633, F638, F639, F69, F700, F701, F708, F709, F710, F711, F718, F719, F720, F721, F728, F729, F730, F731,		
	F738, F739, F780, F781, F788, F789, F790, F791, F798, F799, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849		
CBO:	2231F9, 225124, 225133, 225170, 251510		
Categoria de CBO:	2231, 2251, 2252, 2253		
Especialidade do Leito	05 - Psiquiatria, 07 - Pediátricos		
Atributos Complementares:	003 - Admite longa permanência, 007 - Permanência por dia, 008 - Não permite mudança de procedimento, 015 - Admitido apenas em Hosp.Espec/Psiquiatria		
~~Incremento:~~	~~Descrição~~	~~% SH~~	~~%SP~~

	~~06.31 - Nível I~~	~~288,63~~	~~562,86~~
	~~06.32 - Nível II~~	~~245,20~~	~~469,66~~
	~~06.33 - Nível III~~	~~212,66~~	~~423,79~~
	~~06.34 - Nível IV~~	~~206,69~~	~~395,53~~
(Redação da pelo DOU, seção 1, página 59 de 18.05.2018)			
	Descrição	% SH	% SP
	06.31 - Nível I	188,63	452,86
	06.32 - Nível II	145,20	369,66
	06.33 - Nível III	11 2 , 6 6	323,79
Incremento	06.34 - Nível IV	106,69	295,53
RENASES:	030		

(Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018)

PROCEDIMENTO	03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS)
DESCRIÇÃO	Internação para tratamento dos transtornos mentais e comportamentais realizada em hospital psiquiátrico. Esse procedimento deverá ser registrado a partir da vigência da PT GM 3.588 com duração superior a 90 dias ou para os casos de reinternação no período inferior a 30 dias.
Instrumento de Registro	03- AIH (proc. Principal)
Modalidade	02-Hospitalar
Complexidade	MC - Media Complexidade
Tipo de Financiamento	06- Média e Alta Complexidade (MAC)
Quantidade Máxima	90 dias
Pontos	50
Sexo	Ambos
Idade Mínima	12 anos
Idade Máxima	130 anos
Valor de Serviço Hospitalar (SH)	25,12
Valor de Serviço Profissional (SP)	1,79
Total Hospitalar	26,91
CID Principal	F000, F001, F002, F009, F010, F011, F012, F013, F018, F019, F020, F021, F022, F023, F024, F028, F03, F04, F050, F051, F058, F059, F060, F061, F062, F063,
	F064, F065, F066, F067, F068, F069, F070, F071, F072, F078, F079, F09, F100, F101, F102, F103, F104, F105, F106, F107, F108, F109, F110, F111, F112, F113,
	F114, F115, F116, F117, F118, F119, F120, F121, F122, F123, F124, F125, F126, F127, F128, F129, F130, F131, F132, F133, F134, F135, F136, F137, F138, F139, F140, F141, F142, F143, F144, F145, F146, F147, F148, F149, F150, F151, F152, F153, F154, F155, F156, F157, F158, F159, F160, F161, F162, F163, F164, F165, F166,
	F167, F168, F169, F170, F171, F172, F173, F174, F175, F176, F177, F178, F179, F180, F181, F182, F183, F184, F185, F186, F187, F188, F189, F190, F191, F192, F193, F194, F195, F196, F197, F198, F199, F200, F201, F202, F203, F204, F205, F206, F208, F21, F220, F228, F229, F231, F232, F233, F238, F239, F24, F250, F251, F252,
	F258, F28, F29, F300, F301, F302, F308, F309, F310, F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317, F318, F319, F320, F321, F322, F323, F328, F329, F330, F331, F332, F333, F334, F338, F339, F340, F341, F348, F349, F380, F381, F388, F39, F400, F401, F402, F408, F409, F410, F411, F412, F413, F418, F419, F420, F421, F422,
	F428, F429, F430, F431, F432, F438, F439, F440, F441, F442, F443, F444, F445, F446, F447, F448, F449, F450, F451, F452, F453, F454, F458, F459, F480, F481, F488, F489, F500, F502, F503, F504, F505, F508, F509, F510, F511, F512, F513, F514, F515, F518, F519, F530, F531, F538, F54, F55, F59, F600, F601, F602, F603, F604,
	F605, F606, F607, F608, F609, F61, F620, F621, F628, F629, F630, F631, F632, F633, F638, F639, F69, F700, F701, F708, F709, F710, F711, F718, F719, F720, F721, F728, F729, F730, F731, F738, F739, F780, F781, F788, F789, F790, F791, F798, F799, F840, F841, F842, F843, F844, F845, F848, F849
CBO:	2231F9, 225124, 225133, 225170, 251510

Categoria de CBO:	2231, 2251, 2252, 2253		
Especialidade do Leito	05 - Psiquiatria, 07 - Pediátricos		
Atributos Complementares:	003 -Admite longa permanência, 007 -Permanência por dia, 008 - Não permite mudança de procedimento, 015 - Admitido apenas em Hospital Especializado em Psiquiatria		
~~Incremento~~	~~Descrição~~	~~% SH~~	~~% SP~~
	~~06.31 - Nível I~~	~~144,31~~	~~276,43~~
	~~06.32 - Nível II~~	~~122,60~~	~~234,83~~
	~~06.33 - Nível III~~	~~106,33~~	~~2 11 , 8 9~~
	~~06.34 - Nível IV~~	~~103,34~~	~~197,76~~
(Redação da pelo DOU, seção 1, página 59 de 18.05.2018)			
Incremento	Descrição	% SH	% SP
	06.31 - Nível I	44,31	76,43
	06.32 - Nível II	22,60	34,83
	06.33 - Nível III	06,33	11,89
	06.34 - Nível IV	03,34	97,76
RENASES:	030		

§1° Deverá ser registrado o procedimento 03.03.17.019-0 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS), nas AIH iniciais para tratamento em Psiquiatria autorizadas a partir da vigência desta portaria. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018)

§2° O procedimento 03.03.17.009-3 TRATAMENTO DE PSIQUIATRIA (POR DIA) deverá ser registrado nas AIH iniciais e de continuidade autorizadas em data anterior à vigência desta portaria. (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018)

§3° O procedimento 03.03.17.020-4 - TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO ANTES DE 30 DIAS) deverá ser registrado sempre que o tratamento em psiquiatria extrapolar 90 dias ou houver necessidade de reinternação antes de 30 dias." (ND) (Redação dada pelo DOU, seção 1, página 46 de 22.01.2018)

"Art. 1032-A. O valor do incentivo para implantação das unidades de que trata o art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, será de:

I - R$ 33.000,00 (trinta e três mil reais), para as unidades previstas no inciso I;

II - R$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais), para as unidades previstas no inciso II; e

III - R$ 99.000,00 (noventa e nove mil reais), para as unidades previstas no inciso III.

Parágrafo único. O incentivo de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a ação 10.302.2015.20B0.0001.0002." (NR)

"Art. 1034. O repasse do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1033 fica condicionado a:

I - habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospitais Geral); e

II - taxa de ocupação mínima de 80%." (NR)

Art. 5º O Capítulo III do Título VIII da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes inclusões:"Seção IV-A"

Do Incentivo Financeiro de custeio para implantação de CAPS AD IV

Art. 1.021-A. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para implantação de CAPS AD IV, de que trata o Capítulo III do Título II do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, no valor de:

I - 200.000,00 (duzentos mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Novo; e

II - 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais) para apoiar a implantação de CAPS AD-IV Reestruturado

§ 1º O incentivo financeiro definido neste artigo destina-se a apoiar apenas a implantação de CAPS AD IV públicos.

§ 2º O incentivo financeiro deste artigo será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais ou municipais ou do distrito federal.

§ 3º Os valores repassados por força deste artigo serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

Art. 1.021-B. Para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio previsto nesta Seção, o gestor deverá apresentar projeto técnico que contenha os seguintes requisitos:

I - projeto assistencial que atenda ao disposto nesta normativa;

II - termo de compromisso de que garantirá condições técnicas mínimas de espaço físico e equipe, acima detalhadas;

III - termo de compromisso de início funcionamento do CAPS AD IV em até 3 (três) meses, a contar do recebimento do incentivo financeiro, renovável uma única vez por igual período, mediante justificativa aceita pelo Ministério da Saúde; e

IV - parecer favorável pactuado na respectiva CIB.

Art. 1.021-C. A partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de R$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV efetivamente implantado e em funcionamento.

Parágrafo único. No caso de CAPS AD IV Reestruturado o acréscimo financeiro de que trata o caput será calculado a partir da diferença entre os valores já incorporados, referente à habilitação anterior, e o valor estabelecido no caput deste artigo.

1.021-D. Os recursos orçamentários relativos às ações previstas nesta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes programas de trabalho:

I - 10.302.2015.8535 - Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; 10.302.2015.20B0.0001.0000 - Estruturação da Atenção Especializada em Saúde Mental -Mental - Despesas Diversas; e

II - 10.302.2015.20B0.0001.0002 - Crack, É Possível Vencer ou 10.302.2015.8585 -Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade." (NR) "

"Seção XIII
Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

Art. 1.062-A. Fica estabelecido o valor de custeio à Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, de que trata o Título II-B do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, nas seguintes condições:

I - Equipe tipo 1: R$ 12.000,00 (doze mil reais) mensais;

II - Equipe tipo 2: R$ 21.000,00 (vinte e um mil reais) mensais; e

III - Equipe tipo 3: R$ 30.000,00 mensais.

Parágrafo único. O custeio de que trata este artigo correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.2015.8585." (NR)

Art. 6º A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral), de que trata o Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, observará as seguintes normas de transição:

I - nos casos de até 10 (dez) leitos já implantados em unidades, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas manterá a exigência técnica de equipe nos termos dos incisos I e II do art. 57 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a redação anterior à publicação da presente Portaria.

Fica facultado ao gestor apresentar um plano de readequação para atender ao disposto nas novas regras estabelecidas a partir da redação desta Portaria, solicitando incentivo para implantação de novos leitos ou organização de serviço local ou regional nos moldes estabelecidos nesta Portaria; e

II - nos casos de mais de 10 (dez) leitos já implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas terá 12 (doze) meses, a contar da data da publicação desta Portaria, para se adequarem tecnicamente à nova normativa quanto ao espaço físico e equipe terapêutica exigidos nesta Portaria.

Art. 7º Após aprovação pela área técnica da proposta de criação de novos Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, e comprovação do seu funcionamento, o Ministério da Saúde terá o prazo de até 90 (noventa) dias para o início do pagamento do custeio.

Art. 8º Para monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS, é obrigatório o registro mensal dos procedimentos no sistema de informação, bem como a atualização do serviços no CNES por parte de todas as unidades componentes da referida rede, seguindo a resolução CIT nº 23 de 2017.

Art. 9º Ficam mantidas as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Parágrafo único. Os Gestores Estaduais ou Municipais deverão apresentar, em um prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a partir da data de publicação desta Portaria, novo plano de desinstitucionalização de todos os pacientes moradores dessas instituições.

Art. 10. Fica vedada qualquer ampliação do número de leitos por hospitais psiquiátricos além dos já cadastrados no CNES na data de publicação desta Portaria.

Parágrafo único. O fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos levará ao redirecionamento do recurso correspondente, por parte do Ministério da Saúde, para outras ações em saúde mental no respectivo Estado, mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 11. O Anexo 4 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo a esta Portaria.

Art.12 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos operacionais nos sistemas de informação a partir da competência fevereiro de 2018. (Redação da pelo DOU, seção 1, página 46 do dia 22.01.2018)

Art. 13. Fica revogado o art. 56 do Anexo V à Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

RICARDO BARROS

ANEXO

(Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação no 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017)

DIRETRIZES DE FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam- se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.

SRT TIPO I

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.

O SRT tipo I deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial. O acompanhamento dos moradores das residências deve estar em consonância com os respectivos projetos terapêuticos individuais. Tal suporte focaliza-se no processo de reabilitação psicossocial e inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, entre outros).

Cada módulo poderá contar com um cuidador de referência.

A incorporação deste profissional deve ser avaliada pela equipe técnica de acompanhamento do SRT, vinculada ao equipamento de saúde de referência e ocorrerá mediante a necessidade de cuidados de cada grupo de moradores, levando-se em consideração o número e nível de autonomia dos moradores.

SRT TIPO II

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretivas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente.

Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número.

O encaminhamento de moradores para SRTs tipo II deve ser previsto no projeto terapêutico elaborado por ocasião do processo de desospitalização, focado na reapropriação do espaço residencial como moradia, na construção de habilidades para a vida diária referentes ao autocuidado, alimentação, vestuário, higiene, formas de comunicação e aumento das condições para estabelecimento de vínculos afetivos, com consequente inserção deles na rede social existente.

O ambiente doméstico deve se constituir conforme definido nesta portaria consolidada, levando em consideração adequações/adaptações no espaço físico que melhor atendam às necessidades dos moradores. Cada módulo residencial deverá estar vinculado a um serviço/equipe de saúde mental de referência que dará o suporte técnico profissional necessário ao serviço residencial.

Cada módulo residencial deverá contar com cuidadores de referência e um profissional técnico de enfermagem. Para cada grupo de 10 (dez) moradores orienta-se que a SRT seja composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve estar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ADVERTÊNCIA
Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

RIC 319/2019

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

+ SUMÁRIO

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,** no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição, resolve:

Art. 1º As políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

CAPÍTULO I
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Seção I
Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde

Art. 2º São políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde:

I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na forma do Anexo I;

II - Política Nacional de Vigilância em Saúde;

III - Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;

IV - Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na forma do Anexo II;

V - Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), na forma do Anexo III;

VI - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, na forma do Anexo IV;

VII - Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), na forma do Anexo V.

Seção II
Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde

Art. 3º São políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde:

I - Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, na forma do Anexo VI;

II - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na forma do Anexo VII;

III - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, na forma do Anexo VIII;

IV - Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na forma do Anexo IX.

Seção III
Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais

Art. 4º São políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais:

I - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), na forma do Anexo X;

II - Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;

III - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo XI;

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM);

V - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, na forma do Anexo XII;

VI - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo XIII;

VII - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo XIV;

VIII - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na forma do Anexo XV;

IX - Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, na forma do Anexo XVI;

X - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória, na forma do Anexo XVII;

XI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, na forma do Anexo XVIII.

Seção IV
Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Art. 5º São políticas de promoção da equidade em saúde:

I - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo XIX;

II - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), na forma do Anexo XX;

III - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, na forma do Anexo XXI.

IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, na forma do Anexo XXI-A. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

CAPÍTULO II
DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Seção I
Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde

Art. 6º São políticas gerais de organização da atenção à saúde:

I - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na forma do Anexo XXII;

II - Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004;

III - Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, na forma do Anexo XXIII;

IV - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), na forma do Anexo XXIV;

V - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), na forma do Anexo XXV;

VI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, na forma do Anexo XXVI;

VII - Política Nacional de Medicamentos (PNM), na forma do Anexo XXVII;

VIII - Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, na forma do Anexo XXVIII.

Seção II
Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos

Art. 7º São políticas de atenção a agravos específicos:

I - Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, na forma do Anexo XXIX;

II - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, na forma do Anexo XXX;

III - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, na forma do Anexo XXXI;

IV - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, na forma do Anexo XXXII;

V - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, na forma do Anexo XXXIII;

VI - Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, na forma do Anexo XXXIV;

VII - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO), na forma do Anexo XXXV;

VIII - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, na forma do Anexo XXXVI;

IX - Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica, na forma do Anexo XXXVII;

X - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, na forma do Anexo XXXVIII.

CAPÍTULO III
DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 8º São políticas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), na forma do Anexo XXXIX;

II - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na forma do Anexo XL;

III - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004;

IV - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, na forma do Anexo XLI;

V - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), na forma do Anexo XLII.

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º Ficam revogadas, por consolidação, as seguintes normas:

I - Portaria nº 2446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de novembro de 2014, p. 68;

II - Portaria nº 227/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de fevereiro de 2016, p. 25;

III - Portaria nº 3796/GM/MS, de 6 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de dezembro de 2010, p. 43;

IV - Portaria nº 1608/GM/MS, de 3 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2004, p. 28;

V - Portaria nº 2715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de novembro de 2011, p. 89;

VI - Portaria nº 1920/GM/MS, de 5 de setembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de setembro de 2013, p. 64;

VII - Portaria nº 2193/GM/MS, de 14 de setembro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de setembro de 2006, p. 47;

VIII - Portaria nº 2415/GM/MS, de 12 de dezembro de 1996, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 19 de dezembro de 1996, p. 96;

IX - Portaria nº 1793/GM/MS, de 11 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2009, p. 88;

X - Portaria nº 1102/GM/MS, de 12 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de maio de 2010, p. 59;

XI - Portaria nº 2761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2013, p. 62;

XII - Portaria nº 1256/GM/MS, de 17 de junho de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de junho de 2009, p. 41;

XIII - Portaria nº 149/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de fevereiro de 2016, p. 45;

XIV - Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de maio de 2001, p. 3;

XV - Portaria nº 1876/GM/MS, de 14 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de agosto de 2006, p. 65;

XVI - Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 129;

XVII - Portaria nº 1472/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de junho de 2011, p. 119;

XVIII - Portaria nº 558/GM/MS, de 24 de março de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 25 de março de 2011, p. 83;

XIX - Portaria nº 876/GM/MS, de 16 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de maio de 2013, p. 135;

XX - Portaria nº 1130/GM/MS, de 5 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de agosto de 2015, p. 37;

XXI - Portaria nº 1968/GM/MS, de 25 de outubro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2001, p. 86;

XXII - Portaria nº 1683/GM/MS, de 12 de julho de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de julho de 2007, p. 84;

XXIII - arts. 4º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 1153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de maio de 2014, p. 43;

XXIV - Portaria nº 1058/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de julho de 2005, p. 41;

XXV - Portaria nº 964/GM/MS, de 23 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de junho de 2005, p. 74;

XXVI - Portaria nº 1258/GM/MS, de 28 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de junho de 2004, p. 27;

XXVII - Portaria nº 2261/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de novembro de 2005, p. 70;

XXVIII - Portaria nº 2528/GM/MS, de 19 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de outubro de 2006, p. 142;

XXIX - Portaria nº 280/GM/MS, de 7 de abril de 1999, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de abril de 1999, p. 14;

XXX - Portaria nº 1944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de agosto de 2009, p. 61;

XXXI - Portaria nº 1060/GM/MS, de 5 de junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2002, p. 21;

XXXII - Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de fevereiro de 2002, p. 46;

XXXIII - Portaria nº 70/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXIV - Portaria nº 2759/GM/MS, de 25 de outubro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de outubro de 2007, p. 60;

XXXV - Portaria nº 69/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de janeiro de 2004, p. 54;

XXXVI - Portaria nº 645/GM/MS, de 27 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2006, p. 70;

XXXVII - Portaria nº 1823/GM/MS, de 23 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2012, p. 46;

XXXVIII - arts. 1º a 7º, 9º a 11 da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 46;

XXXIX - Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de janeiro de 2012, p. 48;

XL - Portaria nº 3305/GM/MS, de 24 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2009, p. 28;

XLI - Portaria nº 1082/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 60;

XLII - arts. 3º a 6º da Portaria nº 1083/GM/MS, de 23 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 26 de maio de 2014, p. 62;

XLIII - arts. 1º a 3º, 6º, 8º, 9º e 13 da Portaria nº 482/GM/MS, de 1 de abril de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de abril de 2014, p. 48;

XLIV - Portaria nº 2613/GM/MS, de 19 de novembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 20 de novembro de 2012, p. 25;

XLV - Portaria nº 94/GM/MS, de 14 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de janeiro de 2014, p. 37;

XLVI - Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de maio de 2009, p. 31;

XLVII - art. 1º da Portaria nº 2629/GM/MS, de 27 de novembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de novembro de 2014, p. 131;

XLVIII - Portaria nº 1063/GM/MS, de 23 de julho de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2015, p. 39;

XLIX - Portaria nº 2866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de dezembro de 2011, p. 93;

L - Portaria nº 3071/GM/MS, de 27 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de dezembro de 2012, p. 109;

LI - Portaria nº 2836/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 35;

LII - Portaria nº 2837/GM/MS, de 1 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de dezembro de 2011, p. 36;

LIII - arts. 1º a 12, 15 e 16 da Portaria nº 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de novembro de 2013, p. 25;

LIV - Portaria nº 2436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 68;

LV - Portaria nº 2887/GM/MS, de 20 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2012, p. 747;

LVI - Portaria nº 3124/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 223;

LVII - Portaria nº 837/GM/MS, de 9 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de maio de 2014, p. 24;

LVIII - Portaria nº 1591/GM/MS, de 23 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de julho de 2012, p. 31;

LIX - Portaria nº 1377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 14 de junho de 2011, p. 45;

LX - Portaria nº 3147/GM/MS, de 28 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2012, p. 231;

LXI - Portaria nº 1007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2010, p. 36;

LXII - Portaria nº 3238/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de dezembro de 2009, p. 61;

LXIII - Portaria nº 1044/GM/MS, de 1 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 2 de junho de 2004, p. 42;

LXIV - Portaria nº 852/GM/MS, de 7 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de junho de 2005, p. 72;

LXV - Portaria nº 1955/GM/MS, de 23 de agosto de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de agosto de 2006, p. 80;

LXVI - Portaria nº 3390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2013, p. 54;

LXVII - Portaria nº 582/GM/MS, de 20 de junho de 2000, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de junho de 2000, p. 36;

LXVIII - Portaria nº 44/GM/MS, de 10 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de janeiro de 2001, p. 27;

LXIX - Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de janeiro de 2014, p. 21;

LXX - Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de maio de 2006, p. 20;

LXXI - Portaria nº 1600/GM/MS, de 17 de julho de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de julho de 2006, p. 65;

LXXII - Portaria nº 849/GM/MS, de 27 de março de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 28 de março de 2017, p. 68;

LXXIII - Portaria nº 1559/GM/MS, de 1 de agosto de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 4 de agosto de 2008, p. 48;

LXXIV - Portaria nº 2309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de dezembro de 2001, p. 339;

LXXV - Portaria nº 3916/GM/MS, de 30 de outubro de 1998, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 10 de novembro de 1998, p. 18;

LXXVI - Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 29 de março de 2012, p. 96;

LXXVII - Portaria nº 4004/GM/MS, de 16 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2010, p. 109;

LXXVIII - Portaria nº 4283/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de dezembro de 2010, p. 94;

LXXIX - Portaria nº 736/GM/MS, de 2 de maio de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 5 de maio de 2014, p. 38;

LXXX - Portaria nº 3031/GM/MS, de 16 de dezembro de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de dezembro de 2008, p. 66;

LXXXI - Portaria nº 1000/GM/MS, de 13 de abril de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de abril de 2017, p. 29;

LXXXII - Portaria nº 1653/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 53;

LXXXIII - Portaria nº 1652/GM/MS, de 11 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de agosto de 2004, p. 52;

LXXXIV - Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de maio de 2013, p. 34;

LXXXV - Portaria nº 2928/GM/MS, de 12 de dezembro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 13 de dezembro de 2011, p. 65;

LXXXVI - arts. 1º, 2º, 5º a 13, 15 a 17 da Portaria nº 1555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 71;

LXXXVII - arts. 1º a 17, 22 a 65, 80 a 84 da Portaria nº 1554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 31 de julho de 2013, p. 69;

LXXXVIII - Portaria nº 962/GM/MS, de 22 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de maio de 2013, p. 62;

LXXXIX - Portaria nº 426/GM/MS, de 22 de março de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 23 de março de 2005, p. 22;

XC - Portaria nº 1169/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 57;

XCI - Portaria nº 1161/GM/MS, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 8 de julho de 2005, p. 35;

XCII - Portaria nº 1168/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 17 de junho de 2004, p. 56;

XCIII - Portaria nº 221/GM/MS, de 15 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2005, p. 22;

XCIV - Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 15 de julho de 2010, p. 71;

XCV - Portaria nº 2387/GM/MS, de 19 de setembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de setembro de 2017, p. 56;

XCVI - Portaria nº 957/GM/MS, de 15 de maio de 2008, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de maio de 2008, p. 43;

XCVII - Portaria nº 1391/GM/MS, de 16 de agosto de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 18 de agosto de 2005, p. 40;

XCVIII - Portaria nº 81/GM/MS, de 20 de janeiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 21 de janeiro de 2009, p. 50;

XCIX - arts. 1º a 21, 28 a 38, 38-A, 39 a 43 da Portaria nº 199/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 12 de fevereiro de 2014, p. 44;

C - Portaria nº 3027/GM/MS, de 26 de novembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de novembro de 2007, p. 45;

CI - Portaria nº 598/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 24 de março de 2006, p. 51;

CII - Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de fevereiro de 2004, p. 37;

CIII - arts. 1º a 16, 20 a 22 da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de agosto de 2007, p. 34;

CIV - Portaria nº 1055/GM/MS, de 4 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 6 de julho de 2005, p. 29;

CV - Portaria nº 1325/GM/MS, de 27 de maio de 2010, publicada no Diário Oficial da União, Seção 2, de 28 de maio de 2010, p. 51;

CVI - Portaria nº 827/GM/MS, de 5 de maio de 2004, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de maio de 2004, p. 32;

CVII - Portaria nº 174/GM/MS, de 27 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de janeiro de 2006, p. 75;

CVIII - Portaria nº 1578/GM/MS, de 29 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 30 de setembro de 2015, p. 63;

CIX - Portaria nº 2690/GM/MS, de 5 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 6 de novembro de 2009, p. 61;

CX - Portaria nº 589/GM/MS, de 20 de maio de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 22 de maio de 2015, p. 72.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO I

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Origem: PRT MS/GM 2446/2014)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saude (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 2º)

Art. 3º São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º)

I - a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, I)

II - a felicidade, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, II)

III - a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, III)

IV - o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, IV)

V - a humanização, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, V)

VI - a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VI)

VII - a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VII)

VIII - a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 3º, VIII)

Art. 4º A PNPS adota como princípios: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º)

I - a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, I)

II - a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, II)

III - a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, III)

IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IV)

V - a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, V)

VI - a intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VI)

VII - a sustentabilidade, que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VII)

VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, VIII)

IX - a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 4º, IX)

Art. 5º São diretrizes da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º)

I - o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, I)

II - o fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, II)

III - incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, IV)

V - estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, V)

VI - apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VI)

VII - incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VII)

VIII - organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 5º, VIII)

Art. 6º A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º)

I - estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, I)

II - contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, II)

III - favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade e o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, III)

IV - promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IV)

V - apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, V)

VI - valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VII)

VIII - promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), para trabalhadores, gestores e cidadãos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, VIII)

IX - estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, IX)

X - estimular a pesquisa, produção e difusão de conhecimentos e estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, X)

XI - promover meios para a inclusão e qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e inquéritos, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XI)

XII - fomentar discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XII)

XIII - contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as agendas nacionais e internacionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 7º, XIII)

Art. 8º São temas transversais da PNPS, entendidos como referências para a formação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º)

I - Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, que significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, I)

II - desenvolvimento sustentável, que se refere a dar visibilidade aos modos de consumo e produção relacionados com o tema priorizado, mapeando possibilidades de intervir naqueles que sejam deletérios à saúde, adequando tecnologias e potencialidades de acordo com especificidades locais, sem comprometer as necessidades futuras; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, II)

III - produção de saúde e cuidado, que representa a incorporação do tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, III)

IV - ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, IV)

V - vida no trabalho, que compreende a interrelação do tema priorizado com o trabalho formal e não formal e com os setores primário, secundário e terciário da economia, considerando os espaços urbano e rural, e identificando oportunidades de operacionalização na lógica da promoção da saúde para ações e atividades desenvolvidas nos distintos locais, de maneira participativa e dialógica; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, V)

VI - cultura da paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 8º, VI)

Art. 9º São Eixos Operacionais da PNPS, entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º)

I - territorialização, enquanto estratégia operacional: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I)

a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e para organizar a RAS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, a)

b) considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, b)

c) observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer identidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, I, c)

II - articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, II)

III - RAS, enquanto estratégia operacional necessita: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III)

a) transversalizar a promoção na RAS, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, a)

b) articular com as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, III, b)

IV - participação e controle social, que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IV)

V - gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, V)

VI - educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VI)

VII - vigilância, monitoramento e avaliação, enquanto uso de múltiplas abordagens na geração e análise de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais, visando subsidiar decisões, intervenções e implantar políticas públicas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VII)

VIII - produção e disseminação de conhecimentos e saberes, enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, VIII)

IX - comunicação social e mídia, enquanto uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 9º, IX)

Art. 10. São temas prioritários da PNPS, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, pactos interfederativos e planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10)

I - formação e educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, I)

II - alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, II)

III - práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, III)

IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, IV)

V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, V)

VI - promoção da mobilidade segura, que compreende: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI)

a) buscar avançar na articulação intersetorial e intrasetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, a)

b) orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos, além da sociedade, visando definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, b)

c) avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e a paz no trânsito. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VI, c)

VII - promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, articulando a RAS com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de

gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VII)

VIII - promoção do desenvolvimento sustentável, que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 10, VIII)

Art. 11. Compete às esferas federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais do SUS: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11)

I - divulgar a PNPS, fortalecendo seus valores e princípios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, I)

II - estabelecer parcerias, promovendo a articulação intersetorial e intrassetorial; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, II)

III - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base nos valores, princípios e diretrizes da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, III)

IV - fomentar normas e regulamentos para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável em ambientes, comunidades, municípios e territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social e as instâncias de gestão democrática e participativa, enquanto mecanismo de implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, V)

VI - construir mecanismos de identificação das potencialidades e das vulnerabilidades para subsidiar o fortalecimento da equidade; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VI)

VII - definir prioridades, objetivos, estratégias e metas nas instâncias colegiadas e intergestores para implementação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, VIII)

IX - promover a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e o desenvolvimento de estudos e pesquisas que visem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados para a promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, X)

XI - desenvolver estratégias e mecanismos organizacionais de qualificação e valorização da força de trabalho da saúde, estimulando processos de formação e educação permanente voltados para a efetivação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XI)

XII - estimular as iniciativas e ações de promoção de saúde, bem como a produção de dados e divulgação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XII)

XIII - incluir a promoção da saúde nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde em conformidade com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, para implementação da PNPS, considerando as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIII)

XIV - articular a inserção das ações voltadas à promoção da saúde nos sistemas de informação do SUS e outros; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XIV)

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no País. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 11, XV)

Art. 12. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12)

I - promover a articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, I)

II - pactuar na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) os temas prioritários e o financiamento da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, II)

III - apoiar a implementação da PNPS, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, III)

IV - viabilizar mecanismos para cofinanciamento de planos, projetos e programas de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, V)

VI - apresentar no Conselho Nacional de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VI)

VII - institucionalizar e manter em funcionamento o Comitê da PNPS, em conformidade com os seus princípios e diretrizes; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VII)

VIII - realizar apoio institucional às Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, visando à implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, VIII)

IX - apoiar e produzir a elaboração de materiais de divulgação, visando socializar informações e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, IX)

X - estimular, monitorar e avaliar os processos, programas, projetos e ações de promoção da saúde. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 12, X)

Art. 13. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13)

I - promover a articulação com os municípios para apoio à implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, I)

II - pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, II)

III - implantar e implementar a PNPS na RAS, no âmbito de seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo adequações às especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, III)

IV - apresentar no Conselho Estadual de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde nos Planos Plurianual e Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, V)

VI - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VI)

VII - realizar apoio institucional às secretarias municipais e regiões de saúde no processo de implantação, implementação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VII)

VIII - realizar o monitoramento e avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual e distrital; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, VIII)

IX - apoiar e elaborar materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, IX)

X - promover cooperação, espaços de discussão e trocas de experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, X)

XI - apoiar e promover a execução de programas, planos, projetos e ações relacionadas com a promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 13, XI)

Art. 14. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14)

I - promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implantação e implementação da PNPS no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, I)

II - implantar e implementar a PNPS no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, II)

III - pactuar nas CIB e CIR as estratégias, diretrizes, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, III)

IV - apresentar no Conselho Municipal de Saúde estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IV)

V - incorporar ações de Promoção da Saúde aos Planos Plurianual e Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, V)

VI - destinar recursos orçamentários e financeiros para realização das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VI)

VII - prestar apoio institucional aos gestores e trabalhadores no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VII)

VIII - promover e realizar a educação permanente dos trabalhadores do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, VIII)

IX - identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, IX)

X - promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, X)

XI - identificar, articular e apoiar a troca de experiências e conhecimentos referentes às ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XI)

XII - participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XII)

XIII - elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIII)

XIV - apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionadas à promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico e as necessidades do seu território. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 14, XIV)

Art. 15. À Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF) competem as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 15)

Art. 16. O financiamento dos temas prioritários da PNPS e seus planos operativos serão objeto de pactuação prévia na CIT. (Origem: PRT MS/GM 2446/2014, Art. 16)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Art. 17. Fica instituído o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 1º)

Art. 18. Compete ao CGPNPS: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º)

I - consolidar a implementação da PNPS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, I)

II - coordenar a implementação da PNPS no Sistema Único de Saúde (SUS) em articulação com os demais setores governamentais e não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, II)

III - consolidar as agendas de promoção da saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos das instituições participantes e com o Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, III)

IV - promover a integração das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto dos instrumentos institucionais de planejamento e gestão; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, IV)

V - incentivar e apoiar a inclusão de temas sobre a Promoção da Saúde na elaboração de projetos e planos locais de acordo com os valores e princípios, os objetivos, as diretrizes, os temas transversais e os eixos operacionais da PNPS, no âmbito dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, respeitando os instrumentos instituídos de planejamento e gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, V)

VI - monitorar e avaliar as estratégias de implantação e implementação da PNPS e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VI)

VII - viabilizar parcerias com organismos internacionais com o objetivo de promover articulação e intercâmbio entre países para fortalecimento da PNPS; e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VII)

VIII - desenvolver outras ações que visem ao fortalecimento da PNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 2º, VIII)

Art. 19. O CGPNPS será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º)

I - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretária-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, XVII)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados formalmente pelos dirigentes de seus respectivos órgãos à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes poderão ser substituídos a qualquer tempo, desde que formalizada a solicitação à Coordenação do CGPNPS, devendo a cada ano ser confirmada a indicação ou substituição. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 2º)

§ 3º As entidades de que trata os incisos XV a XVII serão convidadas a indicar representantes para compor o CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O CGPNPS poderá convidar servidores dos órgãos e entidades do Ministério da Saúde, de outros órgãos da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, organismos internacionais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, além dos indicados no "caput", cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento das funções atribuídas ao CGPNPS, mediante consulta prévia à Coordenação do CGPNPS. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 3º, § 4º)

Art. 20. O CGPNPS reunir-se-á, ordinariamente, com regularidade bimestral e, extraordinariamente, por iniciativa de qualquer um dos membros junto à Coordenação do CGPNPS, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data proposta para a realização da reunião. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 4º)

Art. 21. O CGPNPS poderá propor a criação de Grupos de Trabalho (GT), instituídos por meio de atos do Ministro de Estado da Saúde, para assessorá-lo com temas afetos à Promoção da Saúde, por meio de consolidação e implementação da PNPS, bem como acompanhamento das suas implementações, e emissão de pareceres e relatórios para subsidiar as atividades do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º)

§ 1º Os GT, ao finalizarem os trabalhos, deverão enviar relatórios ou pareceres, de acordo com a solicitação do CGPNPS, para aprovação e, posteriormente, divulgá-los. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Os GT serão compostos por até 5 (cinco) representantes do CGPNPS e poderão convidar especialistas, representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outros Ministérios, assim como representantes de outras entidades, instituições e movimentos sociais, de acordo com suas necessidades e especificidades. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 5º, § 2º)

Art. 22. As funções desempenhadas no âmbito do CGPNPS não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 6º)

Art. 23. Os debates ocorridos nas reuniões do CGPNPS deverão ser consubstanciados em atas com ampla divulgação no âmbito da saúde. (Origem: PRT MS/GM 227/2016, Art. 7º)

ANEXO II

Regulamento da Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Origem: PRT MS/GM 3796/2010)

Art. 1º Fica regulamentada a Política de Saúde Mental, observado o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DO COLEGIADO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE MENTAL

Art. 2º Fica instituído o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, de caráter consultivo, com a finalidade de: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º)

I - assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, I)

II - propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, II)

III - elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, III)

IV - analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, IV)

V - contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 1º, V)

Art. 3º O Colegiado Nacional terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): 1 (um) representante: (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I)

a) Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental/DAPES, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, I, a)

II - Coordenadores Estaduais de Saúde Mental: 27 (vinte e sete) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, II)

III - Coordenadores de Saúde Mental de Capitais: 26 (vinte e seis) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, V)

VI - Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS): 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VI)

VII - Conselho Nacional de Saúde: 1 (um) representante observador; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VII)

VIII - Secretaria de Direitos Humanos: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, VIII)

IX - Ministério da Justiça e Segurança Pública: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, IX)

X - Economia Solidária/Ministério do Trabalho: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, X)

XI - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XI)

XII - Ministério da Cultura: 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Educação: 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 2º, XIII)

Art. 4º O Colegiado poderá, a seu critério, constituir câmaras técnicas transitórias ou permanentes, para atender aos objetivos do art. 2º, bem como convidar consultores para temas específicos, quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 3º)

Art. 5º O Colegiado poderá realizar reuniões ampliadas, quando considerar necessário, convidando para isto coordenadores de saúde mental de outros municípios, atendendo a critérios técnicos e populacionais, bem como outros setores do Ministério da Saúde e representações de entidades científicas e da sociedade civil. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 4º)

Art. 6º O Colegiado reuniar-se-á 2 (duas) vezes por ano, podendo realizar reunião extraordinária, se for considerado necessário. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 5º)

Art. 7º Caberá ao Colegiado estabelecer seu regimento interno e a Secretaria Executiva, ouvida a Secretaria de Atenção à Saúde, instância à qual o Colegiado se reporta. (Origem: PRT MS/GM 3796/2010, Art. 6º)

CAPÍTULO II
DO FÓRUM NACIONAL SOBRE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Art. 8º Fica instituído o Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, com as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º)

I - funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, I)

II - estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, II)

III - promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, III)

IV - produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 1º, IV)

Art. 9º O Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude será composto por representantes das seguintes instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º)

I - Área Técnica de Saúde Mental - DAPES/SAS, que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, I)

II - Área Técnica de Saúde Mental - Política de Álcool e Outras Drogas - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, II)

III - Área Técnica de Saúde da Criança - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, III)

IV - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IV)

V - Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, V)

VI - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VI)

VII - Departamento de Atenção Básica - SAS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VII)

VIII - Programa Nacional de DST/AIDS/SVS; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, VIII)

IX - Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, IX)

X - Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, X)

XI - Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XI)

XII - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XII)

XIII - Ministério da Justiça e Segurança Pública; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIII)

XIV - Ministério da Educação; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIV)

XV - Ministério da Cultura; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XV)

XVI - Ministério do Esporte; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVI)

XVII - Conselho Nacional de Procuradores - Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVII)

XVIII - Associação de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XVIII)

XIX - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XIX)

XX - Secretaria Especial de Direitos humanos (SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XX)

XXI - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXI)

XXII - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (CORDE/SEDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXII)

XXIII - Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais (FEBIEX); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIII)

XXIV - Federação Nacional das APAES; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIV)

XXV - Federação Nacional das Instituições Pestallozzi; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXV)

XXVI - Associação Brasileira de Autismo; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVI)

XXVII - Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - Associação Juízes para a Democracia (AJD); (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXIX)

XXX - Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares; (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXX)

XXXI - Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência (ABENEPI); e (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXI)

XXXII - dois representantes de Movimentos Nacionais de Crianças e Jovens, a serem definidos na primeira reunião deste Fórum. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, XXXII)

Parágrafo Único. As representações terão assento permanente no fórum, o qual poderá convocar a participação de outros segmentos representativos e de convidados. (Origem: PRT MS/GM 1608/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

ANEXO III

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (Origem: PRT MS/GM 2715/2011)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, na forma do Anexo 1 do Anexo III , cuja íntegra se encontra disponível no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DA ESTRATÉGIA AMAMENTA E ALIMENTA BRASIL

Art. 3º Fica instituída a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é resultado da integração de duas ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e foi construída de forma conjunta entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) e a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 4º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil objetiva: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º)

I - qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 (dois) anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, I)

II - aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 2º, II)

Art. 5º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pretende: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º)

I - contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, I)

II - contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, II)

III - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, IV)

V - contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, V)

VI - contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VI)

VII - contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VII)

VIII - contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 3º, VIII)

Art. 6º A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil deverá ser implementada por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º)

§ 1º As oficinas de formação de tutores têm por objetivo qualificar profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico- reflexiva. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As oficinas de trabalho nas UBS têm por objetivo discutir a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 7º Os tutores da Estratégia serão os profissionais responsáveis por multiplicar a Estratégia e realizar oficinas de trabalho nas UBS do seu âmbito de atuação, apoiando o planejamento, o acompanhamento e/ou fortalecimento de ações de promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º)

§ 1º O tutor deverá ser apoiador de pelo menos 1 (uma) UBS, oferecendo auxílio de forma contínua. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Aos tutores já formados na Rede Amamenta Brasil e/ou na ENPACS, para ser considerado tutor da EAAB será necessário: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º)

I - participar de Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação nos conteúdos da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, I)

II - requerer, junto à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e/ou Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS), por meio de ofício, a certificação como tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, apresentando o certificado de tutor de uma ou de ambas as estratégias anteriores e o de conclusão do Curso de Ensino à Distância sobre a referida Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 5º, § 2º, II)

Art. 8º O acompanhamento da UBS, que faz parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, deverá ser realizado por um tutor responsável, juntamente com a equipe de atenção básica, na elaboração, desenvolvimento e execução de um plano de ação para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. O tutor responsável poderá realizar, de acordo com a realidade local, outras oficinas de trabalho na UBS e/ou atividades complementares, podendo ser: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º)

I - oficina com foco na elaboração, desenvolvimento e acompanhamento do plano de ação; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, I)

II - oficina de manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, II)

III - oficina sobre a alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, III)

IV - oficina sobre Vigilância Alimentar e Nutricional; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, IV)

V - outras oficinas cuja temática atenda às necessidades da equipe de atenção básica. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 6º, V)

Art. 9º O monitoramento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será realizado por dois sistemas: Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, tendo como objetivo avaliar de forma periódica e permanente o processo de sua implementação e de mudanças nas práticas alimentares. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 7º)

Art. 10. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) poderão receber certificação caso cumpram os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º)

I - desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, I)

II - monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, II)

III - dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, III)

IV - cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265 de 2006, e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, IV)

V - contar com a participação de pelo menos de 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, V)

VI - cumprir pelo menos uma ação de aleitamento materno e uma de alimentação complementar pactuada no plano de ação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 8º, VI)

Art. 11. Para avaliar o cumprimento dos critérios para a certificação serão utilizadas as seguintes fontes de informação: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º)

I - padrões de qualidade da Auto-avaliação e avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, I)

II - Sistema de Gerenciamento da Estratégia; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, II)

III - Sistema de Informação da Atenção Básica vigente. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 9º, III)

Art. 12. As equipes de atenção básica que fazem parte da Estratégia e que não aderiram ao PMAQ-AB deverão cumprir os mesmos critérios estabelecidos para as equipes de atenção básica integrantes do PMAQ-AB, e poderão receber a certificação por meio do Sistema de Gerenciamento da Estratégia. Para isso, o tutor e as Coordenações municipais de saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão seguir as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10)

I - o tutor da UBS deverá preencher os formulários disponíveis no sistema e informar à Coordenação Municipal que solicitou a certificação junto ao Ministério da Saúde, via ofício emitido pela gerência/coordenação da UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, I)

II - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão encaminhar o referido ofício para o Ministério da Saúde, ratificando o cumprimento dos critérios exigidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, II)

III - as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão enviar ofício às Coordenações Estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição informando sobre a solicitação de certificação das UBS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, III)

IV - o tutor e as Coordenações Municipais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição deverão aguardar a análise, pelo Ministério da Saúde, do pedido de certificação. Posteriormente, o referido Ministério entrará em contato com as Coordenações municipais e estaduais de Saúde da criança e/ou alimentação e nutrição, com o tutor e com o gerente/coordenador da UBS para informar sobre o resultado da solicitação de certificação. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, IV)

§ 1º A equipes de atenção básica que, após o processo de certificação na Estratégia, fizerem a adesão ao PMAQ-AB, só poderão ser recertificadas com base nas fontes de informação alusivas ao PMAQ-AB, conforme se aplica às equipes já inseridas no programa. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º A peridiocidade de avaliação para certificação de equipes integrantes do PMAQ-AB seguirá o cronograma do Programa. Para as equipes não PMAQ-AB, o cronograma de avaliação será determinado pelas coordenações que coordenam a Estratégia em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 13. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil será coordenada: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11)

I - em âmbito nacional, pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) e pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (CGAN/DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, I)

II - em âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde e no âmbito distrital pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, II)

III - em âmbito municipal, pela Secretaria Municipal de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 11, III)

Art. 14. São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12)

I - divulgar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, I)

II - pactuar e alocar recursos orçamentários para implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, II)

III - divulgar sistematicamente os resultados do monitoramento das ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, III)

IV - promover articulação entre as diferentes esferas e serviços. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 12, IV)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13)

I - fornecer apoio técnico para os estados para implementação da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, I)

II - elaborar materiais de capacitação e apoio; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, II)

III - capacitar profissionais que serão multiplicadores nos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar a estratégia no âmbito nacional; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, IV)

V - disponibilizar o Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para monitoramento da implementação da estratégia e dos dados de aleitamento materno e alimentação complementar coletados pelas equipes de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, V)

VI - disponibilizar Curso de Ensino à Distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação dos tutores formados na Rede Amamenta Brasil e na ENPACS; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VI)

VII - certificar as equipes que preencherem os critérios para inclusão da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 13, VII)

Art. 16. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, I)

II - formar tutores em seus Municípios, conforme critérios definidos; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, II)

III - fornecer apoio técnico aos Municípios para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, III)

IV - monitorar a implementação da Estratégia nos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, IV)

V - apoiar os Municípios no processo de certificação das equipes de atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, V)

VI - orientar o uso do Sistema de gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 14, VI)

Art. 17. Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15)

I - coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito do Município; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, I)

II - selecionar os tutores responsáveis pelas Oficinas de Trabalho em aleitamento materno e alimentação complementar nas UBS; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, II)

III - fornecer apoio técnico às equipes de atenção básica para a consecução da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, III)

IV - informar ao Estado a solicitação de certificação das equipes elegíveis; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, IV)

V - orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da Estratégia; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, V)

VI - monitorar a implementação da Estratégia na atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VI)

VII - apoiar às Gerências e Equipes das UBS para que: (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII)

a) viabilizem as condições necessárias para a realização das Oficinas de Trabalho em AM e AC; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, a)

b) pactuem ações que promovam, protejam e apoiem a amamentação e alimentação complementar saudável; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, b)

c) construam instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para atendimento em amamentação e alimentação complementar; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, c)

d) cumpram a NBCAL; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, d)

e) envolvam na Estratégia no mínimo 85% da equipe de atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, e)

f) alimentem continuamente o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, f)

g) analisem criticamente os indicadores da UBS e dar-lhes visibilidade. (Origem: PRT MS/GM 1920/2013, Art. 15, VII, g)

CAPÍTULO II
DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)

Art. 18. Fica definida a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH), de acordo com as normas constantes do Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 1º)

Art. 19. Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, a designação dos integrantes da Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) de que trata o Anexo 2 do Anexo III . (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Art. 2º)

CAPÍTULO III
DA PREVENÇÃO DE CONTAMINAÇÃO PELO HIV, POR INTERMÉDIO DO ALEITAMENTO MATERNO E DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS, LEGAIS E MORAIS NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO SEM RISCO

Art. 20. Para a prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno, deverão ser consideradas as seguintes medidas: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º)

I - o aleitamento materno cruzado não deve ser realizado, incluindo aquele às vezes praticado nos sistemas de alojamento conjunto e pelas tradicionais amas-de-leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, I)

II - as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos, nem doar leite; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, II)

III - os filhos de mães infectadas pelo HIV que necessitam do leite materno como fator de sobrevivência, poderão receber leite de suas próprias mães, desde que adequadamente pasteurizado; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, III)

IV - os Bancos de Leite Humano utilizarão somente leite ou colostro, após adequada pasteurização, como aquecimento a 62,5°C por 30 minutos, observado que: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV)

a) essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV possíveis de serem encontradas no leite humano; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, a)

b) o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia, não garante a inativação do HIV; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, b)

c) a pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, IV, c)

V - a seleção de doadores de bancos de leite deve obedecer aos critérios estabelecidos no Capítulo II; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, V)

VI - as mães em situação de risco para o HIV, antes de amamentarem seus filhos, devem, preferencialmente no pré-natal, ser orientadas a se submeterem a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VI)

VII - são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres: (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII)

a) usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, a)

b) que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou com parceiros que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados a partir de 1980; (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, b)

c) que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres); (Origem: PRT MS/GM 2415/1996,

Art. 1º, VII, c)

d) com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis a partir de 1980. (Origem: PRT MS/GM 2415/1996, Art. 1º, VII, d)

CAPÍTULO IV
DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE FORTIFICAÇÃO DE FARINHAS DE TRIGO, DE MILHO E DE SEUS SUBPRODUTOS

Art. 21. Fica instituída a Comissão Interinstitucional para Implementação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Fortificação de Farinhas de Trigo, de Milho e de seus Subprodutos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 1º)

Art. 22. A Comissão Interinstitucional será composta por um representante - titular e suplente - de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, e atuará sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, a)

b) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, I, b)

II - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, III)

IV - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IV)

V - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, V)

VI - Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VI)

VII - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VII)

VIII - Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação (ABIA); (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, VIII)

IX - Associação Brasileira das Indústrias Moageiras de Milho (ABIMILHO); e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, IX)

X - Associação Brasileira das Indústrias do Trigo (ABITRIGO). (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 2º, X)

Art. 23. Compete à Comissão: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º)

I - propor medidas destinadas a implementar as ações para fortificação das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, I)

II - acompanhar e monitorar a fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos, bem como discutir a efetividade das ações adotadas; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, II)

III - estabelecer estratégias de informação, de comunicação, de educação e de mobilização social com vistas à redução da prevalência de anemia e dos defeitos do tubo neural. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 3º, III)

Art. 24. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º)

I - promover a integração e a coordenação de todos os setores envolvidos na fortificação das farinhas de trigo, de milho e de seus subprodutos; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, I)

II - definir estratégia de divulgação da fortificação às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e de outras instituições relacionadas de acordo com o pactuado no âmbito da Comissão; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, II)

III - promover, com apoio dos componentes da Comissão, a produção e a distribuição de materiais educativos e informativos, para profissionais de saúde e relacionados, indústrias produtoras de farinha de trigo e de milho e para a população em geral; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, III)

IV - promover ações educativas e de comunicação, com vistas a esclarecer a população sobre a importância do consumo de ferro e do ácido fólico, bem como sobre os papéis desses micronutrientes na prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro e na redução da incidência do nascimento de crianças com defeitos do tubo neural; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, IV)

V - delinear, desenvolver e apoiar estudos e pesquisas que avaliem os processos e os resultados de impacto da fortificação das farinhas, em nível nacional, regional e local; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, V)

VI - apoiar e fomentar, com apoio dos componentes da Comissão a realização de inquéritos e/ou levantamentos epidemiológicos referentes às patologias decorrentes da deficiência de ferro e de ácido fólico; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VI)

VII - estabelecer parcerias com outras áreas do Ministério da Saúde, órgãos e instituições governamentais e não governamentais, para o fomento de atividades complementares, com o objetivo de promover ações destinadas à prevenção e ao controle da anemia por deficiência de ferro e dos defeitos do tubo neural acarretados pela deficiência de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 4º, VII)

Art. 25. Compete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º)

I - implantar e implementar o monitoramento nacional das farinhas de trigo e de milho produzidas em todos os moinhos e indústrias, bem como dos produtos expostos no mercado; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, I)

II - coordenar e regulamentar as ações de controle higiênicosanitário dos estabelecimentos produtores de farinhas de trigo e de milho e do produto exposto à comercialização; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, II)

III - analisar e divulgar, sistematicamente, os resultados do controle e do monitoramento das farinhas de trigo e de milho; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, III)

IV - promover a inserção dos laboratórios oficiais em programas de controle de qualidade analítica; (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, IV)

V - promover a sensibilização do setor produtivo com vistas a atender à legislação sanitária vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, V)

VI - monitorar as farinhas de trigo e de milho importadas quanto ao cumprimento da legislação vigente, em especial quanto aos teores de ferro e de ácido fólico. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 5º, VI)

Art. 26. Cabe a cada membro da Comissão Interinstitucional fornecer as informações necessárias para o acompanhamento e avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º)

§ 1º As competências e atribuições dos demais componentes da Comissão serão estabelecidas no Regimento Interno a ser elaborado pela Comissão Interinstitucional a partir da data de sua instalação, submetendo-o à aprovação do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 1º)

§ 2º Cada membro da Comissão Interinstitucional deverá compilar e fornecer toda informação necessária, a ser analisada em conjunto, para o acompanhamento e a avaliação periódica da fortificação das farinhas de trigo e de milho. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. A Comissão Interinstitucional reunir-se-á, ordinariamente, duas vezes por ano, e, extraordinariamente, quando convocada por seu coordenador ou por solicitação de qualquer um de seus membros, cabendo neste último caso a apreciação do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 7º)

Art. 28. A Comissão Interinstitucional poderá convidar cientistas, especialistas ou pesquisadores de instituições acadêmicas ou científicas de organismos internacionais, bem como representantes da sociedade civil para colaborarem na análise de assuntos específicos. (Origem: PRT MS/GM 1793/2009, Art. 8º)

ANEXO 1 DO ANEXO III

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Origem: PRT MS/GM 2715/2011, Anexo 1)

Política Nacional de Alimentação e Nutrição

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, integra os esforços do Estado Brasileiro que por meio de um conjunto de políticas públicas propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e desnutrição. Por outro lado, observa-se aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A completar-se dez anos de publicação da PNAN, deu-se início ao processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a consolidar-se como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde.

Em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, conduziu um amplo e democrático processo de atualização e aprimoramento da Política, por meio de 26 Seminários Estaduais e do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 10 anos que contaram com a presença de conselheiros estaduais e municipais de saúde; entidades da sociedade civil; entidades de trabalhadores de saúde; gestores estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição e da Atenção Básica; conselheiros estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional; Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição vinculados a universidades e especialistas em políticas públicas de saúde e de alimentação e nutrição.

Nesta nova edição, a PNAN apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

Está organizada, também, em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações.

Brasília, 17 de novembro de 2011

Ministério da Saúde

1 INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social e, consequentemente, da fome e escassez de alimentos, com melhoria ao acesso e variedade destes, além da garantia da disponibilidade média de calorias para consumo, embora ainda existam cerca de 16 milhões de brasileiros vivendo na pobreza extrema. A diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada do aumento vertiginoso da obesidade em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição.

A alimentação e nutrição estão presentes na legislação recente do Estado Brasileiro, com destaque para a Lei 8080, de 19/09/1990 (BRASIL, 1990), que entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde.

Na última década, o principal avanço foi a incorporação da alimentação como um direito social. A Emenda Constitucional n° 64, aprovada em 2010, introduziu no art. 6° da Constituição Federal a alimentação como direito (BRASIL, 1990). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, ocupado com a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006a) e o Decreto 7272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010b). Tanto a Lei como o Decreto apresentam entre as suas bases diretivas o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde.

Na saúde, ressalta-se a publicação do Decreto 7508, de 28/06/2011, que regulamenta a Lei 8080, com a instituição da Rede de Atenção à Saúde e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que possibilitarão avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Outras Políticas da saúde somam-se aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional. A Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção à Saúde são orientadas nesse sentido.

A determinação social da saúde assim como a promoção e prevenção de agravos estão presentes em diversos documentos internacionalmente conhecidos, como o Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, publicado em 2008, a Estratégia Global para a Alimentação do Bebê e da Criança Pequena (2002) e a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004).

Os documentos apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir aos indivíduos a capacidade de fazer escolhas saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visem tornar essas escolhas factíveis à população.

O aleitamento materno, que deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, é necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. O Brasil adota as recomendações internacionais, recomendando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até o segundo ano de vida (BRASIL, 2009a). Segundo a Pesquisa Nacional de demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, 95% das crianças brasileiras foram alguma vez amamentadas, mas esse número cai drasticamente ao longo dos dois primeiros anos de vida. Segundo a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno no Conjunto das Capitais Brasileiras e DF, realizada em 2008, a mediana de aleitamento materno exclusivo foi 54 dias e a mediana do aleitamento materno total, que deveria ser de 24 meses, foi 341,6 dias (11,2 meses) (BRASIL, 2009c). Atualmente, segundo a pesquisa, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses é de 41%.

A transição do aleitamento materno para os alimentos consumidos pela família é o período denominado como alimentação complementar, que deve ser iniciada aos seis meses de idade e concluída aos 24 meses. A introdução de alimentos deve ser feita em tempo oportuno, em quantidade e qualidade adequadas a cada fase do desenvolvimento infantil. Esse é o momento em que os primeiros hábitos são adquiridos e formados e a correta inserção dos alimentos tem o papel de promoção à saúde e hábitos saudáveis, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta. Segundo a PNDS, a introdução precoce de alimentos, antes dos dois meses de idade, era uma prática em 14% das crianças, evoluindo para mais de 30% nas crianças entre quatro e cinco meses (BRASIL, 2009a).

A dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e atualmente é fortemente caracterizada por uma combinação de uma dieta dita "tradicional" (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultraprocessados, com altos teores de gorduras, sódio e açúcar e com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultraprocessados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano.

As diferenças de renda são expressas no padrão de consumo alimentar dos diferentes estratos. A dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho. A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias.

O padrão de consumo também varia de acordo com os grupos etários. Entre os mais novos, é maior o consumo de alimentos ultraprocessados, que tendem a diminuir com o aumento da idade, enquanto o inverso é observado entre as frutas e hortaliças. Os adolescentes são o grupo com pior perfil da dieta, com as menores frequências de consumo de feijão, saladas e verduras em geral, apontando para um prognóstico de aumento do excesso de peso e doenças crônicas.

Os brasileiros residentes na zona rural, quando comparados com os residentes da zona urbana, apresentam maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, havendo predomínio de

consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Na zona urbana, observa-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados. As regiões geográficas também imprimem a sua identidade alimentar, sendo mais frequente, na região norte, o consumo de farinha de mandioca, açaí e peixe fresco; no Nordeste: ovos e biscoitos salgados; no Centro-Oeste: arroz, feijão, carne bovina e leite; no Sudeste e Sul: pão francês, massas, batata inglesa, queijos, iogurtes e refrigerantes. Em algumas regiões as tradições culturais resistem às mudanças, enquanto que, em outras, essas tradições estão sendo descaracterizadas, havendo perda da identidade cultural alimentar.

O estilo de vida atual favorece a um maior número de refeições realizadas fora do domicílio: em 2009, 16% das calorias foram oriundas da alimentação fora de casa. Essa é composta, na maioria dos casos, por alimentos industrializados e ultraprocessados como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados, imprimindo um padrão de alimentação que, muitas vezes, é repetido no domicílio.

A transição nutricional foi acompanhada pelo aumento da disponibilidade média de calorias para consumo. Em 2009 o consumo energético diário médio da população foi superior ao recomendado de 2000 kcal, o que é mais um fator contributivo para o aumento do excesso de peso. Essa média se assemelha às encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, com as maiores médias entre os adolescentes do sexo masculino e as menores entre os idosos.

O declínio do nível de atividade física, aliado à adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar têm relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas.

Com relação às doenças relacionadas às deficiências de micronutrientes, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006, reafirmou que as deficiências de ferro e vitamina A ainda persistem como problemas de saúde pública no Brasil: 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres em idade fértil apresentam hipovitaminose A, enquanto 20,9% e 29,4% desses grupos populacionais, respectivamente, apresentam anemia por deficiência de ferro. Estudos regionais apontam para uma prevalência média de cerca de 50% de anemia ferropriva em crianças menores de cinco anos de idade.

A melhoria ao acesso à saúde e à renda da população deveriam ter impactado na melhoria dos indicadores relativos à deficiência de micronutrientes, carências que, aparentemente, estavam sanadas, como no caso da hipovitaminose A e outras deficiências, como o ressurgimento de casos de Beribéri em alguns estados brasileiros, e o desajuste do consumo de iodo por adultos, provenientes do consumo excessivo do sal de cozinha iodado.

A sociedade brasileira vivenciou uma peculiar e rápida transição nutricional: de um país que apresentava altas taxas de desnutrição, na década de 1970, passou a ser um país com metade da população adulta com excesso de peso, em 2008. A redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos foi intensa nas últimas décadas. Nesse sentido, a associação de políticas econômicas e sociais, particularmente na década de 2000, foi fundamental para o Brasil avançar na redução das desigualdades internas. Entre 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas relativas à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (indicador do ODM de erradicação da pobreza extrema e fome): "Prevalência de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso" caiu mais de quatro vezes (de 7,1% para 1,7%), enquanto o déficit de altura diminuiu para cerca de um terço no mesmo período (de 19,6% para 6,7%).

No entanto, os avanços são desiguais. Ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população, como entre as crianças indígenas (26%), quilombolas (16%), residentes na região norte do país (15%) e aquelas pertencentes às famílias beneficiárias dos programas de transferência de renda (15%), afetando principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza. Apesar das diferenças entre os grupos étnicos e regiões geográficas, a maior redução das prevalências de desnutrição infantil se deu na Região Nordeste e nas populações mais pobres do país, sendo os principais fatores responsáveis por esses avanços: o aumento da escolaridade materna, o aumento da renda familiar, o maior acesso aos serviços da rede de atenção básica de saúde e a expansão do saneamento básico.

Simultaneamente, o Brasil vem enfrentando o aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade, assim como em vários países do mundo. Em função de sua magnitude e velocidade de evolução, o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade - é considerado atualmente um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias. Em vinte anos, as prevalências de obesidade em crianças entre 5 a 9 anos foram multiplicadas por quatro entre os meninos (4,1% para 16,6%) e por, praticamente, cinco entre as meninas (2,4% para 11,8%). Nos adolescentes, após quatro décadas de aumento gradual nas prevalências, em torno de 20% apresentaram excesso de peso (com pequena diferença entre os sexos) e quase 6% dos adolescentes do sexo masculino e 4% do sexo feminino foram classificados como obesos.

Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e de renda. A obesidade cresceu de 2,8% em homens e 7,8% em mulheres para 12,5% entre homens e 16,9% entre as mulheres nos períodos entre 1974-1975 e 2008-2009, de modo que o excesso de peso alcançou 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres. Atualmente, a obesidade tem prevalências semelhantes entre as mulheres de todos os níveis de renda, mas, entre os homens, a obesidade entre os vinte por cento mais ricos da população é o dobro das prevalências encontradas entre o quinto mais pobre. A renda média da população brasileira apresentou um incremento nas últimas décadas e as doenças crônicas, com foco para obesidade, passaram a apresentar taxas semelhantes entre os grupos.

As doenças crônicas são a principal causa de mortalidade de adultos no Brasil. Nos últimos anos, os percentuais de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vêm se mantendo estáveis, embora a obesidade esteja em ascensão. Segundo o VIGITEL, a obesidade avança anualmente cerca de 1% entre os adultos. O aumento da obesidade está fortemente ligado ao consumo alimentar e à prática de atividade física. Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada, tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social. O Estudo de Carga Global de Doenças no Brasil revela que 58% dos anos de vida perdidos precocemente se devem às doenças crônicas não transmissíveis.

Os indicadores de saúde e nutrição refletem as desigualdades de renda e raça que ainda persistem no país: mulheres negras e de baixa renda apresentam maiores percentuais de doenças crônicas quando comparadas a mulheres, da mesma idade, brancas e de renda mais alta. Entre os homens, a obesidade está mais presente entre os de renda mais alta, embora cresça em todos os estratos.

O desenvolvimento econômico deve ser acompanhado pelo setor saúde para que as populações que tenham incremento de renda também tenham melhorias de acesso e condições de saúde.

O cenário epidemiológico apresentado reflete os avanços do Brasil na luta contra a fome e a desnutrição, embora ainda existam populações vulneráveis a esses agravos. O acelerado crescimento do excesso de peso em todas as faixas etárias e de renda deixa clara a necessidade de medidas de controle e prevenção do ganho de peso. Se essas ações não forem implementadas, estima-se que em vinte anos cerca de 70% dos brasileiros estarão com excesso de peso no Brasil.

O enfrentamento desse quadro clama por ações nos diversos setores, desde a produção à comercialização final dos alimentos e com a garantia de ambientes que propiciem a mudança de conduta dos indivíduos e da sociedade. Ciente de sua responsabilidade sanitária, frente a esse cenário, a PNAN constitui-se uma resposta oportuna e específica do SUS para reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira, ao tempo em que promove a alimentação adequada e saudável e a atenção nutricional para todas as fases do curso da vida.

2 PROPÓSITO

A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

3 PRINCÍPIOS

A PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e à Alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular), aos quais se somam os princípios a seguir:

A Alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde: a alimentação expressa as relações sociais, valores e história do indivíduo e dos grupos populacionais e tem implicações diretas na saúde e na qualidade de vida. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde, na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde.

O respeito à diversidade e à cultura alimentar: a alimentação brasileira, com suas particularidades regionais, é a síntese do processo histórico de intercâmbio cultural, entre as matrizes indígena, portuguesa e africana que se somam, por meio dos fluxos migratórios, às influências de práticas e saberes alimentares de outros povos que compõem a diversidade sociocultural brasileira. Reconhecer, respeitar, preservar, resgatar e difundir a riqueza incomensurável de alimentos e práticas alimentares correspondem ao desenvolvimento de ações com base no respeito à identidade e cultura alimentar da população.

O fortalecimento da autonomia dos indivíduos: o fortalecimento ou ampliação dos graus de autonomia para as escolhas e práticas alimentares implica, por um lado, um aumento da capacidade de interpretação e análise do sujeito sobre si e sobre o mundo e, por outro, a capacidade de fazer escolhas, governar e produzir a própria vida. Para tanto, é importante que o indivíduo desenvolva a capacidade de lidar com as situações, a partir do conhecimento dos determinantes dos problemas que o afetam, encarando-os com reflexão crítica. Diante dos interesses e pressões do mercado comercial de alimentos, bem como das regras de disciplinamento e prescrição de condutas dietéticas em nome da saúde, ter mais autonomia significa conhecer as várias perspectivas, poder experimentar, decidir, reorientar, ampliar os objetos de investimento relacionados ao comer e poder contar com pessoas nessas escolhas e movimentos. Há uma linha tênue entre dano e prazer que deve ser continuamente analisada, pois leva os profissionais de saúde, frequentemente, a se colocarem nos extremos da omissão e do governo exacerbado dos outros. Para isso, deve-se investir em instrumentos e estratégias de comunicação e educação em saúde que apoiem os profissionais de saúde em seu papel de socialização do conhecimento e da informação sobre alimentação e nutrição e de apoio aos indivíduos e coletividades na decisão por práticas promotoras da saúde.

A determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição: o conhecimento das determinações socioeconômicas e culturais da alimentação e nutrição dos indivíduos e coletividades contribui para a construção de formas de acesso a uma alimentação adequada e saudável, colaborando com a mudança do modelo de produção e consumo de alimentos que determinam o atual perfil epidemiológico. A busca pela integralidade na atenção nutricional pressupõe a articulação entre setores sociais diversos e se constitui em uma possibilidade de superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e institucionais, de modo a responder aos problemas de alimentação e nutrição vivenciados pela população brasileira.

A segurança alimentar e nutricional com soberania: a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é estabelecida no Brasil como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Soberania Alimentar se refere ao direito dos povos de decidir seu próprio sistema alimentar e de produzir alimentos saudáveis e culturalmente adequados, acessíveis, de forma sustentável e ecológica, colocando aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências de mercado.

4 DIRETRIZES

As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Sendo consolidadas em:

1. Organização da Atenção Nutricional;

2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;

3. Vigilância Alimentar e Nutricional;

4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;

5. Participação e Controle Social;

6. Qualificação da Força de Trabalho;

7. Controle e Regulação dos Alimentos;

8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;

9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

4.1 Organização da Atenção Nutricional

A atual situação alimentar e nutricional do País torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à má alimentação, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde. Incluem-se, ainda, as ações de vigilância para proporcionar a identificação de seus determinantes e condicionantes, assim como das regiões e populações mais vulneráveis.

Dessa forma, a atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

A atenção nutricional tem como sujeitos os indivíduos, a família e a comunidade. Os indivíduos apresentam características específicas e entre os elementos de sua diversidade está a fase do curso da vida em que se encontram, além da influência da família e da comunidade em que vivem. Todas as fases do curso da vida devem ser foco da atenção nutricional, no entanto cabe a identificação e priorização de fases mais vulneráveis aos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

As famílias e comunidades devem ser entendidas como "sujeitos coletivos" que têm características, dinâmicas, formas de organização e necessidades distintas, assim como apresentam diferentes respostas a fatores que possam lhes afetar. Também devem ser consideradas as especificidades dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais, como a população negra, quilombolas e povos indígenas, entre outros, assim como as especificidades de gênero.

A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A Atenção Básica, pela sua capilaridade e capacidade de identificação das necessidades de saúde da população, sob sua responsabilidade, contribui para que a organização da atenção nutricional parta das necessidades dos usuários.

Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na RAS deverá ser iniciado pelo diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de Atenção Básica. A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida.

Para este diagnóstico deverão ser utilizados o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e outros sistemas de informação em saúde para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para saúde, relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar. De modo a identificar possíveis determinantes e condicionantes da situação alimentar e nutricional da população, é importante que as equipes de Atenção Básica incluam em seu processo de territorialização a identificação de locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, costumes e tradições alimentares locais, entre outras características do território, onde vive a população, que possam relacionar-se aos seus hábitos alimentares e estado nutricional.

A atenção nutricional deverá priorizar a realização de ações no âmbito da Atenção Básica, mas precisa incluir, de acordo com as necessidades dos usuários, outros pontos de atenção à saúde, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, hospitais, atenção domiciliar, entre outros no âmbito do SUS. Assim como ações em diferentes equipamentos sociais (governamentais ou não) que possam contribuir com o cuidado integral em saúde por meio da intersetorialidade.

Nesse contexto, as práticas e processos de acolhimento precisam considerar a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levar em conta a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar. O que implica disseminar essas concepções entre os profissionais, contribuindo para a qualificação de sua escuta e capacidade resolutiva em uma perspectiva humanizada. Na organização da atenção nutricional devem ser consideradas outras racionalidades terapêuticas possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS.

A atenção nutricional, no âmbito da atenção básica, deverá dar respostas às demandas e necessidades de saúde do seu território, considerando as de maior frequência e relevância e observando critérios de risco e vulnerabilidade. Diante do atual quadro epidemiológico do país, são prioritárias as ações preventivas e de tratamento da obesidade, da desnutrição, das carências nutricionais específicas e de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à alimentação e nutrição. Também constituem demandas para a atenção nutricional, no SUS, o cuidado aos indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, como as decorrentes dos erros inatos do metabolismo, transtornos alimentares, entre outros.

Para a prática da atenção nutricional no âmbito da Atenção Básica, as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais profissionais para o desenvolvimento de ações integrais nessa área, respeitando seu núcleo de competências.

As ações de prevenção das carências nutricionais específicas por meio da suplementação de micronutrientes (ferro, vitamina A, dentre outros) serão de responsabilidade dos serviços de Atenção Básica, em acordo com o disposto nas normas técnicas dos programas de suplementação. As unidades hospitalares- maternidades colaboram na implementação dos programas de suplementação de micronutrientes, em especial na suplementação de vitamina A para puérperas no pós-parto.

Embora a Atenção Básica seja a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde, as demandas para a atenção nutricional podem ser identificadas em outros pontos da rede de atenção à saúde. Dessa forma, a atenção nutricional nos demais pontos de atenção à saúde também deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados de forma transversal a outras políticas específicas e com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando-se as atividades particulares dos profissionais que as compõem, assim como na Atenção Básica. Nesse sentido faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde. Deverão ainda ser normatizados os critérios para o acesso a alimentos para fins especiais de modo a promover a equidade e a regulação no acesso a esses produtos.

No âmbito hospitalar, é necessário promover a articulação entre o acompanhamento clínico e o acompanhamento nutricional, tendo em vista a relevância do estado nutricional para a evolução clínica dos pacientes; assim como a interação destes com os serviços de produção de refeições e os serviços de terapia nutricional, entendendo que a oferta de alimentação adequada e saudável é componente fundamental nos processos de recuperação da saúde e prevenção de novos agravos nos indivíduos hospitalizados.

No contexto da garantia da oferta de alimentação adequada e saudável, ressalta-se a importância de que a rede de atenção à saúde constitua-se em uma rede de apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Para tanto, deve-se incentivar e favorecer a prática do aleitamento materno (exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos) e a doação de leite humano em diversos serviços de saúde, de forma articulada aos Bancos de Leite Humano, para ampliar a oferta de leite materno nas situações de agravos maternos e infantis que impossibilitem a prática do aleitamento materno.

A incorporação organizada e progressiva da atenção nutricional deverá resultar em impacto positivo na saúde da população.

4.2 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

Entende-se por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) é uma das vertentes da Promoção à Saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. Assim, as ações de promoção da saúde constituem-se formas mais amplas de intervenção sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

A PAAS é aqui compreendida como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Considerando-se que o alimento tem funções transcendentes ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados.

A implantação dessa diretriz da PNAN fundamenta-se nas dimensões de incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em (i) políticas públicas saudáveis; (ii) criação de ambientes favoráveis à saúde nos quais indivíduo e comunidades possam exercer o comportamento saudável; (iii) o reforço da ação comunitária; (iv) o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio de processos participativos e permanentes e (v) a reorientação dos serviços na perspectiva da promoção da saúde.

Nesse contexto, a PAAS objetiva a melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes (físico, social, político, econômico e cultural), de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição.

O elenco de estratégias na saúde direcionadas à PAAS envolve a educação alimentar e nutricional que se soma às estratégias de regulação de alimentos - envolvendo rotulagem e informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos - e ao incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável, incidindo sobre a oferta de alimentos saudáveis nas escolas e nos ambientes de trabalho. A oferta de alimentos saudáveis também deve ser estimulada entre pequenos comércios de alimentos e refeições da chamada "comida de rua".

Nesse sentido, pressupõe-se o compromisso do setor saúde na articulação e desenvolvimento de ações intersetoriais em diferentes esferas de governo e junto à sociedade. Organizar as ações de PAAS implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos.

O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do auto-cuidado. Isso pressupõe, sobretudo, trabalhar com práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito universal à alimentação. Para isso, constitui-se prioridade a elaboração e pactuação de agenda integrada - intra e intersetorial - de educação alimentar e nutricional para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas com os diversos setores afetos ao tema.

A responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo- se nos demais equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros.

O conjunto das ações de PAAS, aliado às demais ações de promoção da saúde, contribui com a ampliação do escopo das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento dos indivíduos e das comunidades, com a superação do modelo biomédico, pautado pela doença, e de desafios como (i) a abordagem que se limita à produção e à oferta de informações técnico-científicas; (ii) a frágil integração do conhecimento científico ao popular, e (iii) a ainda insuficiente apropriação das dimensões cultural e social como determinantes dos hábitos alimentares.

Pela natureza das ações de PAAS, a participação popular é fundamental e deve ocorrer desde o diagnóstico da realidade e definição de objetivos até a implantação das ações, estando refletida nas discussões das instâncias de participação e controle social. Assim, deve ser incentivada a incorporação da dimensão da alimentação adequada e saudável nos conteúdos e estratégias dos movimentos sociais da educação popular em saúde e das capacitações para gestão participativa das instâncias de controle do SUS. Além da mobilização social, deve ser considerada a participação dos setores público e privado na elaboração e execução das estratégias.

4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

A vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

Deverá fornecer dados desagregados para os distintos âmbitos geográficos, categorias de gênero, idade, raça/etnia, populações específicas (como indígenas e povos e comunidades tradicionais) e outras de interesse para um amplo entendimento da diversidade e dinâmicas nutricional e alimentar da população brasileira. O seu fortalecimento institucional possibilitará documentar a distribuição, magnitude e tendência da transição nutricional, identificando seus desfechos, determinantes sociais, econômicos e ambientais.

A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios.

O Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), operado a partir da atenção básica à saúde, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida.

Deverá apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar.

Destaque deve ser dado à vigilância alimentar e nutricional de povos e comunidades tradicionais e de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade.

Ao Sisvan deverão ser incorporados o acompanhamento nutricional e o de saúde das populações assistidas pelos programas de transferência de renda no sentido de potencializar os esforços desenvolvidos pelas equipes de saúde, qualificando a informação e a atenção nutricional dispensada a essas famílias.

Na perspectiva de integração e da organização da saúde indígena, buscando a superação da extrema vulnerabilidade nutricional dessas populações, deverá ser destacada a vigilância alimentar e nutricional com a integração e operacionalização dos sistemas de informação existentes.

Para o diagnóstico amplo, nos territórios sob a responsabilidade da atenção básica à saúde, é necessária a análise conjunta dos dados de vigilância alimentar e nutricional com outras informações de natalidade, morbidade, mortalidade, cobertura de programas e dos serviços de saúde, entre outras disponíveis nos demais sistemas de informação em saúde.

A vigilância alimentar e nutricional deverá contribuir com outros setores de governo, com vistas ao monitoramento do padrão alimentar e dos indicadores nutricionais que compõem o conjunto de informações para a vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional.

As chamadas nutricionais consistem em pesquisas transversais realizadas em datas estratégicas - como o "dia nacional de imunização" - permitindo estudos sobre aspectos da alimentação e nutrição infantil, bem como de políticas sociais de transferência de renda e de acesso aos alimentos direcionados a esse público. Devem ser implementadas nos diferentes níveis, do local ao nacional.

No campo dos inquéritos populacionais, é fundamental a garantia da realização regular e contínua de pesquisas que abordem a disponibilidade domiciliar de alimentos, o consumo alimentar pessoal e o estado nutricional da população brasileira, tais como as Pesquisas de Orçamentos Familiares, realizadas, pelo Instituto Nacional de Geografia e

Estatística (IBGE). Também deverão ser garantidos inquéritos regulares sobre a saúde e nutrição materna e infantil, tais como as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS).

Com vistas a subsidiar a gestão, os indicadores de alimentação e nutrição deverão ser reforçados nos sistemas de acompanhamento da situação de saúde da população, com a inclusão nas salas de situação em saúde e a constituição de centros de informação em alimentação e nutrição, destacando sua utilização nos instrumentos de planejamento e pactuação do SUS.

4.4 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição

A PNAN, além de se constituir como uma referência política e normativa para a realização dos direitos à alimentação e à saúde, representa uma estratégia que articula dois sistemas: o Sistema Único de Saúde, seu lócus institucional, e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), espaço de articulação e coordenação intersetorial.

Sua natureza transversal às demais políticas de saúde e seu caráter eminentemente intersetorial colocam o desafio da articulação de uma agenda comum de alimentação e nutrição com os demais setores do governo e sua integração às demais políticas, programas e ações do SUS. Assim, as estruturas gerenciais devem possibilitar a construção de estratégias capazes de elaborar e concretizar processos, procedimentos e fluxos de gestão, em consonância com as suas realidades organizacionais e que promovam a formulação, a implementação e o monitoramento das suas ações de alimentação e nutrição.

Cabe aos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, promover a implementação da PNAN por meio da viabilização de parcerias e da articulação interinstitucional necessária para fortalecer a convergência dela com os Planos de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional.

O aperfeiçoamento dos processos de planejamento e avaliação das ações deve ser estimulado para subsidiar a pactuação e a incorporação das ações nos instrumentos de gestão.

A pactuação entre as esferas de governo para a efetivação da PNAN deve respeitar todos os preceitos e instâncias praticados no SUS, para que suas ações possam ser assumidas e incorporadas pelos gestores das três esferas de governo no contexto da rede de atenção à saúde e, com isso, consolidarem-se em todo o território nacional.

Para o alcance da melhoria das condições de alimentação e nutrição da população, faz-se necessário garantir estratégias de financiamento tripartite para implementação das diretrizes da PNAN, tendo como prioridade:

• A aquisição e distribuição de insumos para prevenção e tratamento das carências nutricionais específicas;

• A adequação de equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde para realização das ações de vigilância alimentar e nutricional;

• A garantia de processo de educação permanente em alimentação e nutrição para trabalhadores de saúde;

• A garantia de processos adequados de trabalho para a organização da atenção nutricional no SUS.

No âmbito da Cooperação Internacional, a trajetória brasileira das políticas públicas de alimentação enutrição e de segurança alimentar e nutricional pode contribuir de forma solidária para o desenvolvimento de políticas de nutrição em outros países. Para tanto, devem ser incorporados à política externa brasileira os princípios do direito humano à alimentação, da soberania e segurança alimentar e nutricional, no escopo dos acordos e mecanismos de cooperação internacional.

Nesse sentido, a PNAN contribui junto a outras iniciativas do Ministério da Saúde para estreitar relações de cooperação internacional, com foco nos países que integram a relação Sul/Sul, especialmente em nível regional no MERCOSUL, América Latina e Caribe. Atenção diferenciada deve ser dada aos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS).

A atuação do Ministério da Saúde junto às Agências da ONU, como o Comitê de Nutrição das Nações Unidas (SCN), a Organização Pan-Americana de Saúde e o Comitê de Segurança Alimentar da FAO, deve ser estimulada na perspectiva de colaborar na construção de recomendações e metas de desenvolvimento global relacionadas à alimentação e nutrição.

O propósito e as diretrizes desta Política evidenciam a necessidade de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação de sua implementação. O acompanhamento e a avaliação voltados para a gestão da PNAN devem enfocar o aprimoramento da política e de sua implementação nas esferas do SUS. O objetivo é verificar a repercussão desta Política na saúde e na qualidade de vida da população, buscando a caracterização e compreensão de uma situação para tomada de decisão, bem como para a proposição de critérios e normas que impactem diretamente o desempenho da política e seus indicadores nos diferentes níveis de atuação.

Para essa finalidade, a construção do monitoramento das ações da PNAN parte da identificação da produção e dos processos desenvolvidos pela gestão federal, acrescidos em cada esfera dos processos próprios e específicos de apreensão e adequação das diretrizes emanadas da política nacional. Deverá levar em conta os problemas nutricionais priorizados, a participação e o acesso da população aos programas e ações da PNAN. Esse processo exigirá a definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas para a atenção nutricional.

A evolução do acompanhamento para um sistema tripartite e participativo de monitoramento da PNAN, que considere as dimensões de respeito aos direitos das pessoas e a adequação dos serviços prestados, se dará em consonância com os sistemas de planejamento e pactuação do SUS.

Ao viabilizar essa avaliação, deverão ser considerados indicadores que permitam verificar em que medida são consolidados os princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do detalhamento feito no Art. 7.º, da Lei nº 8.080/90, observando-se, por exemplo, se:

• o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados junto à população;

• o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática estão sendo fundamentados na epidemiologia;

• os planos, programas, projetos e atividades que operacionalizam a PNAN estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única e as responsabilidades em cada esfera de gestão.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política envolverá, também, a avaliação do cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo País nesse contexto. No conjunto desses compromissos, cabe destacar aqueles de iniciativa das Nações Unidas, representadas por diversas agências internacionais – tais como a FAO, a OMS, o Unicef, o Alto Comissariado de Direitos Humanos –que destinam-se a incorporar, na agenda dos governos, concepções, objetivos, metas e estratégias de alimentação e nutrição.

4.5 Participação e Controle Social

O SUS é marco da construção democrática e participativa das políticas públicas no Brasil. Sua legislação definiu mecanismos para que a participação popular, fundamental para sua constituição, faça parte do seu funcionamento através da prática do controle social nos Conselhos e Conferências de Saúde nas três esferas de governo.

A formulação dos planos de saúde deve emergir dos espaços onde acontecem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo e/ ou caráter consultivo.

As perspectivas Intersetorial da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional permitem considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas nessas áreas requerem, necessariamente, parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura e outros. Assim, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Dessa forma, o debate sobre a PNAN e suas ações nos diversos fóruns deliberativos e consultivos, congressos, seminários e outros, criam condições para a reafirmação de seu projeto social e político e devem ser estimulados, sendo os Conselhos e as Conferências de Saúde espaços privilegiados para discussão das ações de alimentação e nutrição no SUS.

A CIAN é uma das comissões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) prevista na Lei n° 8080/90 e tem por objetivo: acompanhar, propor e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da PNAN e promover a articulação e a complementaridade de políticas, programas e ações de interesse da saúde, cujas execuções envolvem áreas não compreendidas no âmbito específico do SUS (BRASIL, 1990). A criação de CIAN, em âmbito estadual, distrital e municipal potencializará o debate acerca da PNAN na agenda dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, deverá ser fortalecido o papel dos conselheiros de saúde na expressão de demandas sociais relativas aos direitos humanos à saúde e à alimentação, definição e acompanhamento de ações derivadas da PNAN, em seu âmbito de atuação.

A instituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA e das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional e o fortalecimento simultâneo dos diversos fóruns e conselhos das políticas relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional trazem como desafio para o CNS e a CIAN, a ampliação do diálogo e a busca de consensos para construir democraticamente as demandas da sociedade civil sobre a PNAN e sobre o conjunto de programas e políticas a ela relacionadas.

A participação social deve estar presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. Assim, deve ser reconhecido e apoiado o protagonismo da população na luta pelos seus direitos à saúde e à alimentação por meio da criação e fortalecimento de espaços de escuta da sociedade, de participação popular na solução de demandas e de promoção da inclusão social de populações específicas.

4.6 Qualificação da Força de Trabalho

A situação alimentar e nutricional da população brasileira e o Plano Nacional de Saúde, combinados com o movimento em defesa da segurança alimentar e nutricional, fornecem indicações importantes para a ordenação da formação dos trabalhadores do setor saúde que atuam na agenda da alimentação e nutrição no SUS. Nesse contexto, torna-se imprescindível a qualificação dos profissionais em consonância com as necessidades de saúde, alimentação e nutrição da população, sendo estratégico considerar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a organização da formação da força de trabalho.

Faz-se necessário desenvolver e fortalecer mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção nutricional, de valorização dos profissionais de saúde, com o estímulo e viabilização da formação e da educação permanente, da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, da qualificação dos vínculos de trabalho e da implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.

A qualificação dos gestores e de todos os trabalhadores de saúde para implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição voltadas à atenção e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional representa uma necessidade histórica e estratégica para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do atual quadro alimentar e nutricional brasileiro.

A Educação permanente em saúde revela-se a principal estratégia para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Deve embasar-se num processo pedagógico que parte do cotidiano do trabalho envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos. As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Um dispositivo importante seria a constituição de estratégias de articulação dos gestores com as instituições formadoras para desenvolvimento de projetos de formação em serviço, campos para extensão e pesquisa na rede de atenção à saúde do SUS que possibilitem o desenvolvimento de práticas do cuidado relacionadas à alimentação e nutrição.

Os cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde, em especial de Nutrição, devem contemplar a formação de profissionais que atendam às necessidades sociais em alimentação e nutrição e que estejam em sintonia com os princípios do SUS e da PNAN.

Os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), localizados em instituições públicas de ensino e pesquisa e credenciados pelo Ministério da Saúde para o apoio ao desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoem as ações da PNAN, são parceiros estratégicos para articular as necessidades do SUS com a formação e qualificação dos profissionais de saúde para agenda de Alimentação e Nutrição.

4.7 Controle e Regulação dos Alimentos

O planejamento das ações que garantam a inocuidade e a qualidade nutricional dos alimentos, controlando e prevenindo riscos à saúde, se faz presente na agenda da promoção da alimentação adequada e saudável e da proteção à saúde. A preocupação em ofertar o alimento saudável e com garantia de qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica à população é o produto final de uma cadeia de processos, desde a produção (incluindo a agricultura tradicional e familiar), processamento, industrialização, comercialização, abastecimento até a distribuição, cuja responsabilidade é partilhada com diferentes setores de governo e da sociedade.

A atual complexidade da cadeia produtiva de alimentos coloca a sociedade brasileira diante de novos riscos à saúde, como a presença de agrotóxicos, aditivos, contaminantes, organimos geneticamente modificados e a inadequação do perfil nutricional dos alimentos. O avanço da tecnologia contribui para maior oferta e variedade de alimentos no mercado e alto grau de processamento dos alimentos industrializados - cuja composição é afetada pelo uso excessivo de açúcar, sódio e gorduras, gerando alimentos de elevada densidade energética. Essas novas formulações, aliadas ao aumento de consumo de refeições fora do lar exigem adequações na regulação de alimentos.

Nesse contexto, a segurança sanitária busca a proteção da saúde humana, considerando as mudanças ocorridas na cadeia de produção até o consumo dos alimentos, nos padrões socioculturais decorrentes da globalização e as adaptações ao modo de produção de alimentos em escala internacional. Assim, o risco sanitário deve enfocar a abordagem integral de saúde e considerar, além de si próprio, o risco nutricional decorrente desse cenário, ampliando a capacidade de o Estado fazer uso dos instrumentos legais de controle necessários à proteção da saúde da população.

A PNAN e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS se convergem na finalidade de promover e proteger a saúde da população na perspectiva do direito humano à alimentação, por meio da normatização e do controle sanitário da produção, comercialização e distribuição de alimentos.

As medidas sanitárias adotadas para alimentos se baseiam na análise de risco, considerando-se o risco como a probabilidade de um efeito adverso à saúde em consequência de um perigo físico, químico ou biológico com o potencial de causar esse efeito adverso à saúde. Dessa forma, é fundamental o uso da ferramenta de análise de risco com a finalidade de monitorar e assegurar à população a oferta de alimentos seguros e adequados nutricionalmente, respeitando o direito individual na escolha e decisão sobre os riscos aos quais irá se expor. Nesse sentido, implementar e utilizar as Boas Práticas Agrícolas, Boas Práticas de Fabricação, Boas Práticas Nutricionais e o Sistema Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPCC, na cadeia de produção de alimentos, potencializa e assegura as ações de proteção à saúde do consumidor.

Para que os órgãos de controle sanitário de alimentos possam viabilizar as ações de monitoramento e responder oportunamente às demandas que lhes são apresentadas, é preciso que sejam dotados de capacidade de resposta rápida, com um sistema ágil que permita o acompanhamento dessas ações de forma a reavaliar processos, produzir informações e a subsidiar a tomada de decisões. Dessa maneira, faz-se necessário revisar e aperfeiçoar os regulamentos sanitários e norteá-los em conformidade às diretrizes nacionais da PAAS e da garantia do direito humano à alimentação e reforçar a capacidade técnica e analítica da rede nacional de vigilância sanitária.

O monitoramento da qualidade dos alimentos deve considerar aspectos sanitários, como o microbiológico e o toxicológico, e do seu perfil nutricional, como teores de macro e micronutrientes, articulando-se com as estratégias de fortificação obrigatória de alimentos e de reformulação do perfil nutricional de alimentos processados com vistas à redução de gorduras, açúcares e sódio.

Especificamente a ação de monitoramento da publicidade e propaganda de alimentos deve buscar aperfeiçoar o direito à informação, de forma clara e precisa, com intuito de proteger o consumidor das práticas potencialmente abusivas e enganosas e promover autonomia individual para escolha alimentar saudável. Essa estratégia deve limitar a promoção comercial de alimentos não-saudáveis para as crianças e aperfeiçoar a normatização da publicidade de alimentos, por meio do monitoramento e fiscalização das normas que regulamentam a promoção comercial de alimentos.

A comunicação e os canais de interação com os consumidores devem ser ampliados, estabelecendo ações contínuas de informação para que as medidas de controle e regulação sejam compreendidas e plenamente utilizadas pela população. A maior compreensão da percepção de risco nutricional e de saúde por parte do consumidor é fundamental para o desenvolvimento de estratégias efetivas de enfrentamento às práticas inadequadas de alimentação.

A rotulagem nutricional dos alimentos constitui instrumento central no aperfeiçoamento do direito à informação. O acesso à informação fortalece a capacidade de análise e decisão do consumidor, portanto, essa ferramenta deve ser clara e precisa para que possa auxiliar na escolha de alimentos mais saudáveis. Apesar do avanço normativo da rotulagem nutricional obrigatória, ainda é possível se deparar com informações excessivamente técnicas e publicitárias que podem induzir à interpretação equivocada. Dessa forma é preciso aprimorar as informações obrigatórias contidas nos rótulos dos alimentos de forma a torná-las mais compreensíveis e estender o uso da normativa para outros setores de produção de alimentos.

As ações relacionadas à regulação de alimentos devem estar coordenadas e integradas à garantia da inocuidade e qualidade nutricional de alimentos, com o fortalecimento institucional dos setores comprometidos com a saúde pública

e a transparência do processo regulatório - em especial dos agrotóxicos em alimentos, aditivos e alimentos destinados a grupos populacionais com necessidades alimentares específicas.

Atualmente o Brasil compõe o Mercado Comum do Sul – Mercosul que apresenta políticas de regulamentação, estabelecendo práticas equitativas de comércio para os produtos alimentícios a partir da internalização e harmonização de legislações internacionais. Essas normas são amplamente discutidas com objetivo de estabelecer a livre circulação de gêneros alimentícios seguros e saudáveis, adaptadas às políticas e aos programas públicos de cada país. Outro fórum internacional de regulação de alimentos é o Codex Alimentarius, do qual o Brasil faz parte e deve levar em conta as recomendações desse espaço com vistas à defesa da saúde e da nutrição da população brasileira.

4.8 Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição

O desenvolvimento do conhecimento e o apoio à pesquisa, à inovação e à tecnologia, no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, possibilitam a geração de evidências e instrumentos necessários para implementação da PNAN.

Com relação ao conhecimento da situação alimentar e nutricional, o Brasil conta, atualmente, com os sistemas de informação de saúde e, em especial, o SISVAN, bem como pesquisas periódicas de base populacional nacional e local. Nesse aspecto, é importante que essas fontes de informação sejam mantidas e fortalecidas e que a documentação do diagnóstico alimentar e nutricional da população brasileira seja realizada por regiões, estados, grupos populacionais, etnias, raças/cores, gêneros, escolaridade, entre outros recortes que permitam visualizar a determinação social do fenômeno.

É fundamental manter e fomentar investimentos em pesquisas de delineamento e avaliação de novas intervenções e de avaliação de programas e ações propostos pela PNAN, para que os gestores disponham de uma base sólida de evidências que apoiem o planejamento e a decisão para a atenção nutricional no SUS. Deve-se, portanto, manter atualizada uma agenda de prioridades de pesquisas em alimentação e nutrição de interesse nacional e regional, pautada na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.

Desse modo, é importante a ampliação do apoio técnico, científico e financeiro às linhas de investigação aliadas às demandas dos serviços de saúde, que desenvolvam metodologias e instrumentos aplicados à gestão, execução, monitoramento e avaliação das ações relacionadas à PNAN. Para esse fim, os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN) constituem uma rede colaborativa interinstitucional de cooperação técnico-científica, que deve ser aprimorada e fortalecida à medida que produzem evidências que contribuem para o fortalecimento da gestão e atenção nutricional na rede de atenção à saúde do SUS.

4.9 Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base: práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Esse conceito congrega questões relativas à produção e disponibilidade de alimentos (suficiência, estabilidade, autonomia e sustentabilidade) e à preocupação com a promoção da saúde, interligando os dois enfoques que nortearam a construção do conceito de SAN no Brasil: o socioeconômico e o de saúde e nutrição.

A garantia de SAN para a população, assim como a garantia do direito à saúde, não depende exclusivamente do setor saúde, mas este tem papel essencial no processo de articulação Intersetorial.

A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e da SAN na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Assim, a PNAN deve interagir com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e outras políticas de desenvolvimento econômico e social, ocupando papel importante na estratégia de desenvolvimento das políticas de SAN, principalmente em aspectos relacionados ao diagnóstico e vigilância da situação alimentar e nutricional e à promoção da alimentação adequada e saudável.

A articulação e cooperação entre o SUS e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) proporcionará o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de SAN com vistas ao enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na ótica de seus determinantes sociais.

Deverão ser destacadas ações direcionadas: (i) à melhoria da saúde e nutrição das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, implicando ampliação do acesso aos serviços de saúde; (ii) à interlocução com os setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos visando o aumento do acesso a alimentos saudáveis; (iii) à promoção da alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais como escolas, creches, presídios, albergues, locais de trabalho, hospitais, restaurantes comunitários, entre outros; (iv) à articulação com as redes de educação e sócio-assistencial para a promoção da educação alimentar e nutricional; (v) à articulação com a vigilância sanitária para a regulação da qualidade dos alimentos processados e o apoio à produção de alimentos advinda da agricultura familiar, dos assentamentos da reforma agrária e de comunidades tradicionais, integradas à dinâmica da produção de alimentos do país.

5 RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Em observância aos princípios do SUS, os gestores de saúde nas três esferas, de forma articulada e dando cumprimento às suas atribuições comuns e específicas, atuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito desta PNAN.

5.1 Responsabilidades do Ministério da Saúde

• Elaborar o plano de ação dentro dos instrumentos de planejamento e gestão para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano

Nacional de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Pactuar, na Comissão Intergestores Tripartite, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

• Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios.

• Avaliar e monitorar as metas nacionais de alimentação e nutrição para o setor saúde, de acordo com a situação epidemiológica e nutricional e as especificidades regionais;

• Prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

• Apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal de Saúde, para capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no SUS;

• Prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na implantação dos sistemas de informação dos programas de alimentação e nutrição e de outros sistemas de informação em saúde que contenham indicadores de alimentação e nutrição;

• Apoiar a organização de uma rede de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, fomentando o conhecimento e a construção de evidências no campo da alimentação e nutrição para o SUS;

• Apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, mantendo atualizada uma agenda de prioridades de pesquisa em Alimentação e Nutrição para o SUS;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com SISAN;

• Estimular e apoiar o processo de discussão sobre as ações e programas em Alimentação e Nutrição da rede de atenção à saúde, com participação dos setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social, em especial, na CIAN do Conselho Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional do povo brasileiro.

5.2 Responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal

• Implementara PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais;

• Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite e nas Comissões Intergestores Regionais, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN;

• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com o Plano Estadual de Saúde e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde no âmbito estadual;

• Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regionais de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição;

• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição no âmbito estadual, respeitando as diversidades locais e consoantes à PNAN;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera estadual;

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população da região e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

5.3 Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal

• Implementar a PNAN, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais, considerando critérios de risco e vulnerabilidade;

• Elaborar o plano de ação para implementação da PNAN nos municípios, com definição de prioridades, objetivos, estratégias e metas, de forma contínua e articulada com o Plano Municipal de Saúde e o planejamento regional integrado, se for o caso, e com os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;

• Destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite das ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde;

• Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;

• Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na esfera municipal e/ou das regionais de saúde;

• Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e demais instâncias de controle social existentes no município;

• Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAN e à articulação do SUS com o SISAN na esfera municipal.

• Viabilizar e estabelecer parcerias com organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais e com o setor privado, pautadas pelas necessidades da população dos municípios e do Distrito Federal e pelo interesse público, avaliando os riscos para o bem comum, com autonomia e respeito aos preceitos éticos, para a garantia dos direitos à saúde e à alimentação, com vistas à segurança alimentar e nutricional.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatria. [online]. v .22, supl. 2, 2000, p. 28- 31. Acesso em: fev. 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui as Comissões Intersetoriais Nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 1 nov. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 23 abr. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63 de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia Nutricional Enteral. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 18 set. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 373, de 14 de junho de 2007. Aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Alimentação – CIAN. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 15 jun. 2007.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final. Brasília: Fiocruz, 2008a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate nº 9. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Chamada Nutricional da Região Norte – 2007: resumo executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 307 de 17 de setembro de 2009 (Republicada em 26.05.10). Estabelece Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença Celíaca. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p. 79-81, 18 set. 2009e.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64 de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 5 fev. 2010a

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p.6, 26 ago. 2010b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1 p. 89, 31 dez. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN 10 anos. Brasília, 2010d.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Tradução Livre da Declaração de Nyélény. Foro Mundial pela Soberania Alimentar, Nyélény, Selingue, Mali, 28 de fevereiro de 2007. In: CONSEA. Manual orientador da 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: 2011a.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.1-3, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48, 24 out. 2011c.

Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução nº 380, de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, 10 jan. 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Análise da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos e do Estado Nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2002-2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares POF 2008-2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43.

PEREIRA, M. P. B; BARCELLOS, C. O Território no Programa Saúde da Família. Hygeia - Rev. Bras. de Geografia Médica e da Saúde, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2007. Rev. bras. alerg. imunopatol. – Vol. 31, Nº 2, 2008.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. Estratégia global para a alimentação do bebê e da criança pequena. Resolution WHA A55.15, Geneva, 16 abr. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Estratégia global em alimentação saudável, atividade física e saúde. 57ª Assembléia Mundial de Saúde, 25 maio 2004.

GLOSSÁRIO

Acolhimento: prática de receber, escutar, dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito às pessoas, atitude de inclusão, que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Alergia Alimentar: reações adversas a alimentos, dependentes de mecanismos imunológicos, mediadas por Imunoglobulina E (IgE) ou não. Os alimentos mais comumente envolvidos em alergias alimentares são leite de vaca, ovo de galinha, soja, trigo, amendoim, peixe e crustáceos.

Alimentação adequada e saudável: prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos.

Alimentos para fins especiais: alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e ou opcionais, atendendo necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas.

Atenção básica à saúde: conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do

exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde e sofrimento devem ser acolhidos.

Atenção integral à saúde: conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, orientadas pelas necessidades da população, e que incluem a atitude do profissional no encontro com os usuários, a organização dos serviços de saúde e a construção de políticas públicas capazes de incidir sobre os determinantes sociais de saúde.

Atenção nutricional: compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

Avaliação nutricional: análise de indicadores diretos (clínicos, bioquímicos, antropométricos) e indiretos (consumo alimentar, renda e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico nutricional do indivíduo ou de uma população.

Codex Alimentarius: comissão que tem por finalidade discutir e elaborar normas alimentares, regulamentos e outros textos relacionados à proteção da saúde do consumidor, assegurar práticas de comércio claras e promover a coordenação das normas alimentares cosntruídas por organizações governamentais e não-governamentais.

Coordenação do cuidado: Atuação como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em quaisquer desses pontos, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também outras estruturas públicas, comunitárias e sociais necessárias para o cuidado integral à saúde.

Cuidados relativos à alimentação e nutrição: compreendem o diagnóstico e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável, educação alimentar e nutricional, orientação alimentar, prescrição dietética, fornecimento de alimentos para fins especiais, oferta da alimentação em nível hospitalar e suporte nutricional enteral e parenteral.

Diagnóstico nutricional: identificação e determinação do estado nutricional, com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, obtido a partir da avaliação nutricional de indivíduos ou coletividades.

Direito humano à alimentação adequada: direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

Diretrizes clínicas: recomendações que orientam decisões assistenciais de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/ Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

Doença Celíaca: doença de caráter crônico causada pela intolerância permanente ao glúten, principal fração proteica presente no trigo, no centeio, na cevada e na aveia, que se expressa por enteropatia mediada por linfócitos T em indivíduos geneticamente predispostos, gerando uma redução na absorção dos nutrientes ingeridos

Equipe de referência: equipe de profissionais da atenção básica responsável pela população adscrita de um determinado território. A proposta de equipe de referência na atenção básica à saúde parte do pressuposto de que existe interdependência entre os profissionais. Prioriza a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Assim, uma das funções importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência é justamente produzir interação positiva entre os profissionais em busca das finalidades comuns, apesar das diferenças entre eles, sem tentar eliminar essas diferenças, mas aproveitando a riqueza que elas proporcionam.

Equipe de apoio matricial: conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, apoio especializado às equipes de referência nas dimensões assistencial (ação direta com os usuários) e técnico-pedagógico (ação de apoio educativo com e para a equipe). Para tanto, deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear dos profissionais de apoio matricial e do que é conhecimento comum e compartilhável junto às equipes de referência.

Erros inatos do metabolismo: grupo de doenças geneticamente determinadas, decorrentes de deficiência em alguma via metabólica que está envolvida na síntese (anabolismo), transporte ou na degradação (catabolismo) de uma substância. O "Teste do Pezinho", exame obrigatório do Programa de Triagem Neonatal, detecta as doenças de maior incidência como fenilcetonúria, hipotiroidismo congênito, anemia falciforme, hemoglobinopatias e fibrose cística.

Humanização: valorização dos diferentes sujeitos pertencentes ao processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Intersetorialidade: articulação entre diferentes setores para enfrentar problemas complexos visando à superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.

Intolerância Alimentar: reações adversas a alimentos não dependentes de mecanismos imunológicos (não imuno-mediadas). Pode ocorrer pela ausência de enzimas digestivas. Por exemplo, a não produção da enzima lactase, responsável pela digestão da lactose presente no leite, pode causar intolerância a este alimento e seus derivados e a preparações que os tenham como ingredientes.

Linhas de cuidado: forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de Linhas de Cuidado (LC) deve ser a partir das unidades da Atenção Básica, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Mercado Comum do Sul - Mercosul: é uma área de livre circulação de bens com uma taxa comercial padronizada para um grupo de países. Há uma política comercial comum de países da América do Sul. Composta até o momento por quatro países: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

Necessidades Alimentares Especiais: Em todas as fases do curso da vida ocorrem alterações metabólicas e fisiológicas que causam mudanças nas necessidades alimentares dos indivíduos, assim como um infinito número de patologias e agravos à saúde também podem causar mudanças nas necessidades alimentares. As Necessidades Alimentares Especiais estão aqui referidas como as necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). Exemplos: erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/AIDS, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias, etc.

Nutrição Enteral: alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Nutrição Parenteral: solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Pontos de Atenção à Saúde: são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Exemplos: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Povos e Comunidades Tradicionais: de acordo com o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, são grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Incluem os indígenas, quilombolas, faxinais, fundos de pasto, geraizeiros, pantaneiros, caiçaras, ribeirinhos, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco de babaçu, ciganos, comunidades de terreiros, pomeranos, sertanejos, agroextrativistas, vazanteiros, pescadores artesanais.

Prescrição Dietética: atividade privativa do nutricionista que envolve o planejamento dietético com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional, que compõe a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Esse procedimento deve ser acompanhado de assinatura e número da inscrição no CRN do nutricionista responsável pela prescrição.

Rede de Atenção à Saúde: é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza- se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Segurança alimentar e nutricional: de acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN): sistema público de abrangência nacional que possibilita a gestão Intersetorial e participativa e a articulação entre os entes federados para a implementação das políticas públicas promotoras da segurança alimentar e nutricional, numa perspectiva de complementaridade de cada setor. É integrado por uma série de órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): compreende o conjunto de ações, definidas na Lei nº 8080/1990, executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Soberania Alimentar: De acordo com a Declaração de Nyélény (2007), "é um direito dos povos a alimentos nutritivos e culturalmente adequados, acessíveis, produzidos de forma sustentável e ecológica, e seu direito de decidir seu próprio sistema alimentar e produtivo. Isso coloca aqueles que produzem, distribuem e consomem alimentos no coração dos sistemas e políticas alimentares, acima das exigências dos mercados e das empresas. (...) A soberania alimentar promove o comércio transparente, que garanta uma renda digna para todos os povos, e os direitos dos consumidores de controlarem sua própria alimentação e nutrição. Garante que os direitos de acesso e a gestão da terra, territórios, águas, sementes, animais e a biodiversidade estejam nas mãos daqueles que produzem os alimentos. A soberania alimentar supõe novas relações sociais livres de opressão e desigualdades entre homens e mulheres, grupos raciais, classes sociais e gerações".

Suplementos Nutricionais: alimentos que servem para complementar, com calorias e ou nutrientes a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação.

Suplementos Vitamínicos e/ou Minerais: alimentos que servem para complementar, com outros nutrientes, a dieta diária de uma pessoa saudável, em casos em que sua ingestão, a partir da alimentação, seja insuficiente, ou quando a dieta requiser suplementação; devem conter um mínimo de 25% e no máximo 100% da ingestão diária recomendada (IDR) de vitaminas e/ou minerais, na porção diária indicada pelo fabricante, não podendo substituir os alimentos, nem serem considerados como dieta exclusiva.

Terapia nutricional: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Territorialização: processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território.

Transtornos alimentares: desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Incluem: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ortorexia, Vigorexia, Transtorno Obsessivo Compulsivo por alimentos, entre outros.

Vigilância alimentar e nutricional: consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica.

COLABORADORES

Colaboradores	Instituições*
Alexandre Soares de Brito	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Beatriz Vasconcellos	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Carolina Feldenheimer	CGAN/DAB/SAS/MS
Ana Maria Cavalcante de Lima	CGAN/DAB/SAS/MS
Aristel Gomes Bordini Fagundes	CGPO/SE/MS
Carlos Augusto Monteiro	Consultor
Carolina Belomo de Souza	CGAN/DAB/SAS/MS
Célio Luiz Cunha	CGAN/DAB/SAS/MS
Cora Araújo	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPEL
Denise Cavalcante de Barros	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ

Denise Eduardo Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Denise Oliveira e Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - FIOCRUZ
Dillian Adelaine Cesar da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Dirceu Ditmar Klitzke	CGAN/DAB/SAS/MS
Edite Schutz	CGAN/DAB/SAS/MS
Eduardo Alves Melo	CGGAB/DAB/SAS/MS
Eduardo Augusto Fernandes Nilson	CGAN/DAB/SAS/MS
Élida Amorim Valentim	CGAN/DAB/SAS/MS
Elisabetta Recine	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Estelamaris Monego	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFG
Gilson Carvalho	Consultor
Gisele Bortolini	CGAN/DAB/SAS/MS
Helen Altoé Duar	CGAN/DAB/SAS/MS
Inês Rugani	Grupo de Trabalho Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva da ABRASCO
Ivanira Amaral Dias	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPA
Janine Coutinho	Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS
José Divino Lopes Filho	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFMG
José Eudes Barroso Vieira	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Amorim Ubarana	CGAN/DAB/SAS/MS
Juliana Rochet	Consultora
Karla Lisboa Ramos	CGAN/DAB/SAS/MS
Kathleen Sousa Oliveira	CGAN/DAB/SAS/MS
Kelly Poliany de Souza Alves	CGAN/DAB/SAS/MS
Letícia de Oliveira Cardoso	Consultora
Luciene Burlandy	Consultor

Luis Fernando Rolim Sampaio	Consultor
Márcia Fidélix	Assossiação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Maria da Conceição Monteiro da Silva	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFBA
Maria Teresa Gomes de Oliveira Ribas	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Mariana Carvalho Pinheiro	CGAN/DAB/SAS/MS
Marília Leão	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH
Michele Lessa de Oliveira	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Nildes de Oliveira Andrade	Conselho Nacional de Saúde
Patrícia Chaves Gentil	CGAN/DAB/SAS/MS
Patrícia Constante Jaime	Centro de Referência em Alimentação e Nutrição – USP
Paula Jeane Araújo	CGAN/DAB/SAS/MS
Pedro Israel Cabral de Lira	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPE
Regina Maria Ferreira Lang	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição - UFPR
Regina Miranda	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Rosane Nascimento	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Sara Araújo da Silva	CGAN/DAB/SAS/MS
Silvia Ângela Gugelmin	Consultor
Sônia Lucena	Associação Brasileira de Nutrição - ASBRAN
Vanessa de C. Figueiredo	Conselho Federal de Nutricionistas - CFN
Vanessa Schottz Rodrigues	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA
Vanessa Thomaz Franco	CGAN/DAB/SAS/MS

ANEXO 2 DO ANEXO III

DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA E ATUAÇÃO DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH) (Origem: PRT MS/GM 2193/2006, Anexo 1)

Definição da estrutura e atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH)

1. A estruturação dos Bancos de Leite Humano (BLH) no País será definida conforme as normas e orientações a seguir descritas.

a) a coordenação do processo de formulação da política pública de saúde referente a Bancos de Leite Humano, bem como a elaboração de critérios para implantação e implementação destas unidades são responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) por meio da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

b) para o cumprimento dessa responsabilidade, a Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno contará com instâncias consultivas e assessoras, representadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), pela Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) e pelo Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH).

c) a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH) será composta por 7 (sete) membros designados pela SAS conforme os seguintes critérios:

- coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH);

- um representante da Associação Brasileira de Profissionais de Bancos de Leite Humano (ABPBLH); e

- um representante de cada Região (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), escolhido entre os coordenadores dos bancos de leite humano da região.

2. Compete ao Banco de Leite Humano:

a) promover, proteger e apoiar o aleitamento materno;

b) operacionalizar, de forma otimizada, o excedente da produção láctica de suas doadoras;

c) executar as operações de coleta, seleção e classificação, processamento, controle clínico, controle de qualidade e distribuição do Leite Humano Ordenhado (LHO), em conformidade com os dispositivos legais vigentes;

d) responder pelo funcionamento dos Postos de Coleta a ele vinculados;

e) buscar a certificação da qualidade dos produtos e processos sob sua responsabilidade; e

f) a licença para funcionamento do Banco de Leite Humano condiciona-se à designação de um coordenador local de nível superior.

3. Compete à FIOCRUZ:

a) manter o Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano como instância responsável pela retroalimentação técnico-científica das ações relacionadas a Bancos de Leite Humano em todo o território nacional;

b) manter a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano como instância de articulação com o SUS para implantação e implementação das ações estratégicas definidas na política nacional de saúde para o setor;

4. Compete à Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano (CNBLH):

a) assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS na formulação, controle e avaliação da política relativa aos Bancos de Leite Humano, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros;

b) discutir diretrizes, identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos;

c) assessorar o monitoramento das atividades, participar do redirecionamento de estratégias, apoiar o processo de articulação, mobilizando e sensibilizando setores do Governo e da sociedade civil para o desenvolvimento de ações inerentes ao tema; e

d) propor medidas sobre assuntos a ela submetidos pela SAS e pelos membros da Comissão.

5. O Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano (CRNBLH) é o Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, órgão de pesquisa e instância assessora e executora das ações planejadas para os bancos de leite humano pela Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno da SAS.

6. Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) designar as Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano (CEBLH) e os Centros de Referência Estaduais em Banco de Leite Humano (CRE-BLH), vinculando-os à área competente que coordena as ações de aleitamento materno no seu âmbito respectivo.

7. As Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano terão por finalidade prestar assessoramento à área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde no planejamento, no controle e na avaliação das ações de Bancos de Leite Humano.

8. Os Centros de Referência Estaduais de Bancos de Leite Humano são órgãos de pesquisa e instâncias executoras das ações planejadas pela área correspondente da Secretaria Estadual de Saúde.

ANEXO IV

Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Origem: PRT MS/GM 1102/2010)

Art. 1º Fica instituída a Comissão Técnica e Multidisciplinar de elaboração e atualização da Relação Nacional de Plantas Medicinais (Renaplam) e da Relação Nacional de Fitoterápicos (Renafito) (COMAFITO), a ser coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e integrada por um representante de cada um dos seguintes órgãos, entidades e instituições, com total de 14 (quatorze) membros: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I)

a) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, a)

b) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Ciência e Tecnologia ; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, c)

d) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, d)

e) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, e)

f) Fundação Oswaldo Cruz; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, f)

g) Agência Nacional de Vigilância Sanitária; e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, g)

h) Farmacopéia Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, I, h)

II - sociedade científica (1 representante); e (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, II)

III - universidades (5 representantes) (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 1º, III)

Art. 2º A natureza, as competências, a composição e o funcionamento da Comissão de que trata o art. 1º serão definidos em regimento interno a ser aprovado por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 2º)

Art. 3º A Secretaria Executiva da COMAFITO será exercida por representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que terá a função de organizar as atividades administrativas e de encaminhar outros assuntos de rotina que não necessitem da convocação de seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º)

Parágrafo Único. A coordenação da COMAFITO deve ser exercida pelo coordenador da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE). (Origem: PRT MS/GM 1102/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

ANEXO V

Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) (Origem: PRT MS/GM 2761/2013)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Art. 2º A PNEPS-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 2º)

Art. 3º A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º)

I - diálogo; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, I)

II - amorosidade; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, II)

III - problematização; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, III)

IV - construção compartilhada do conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, IV)

V - emancipação; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, V)

VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, VI)

§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente

será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 3º, § 6º)

Art. 4º São eixos estratégicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º)

I - participação, controle social e gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, I)

II - formação, comunicação e produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, II)

III - cuidado em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, III)

IV - intersetorialidade e diálogos multiculturais. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, IV)

§ 1º O eixo estratégico da participação, controle social e gestão participativa tem por objeto fomentar, fortalecer e ampliar o protagonismo popular, por meio do desenvolvimento de ações que envolvam a mobilização pelo direito à saúde e a qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O eixo estratégico do cuidado em saúde tem por objeto fortalecer as práticas populares de cuidado, o que implica apoiar sua sustentabilidade, sistematização, visibilidade e comunicação, no intuito de socializar tecnologias e perspectivas integrativas, bem como de aprimorar sua articulação com o SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º O eixo estratégico da intersetorialidade e diálogos multiculturais tem por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 4º, § 4º)

Art. 5º A PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 5º)

Art. 6º São objetivos específicos da PNEPS-SUS: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º)

I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, I)

II - fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, II)

III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, III)

IV - fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IV)

V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, V)

VI - apoiar a sistematização, a produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VI)

VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, VIII)

IX - apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, IX)

X - contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, X)

XI - assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º)

I - implementar as ações da PNEPS-SUS, incorporando-as no Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas no âmbito do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS); (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, II)

III - garantir financiamento para implementação integral da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, III)

IV - promover a articulação intrasetorial permanente para a implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, IV)

V - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, V)

VI - apoiar tecnicamente as Secretarias Estaduais de Saúde na implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 7º, VI)

Art. 8º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Estadual e Plurianual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, I)

II - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, II)

III - apoiar tecnicamente as secretarias municipais de saúde na implementação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, III)

IV - garantir financiamento complementar aos municípios para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 8º, VI)

Art. 9º Compete às secretarias municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º)

I - garantir a inclusão da PNEPS-SUS nos respectivos Planos Municipal Plurianual de Saúde, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, I)

II - estabelecer e implementar estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da PNEPS-SUS construídas de forma participativa com atores da sociedade civil implicados com a Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, II)

III - implementar o Plano Operativo da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, III)

IV - garantir financiamento solidário para a implantação da PNEPS-SUS; (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, IV)

V - promover a articulação intrasetorial permanente no âmbito estadual para a implementação da PNEPS-SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, V)

VI - promover a intersetorialidade entre as políticas públicas que apresentam interface com a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 9º, VI)

Art. 10. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete as atribuições reservadas às secretarias de saúde dos estados e dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 10)

Art. 11. Compete às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regional (CIR) avaliar e aprovar os Planos Operativos da Educação Popular em Saúde, considerando as especificidades locais e a PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 11)

Art. 12. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articulará, no âmbito do Ministério da Saúde a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação da PNEPS-SUS. (Origem: PRT MS/GM 2761/2013, Art. 12)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Art. 13. Fica instituído o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º)

I - participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, I)

II - colaborar com a elaboração de estratégias de mobilização, a fim de garantir a construção democrática e descentralizada da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, II)

III - acompanhar os acordos negociados entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais referentes às práticas de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, III)

IV - apoiar os movimentos, as entidades e instituições com vistas ao desenvolvimento da Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da luta pelo direito à saúde e em defesa do SUS, por meio da participação popular, identificando, divulgando e promovendo novos canais de participação popular e controle social, assim como colaborando com os já instituídos conselhos e conferências; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, V)

VI - participar e colaborar com as iniciativas do Ministério da Saúde que visem à incorporação da Educação Popular em Saúde como prática democrática na construção de políticas públicas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VI)

VII - apoiar e colaborar com a implementação do Programa Nacional de Inclusão Digital (PID) e com os processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VII)

VIII - contribuir, por meio dos princípios da Educação Popular em Saúde, com a construção das bases pedagógicas para a transformação das práticas de educação em saúde desenvolvidas no SUS, fortalecendo a autonomia da população e a relação fraterna e solidária entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, VIII)

IX - contribuir com as ações de extensão universitária, pesquisa e ensino das instituições e dos centros de ensino (universidades, faculdades, escolas técnicas, entre outras), que tenham a Educação Popular em Saúde como princípio ético na formação dos profissionais e educadores articulados com a realidade da população, em função da importância das práticas populares de saúde e da participação popular para a efetivação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 1º, IX)

Art. 14. O Comitê será composto por representantes, titulares e suplentes, dos seguintes órgãos, entidades e organizações não governamentais a seguir indicados: (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º)

I - Ministério da Saúde (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I)

a) 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo um deles o Coordenador do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante da Agência Nacional de Saúde (ANS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, V)

VI - 2 (dois) representantes da Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde (ANEPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por meio de seu Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Movimento Popular de Saúde (MOPS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIII)

XIV - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIV)

XV - 1 (um) representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Central de Movimentos Populares (CMP); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVI)

XVII - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do segmento das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XVIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 3075/2010)

XIX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Fórum Permanente dos Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi). (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, XXI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 3075/2010)

Parágrafo Único. Os membros, titulares e suplentes, do Comitê deverão ser indicados respectivamente, pelos órgãos, entidades e organizações não governamentais à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que os designará por meio de ato do seu titular. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 15. Caberá à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, apoiar, técnica e administrativamente o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 3º)

Art. 16. O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao objeto deste Capítulo, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 4º)

Art. 17. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 5º)

Art. 18. O CNEPS elaborará, em sua primeira reunião, proposta de cronograma de trabalho e agenda de atividades a ser submetida à SGEP, bem como constituirá uma comissão para elaborar proposta de regimento interno a ser aprovado pelos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 6º)

Art. 19. O CNEPS reunirá, ordinariamente, 2 (duas) vezes ao ano e, extraordinariamente, quando se fizer necessário, observada a disponibilidade orçamentária e financeira. (Origem: PRT MS/GM 1256/2009, Art. 7º)

ANEXO VI

Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (Origem: PRT MS/GM 149/2016)

Art. 1º Ficam aprovadas as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase visam ao fortalecimento das ações de vigilância e atenção da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde, com base na comunicação, educação e mobilização social. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 2º)

Art. 3º As Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública estarão elencadas no Manual Técnico Operacional disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. (Origem: PRT MS/GM 149/2016, Art. 3º)

ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001)

Art. 1º Fica instituída, na forma do Anexo 1 do Anexo VII , a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata este artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Art. 2º)

ANEXO 1 do ANEXO VII

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Origem: PRT MS/GM 737/2001, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

I. INTRODUÇÃO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou

geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Acresce a esse grupo de eventos aqueles que, mesmo não chegando aos serviços de saúde, são do conhecimento de outros setores da sociedade (polícias, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros).

Assim delimitada, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Os acidentes e as violências resultam de lições ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais. Ao considerar que se trata de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, este documento assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.

De outra parte, acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, conto o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre um certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID. (OMS, 1985 e OMS, 1995) - sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros.

O tema inclui-se no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, abrange não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, relaciona-se e projeta seu futuro.

Ao incorporar os dois temas como problemas de saúde pública, o setor o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil - na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação,

Na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral, ensejando a discussão de que se tratava de um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. A partir de então, essas mortes representam cerca de 15% dos óbitos-registrados no País, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996 e 1997, os acidentes e as violências foram responsáveis por aproximadamente, 120 mil óbitos anuais.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais - são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS - 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas. Nas áreas rurais, entretanto, o fenômeno está também presente, embora a sua gênese e as suas manifestações sejam diversas e pouco investigadas. Nelas são geradas mortes em conflitos pela terra, em áreas de garimpo, na rota do narcotráfico, ao lado do aliciamento e da exploração de crianças e adolescentes para a prostituição e o trabalho escravo. São também consideráveis as vítimas de intoxicações por agrotóxicos e de envenenamentos por animais peçonhentos.

O impacto dessas mortes pode ser analisado por meio do indicador relativo a Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por incidirem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos. No Brasil, o indicador de APVP aumentou 30% em relação a acidentes e a violências, entre 1981 e 1991, enquanto que, para as causas naturais, os dados encontram-se em queda (Reichenheim e Werneck, 1994; Iunes, 1997; Vermelho, 1994).

Menos freqüentes, porém importantes, são as causas externas relacionadas à autoagressão, como o suicídio e as tentativas não consumadas. Apesar da subnotificação, vem sendo observado um aumento dos casos: a taxa de suicídio aumentou 34%, entre 1979 a 1997. Em 1997, 6.920 pessoas cometeram suicídio. A população masculina jovem - de 0 a 24 anos - é o grupo que se encontra maior risco para tal violência.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, seja regional ou mesmo local. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH – mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, somente nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses eventos se devem,

sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também; como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (Lebrão e cols., 1997).

O impacto econômico dos acidentes e das violências no Brasil pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, e dias de permanência geral. Em 1997, o total desses gastos correspondeu a R$ 232.376.612,16, valor que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Embora se saiba que esses valores estão bastante subestimados, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (Iunes, 1997).

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes, quanto de feridos. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), da Fundação Nacional de Saúde, revelam que, em 1996, 35.545 pessoas morreram em conseqüência de acidentes de transporte. No ano de 1996, esses acidentes corresponderam a cerca de 30% do total de causas externas. A taxa de mortalidade - 22,6 por 100.000 habitantes - foi 40% maior do que a de 1977.

O adulto jovem apresenta-se como vítima importante, fato que evidencia não só um dano social, mas perdas na população economicamente ativa (Mello Jorge e Latorre, 1994; Mello Jorge e cols., 1997). O Departamento Nacional de Estradas e Rodagens - DNER cita que, somente nas estradas federais do País, em 1995, ocorreram 95.514 acidentes, com 63.309 pessoas envolvidas, entre feridos e mortos, dos quais cerca de 56% tinham menos de 33 anos de idade (MT, 1996). As crianças em idade escolar e os idosos são grupos também especialmente vulneráveis aos atropelamentos.

O novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.° 9.503, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículos e via pública.

O retardamento da implantação completa do CTB e a precária fiscalização na aplicação das leis já implantadas comprometem os resultados esperados de redução da violência no trânsito. A sensibilização da sociedade quanto à relevância do Código é fundamental. A implantação efetiva do CTB requer, por outro lado, a superação do atraso tecnológico nas questões do trânsito brasileiro, como a baixa confiabilidade das estatísticas referentes à frota das pessoas habilitadas, bem como em relação às vítimas e às ocorrências de acidentes de trânsito: o precário controle de tráfego, inspeção e segurança veicular; a desagregação de normas e procedimentos relativos à engenharia de trânsito; a fiscalização inadequada; e o treinamento ultrapassado para a habilitação de novos condutores, além da capacitação técnica de recursos humanos. Acrescente-se a isso o insuficiente conhecimento acerca desses eventos e vítimas, visto que os dados de atendimentos em prontos socorros, por exemplo, não estão abrangidos nas estatísticas oficiais.

Em relação aos acidentes e às violências, são várias as fontes a partir das quais se pode investigar, cada uma constituída de modo a satisfazer as necessidades institucionais que as geram. Além disso, sofrem diretamente as influências das limitações características dos sistemas de notificação, às vezes difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada ocasionando distorções e erros interpretativos (Mello Jorge, 1990; Souza e cols., 1996).

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento até a morte, são do Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinatox).

O BO, instrumento utilizado nas Delegacias de Polícia nos níveis estadual e municipal, é uma fonte que pode ser complementada pelo Boletim de Ocorrência gerado pela Polícia Militar. Não é padronizado em nível nacional e, em geral, informa melhor os eventos mais graves que chegam ao conhecimento da polícia.

Por intermédio das Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito os Detran estaduais, os Departamentos de Estrada nos três níveis de governo e os órgãos executivos municipais coletam os dados relativos aos acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição, utilizando documentos distintos que identificam veículos, condutores, passageiros, pedestres e condições das vias. Esses dados são sintetizados pelo DENATRAN, que recebe as informações de acidentes de trânsito registrados pelos Detran e pela Polícia Rodoviária Federal, mediante o Sistema Nacional de Acidentes de Trânsito (SINET/DENATRAN). Entretanto, não existe articulação eficiente entre os níveis federal, estadual e municipal desse Sistema além do que seus dados não são analisados nem retroalimentam adequadamente tal sistema.

A CAT por sua vez, é o instrumento de notificação utilizado em nível nacional pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - para fins de concessão de benefícios. Dada a sua ampla aplicação em todo o Território Nacional, constitui-se na principal fonte de informação para o estudo da morbimortalidade ocupacional. Além do reconhecido sub-registro, essa fonte exclui os autônomos, os empregados domésticos, os vinculados a outros sistemas previdenciários e os sem carteira assinada. Tais limitações, particularmente considerando a grande parcela de trabalhadores inseridos no setor informal da economia, dificultam a conformação do perfil epidemiológico da população trabalhadora do País. A partir desses registros, verificou-se, no ano de 1996, que 90% dos acidentes notificados ocorreram nas regiões Sudeste e Sul, dos quais a metade no setor industrial; destes cerca de 60% referem-se ao grupo etário de 18 a 35 anos de idade. Entre os trabalhadores do sexo masculino, o principal ramo gerador de acidentes é a construção civil.

Nos acidentes ampliados - incêndios, explosões e vazamentos envolvendo produtos químicos perigosos -, embora conhecidos pelo seu impacto nas comunidades e no meio ambiente, 90% das vítimas imediatas são os próprios trabalhadores. Algumas vezes, resultam em verdadeiras catástrofes, provocando dezenas, centenas ou milhares de mortes em um único evento. São exemplos desses acidentes o de Vila Socô, em Santos, 500 óbitos aproximadamente, e o da Plataforma de Enchova, no Rio de Janeiro, em 1984 - 10 óbitos -, além de eventos recentes, como o do shopping de Guarulhos, São Paulo, que provocou dezenas de mortes.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que abarca informações das instituições públicas e conveniadas ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da assistência hospitalar do País e sua massa de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Nesse aspecto, é importante salientar que, até 1997, estão sendo os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados também os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação. Assinale-se que não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplam estudos mais apurados relativos a acidentes e a violências.

Implantado no País em 1975, o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) - é gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde. Embora abranja, atualmente, mais de 900 mil óbitos/ano, a sua cobertura não é ainda completa em algumas áreas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à qualidade das informações relativas a acidentes e a violências, algumas deixam a desejar. Os dados, nesse contexto, têm origem nas Declarações de Óbitos - DO - preenchidas nos Institutos de Medicina Legal. A qualidade das informações é ainda discutível, na medida em que, algumas vezes, não existe detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito. Nesses casos, sabe-se apenas que se trata de uma morte decorrente de causas externas. Tal ocorrência vem sendo verificada em cerca de 10% do total de mortes por acidentes e violências no País, alcançando em algumas áreas, valores bem mais elevados. Em determinadas localidades, essa distorção tem sido sanada ou minimizada com o auxílio de informações de outras fontes, tais como consultas ao prontuário hospitalar, latidos de necropsia ou utilização de noticiários de jornais.

Já o Sistemas Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1980, tendo por base experiências pioneiras e bem sucedidas em locais como o Centro de Controle de Intoxicações dos Hospitais Menino de Jesus em São Paulo e João XXIII, em Belo Horizonte, ambas em 1972. A criação do Sinitox originou-se da necessidade de se criar um sistema abrangente de alcance nacional, capaz de fornecer dados precisos sobre medicamentos e demais agentes tóxicos existentes às autoridades, aos profissionais de saúde e as áreas afins, bem como à população em geral. Em 1997, esse Sistema estava formado por uma rede de 31 Centros de Controle de Intoxicações em 16 estados. Um total de 50.264 casos de intoxicação humana foram registrados no Brasil, em 1995. Embora seja um sistema de referência para a América Latina, é importante reconhecer que o Sinitox ainda padece de importante subnotificação, causada, em parte, pela não obrigatoriedade do registro e pela não uniformidade dos dados em relação ocorrências.

Em função do crescimento dos acidentes e das violências, da relativa inconsistência dos dados e da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos - principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associados a cada um deles -, somente nos últimos anos é que têm sido desencadeadas algumas tentativas pontuais de estruturação de sistemas de informação mais integrados, ágeis e atualizados, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos.

De outra parte, é consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem a porta do hospital ou, até mesmo, o acionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A partir da ocorrência do evento, no entanto, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido de maneira importante na minimização da morbimortalidade por tais eventos. A literatura publicada nos anos 80 nos Estados Unidos e em vários países da Comunidade Européia apresenta evidências de que a percentagem de mortes evitáveis sofreu uma redução da ordem de 50% ou mais, a partir da implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado.

No Brasil da década de 80, a ausência de diretrizes nacionais para a área de emergência, particularmente de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), levou alguns estados a criarem seus serviços dissociados de uma linha mestra e de uma normalização típica de planejamento, instalação e operacionalização, respeitadas as diferenças regionais, surgindo, assim, um verdadeiro mosaico de modelos, a maioria deles com deficiências técnicas importantes, tanto no setor público, quanto privado.

O desenvolvimento de APH teve início no Estado do Rio de Janeiro. Desde então, diversos grupos foram criados, os quais sensibilizaram os governos locais, levando ao surgimento de alguns serviços de atendimento pré-hospitalar (Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco e Ceará). Alguns outros estados estão dando início ao processo de implantação, principalmente por conta do projeto de Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus), que visa, entre outros, à melhoria e à capacitação dos serviços de atendimento de emergência no País.

O sistema de APH tem a finalidade de atender vítimas em situação de urgência e emergência, antes da sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de APH em nível público: o do telefone n.° 192, desenvolvido e operacionalizado pelo governo municipal, e o do sistema 193, de caráter estadual, a cargo dos Corpos Bombeiros. Em algumas cidades, ambos têm a presença do profissional médico. Os dois sistemas funcionam a partir de uma central de chamados, que recebe as solicitações. Dessa central emanam as ordens e apoio às diferentes ações. De acordo com as novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, as centrais de APH deverão ampliar as suas especificações e objetivos, passando a ser denominadas de Regulação Médica.

No elenco de problemas identificados, verifica-se a falta de normalização dos serviços de atendimento pré-hospitalar. A ausência de uma ficha de atendimento com informações básicas, imprescindíveis e comuns a todos os APH, tem contribuído para que ocorram graves distorções. Não existe um processo sistematizado de alimentação e retroalimentação entre os diferentes setores envolvidos no atendimento às urgências, tais como saúde, segurança, educação, meteorologia, geologia, entre outros. Os boletins de ocorrência das diferentes unidades de segurança pública das três esferas governamentais são preenchidos, de maneira geral, de forma inadequada e incompleta e, o que é mais grave, sem nenhuma padronização.

Entre as dificuldades do atendimento pré-hospitalar, inclui-se a falta de orientação da população sobre como proceder diante de uma situação de emergência, o que contribui, muitas vezes, para o agravamento do estado das vítimas. Ao lado disso, a ausência de normas para a transformação veicular em ambulância, a exemplo dos sistemas americano, francês e alemão, favorece a adoção de viaturas não condizentes ao resgate e ao tratamento intensivo, como, por exemplo, o uso de veículos de passeio. A inexistência dessa padronização é verificada, também, nos insumos tecnológicos do suporte avançado de vida. É comum encontrar veículos designados como Unidade de Tratamento

Intensivo (UTI) e de resgate que não dispõem de respiradores artificiais, bombas de infusão, monitores cardíacos, marcapasso, estojos para pequenos procedimentos cirúrgicos, materiais de imobilização e maletas de medicamentos.

Essas limitações comprometem o planejamento logístico e estratégico de atenção a situações de emergência. No que tange aos recursos humanos, não há um currículo mínimo, regulamentado pelo Ministério da Educação (MEC), para a formação de profissionais para este fim, desde o nível mais elementar ao de nível superior. Soma-se a isso a falta de estudos mais aprofundados sobre o número e a qualidade de veículos, uma vez que os índices internacionais não contemplam a peculiar situação brasileira de densidade demográfica flutuante, condição do fluxo viário urbano e dificuldade de equipamentos aéreos de atendimento a acidentados.

Diante de todos os limites e dificuldades que existem no Brasil em relação ao atendimento pré-hospitalar, vale a pena ressaltar que experiências empíricas demostram a redução do tempo de permanência hospitalar, de seqüelas e da mortalidade, desde que o APH integre uma estrutura maior de atenção a emergências, com unidades hospitalares, terapia intensiva, imaginologia e outros insumos, principalmente preventivos.

O atendimento médico-hospitalar de urgência e emergência é um segmento da saúde que muito vem exigindo de economistas e administradores especializados. Trata-se de uma vertente que, por envolver procedimentos caros, absorve parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde. Exige, ao mesmo tempo, perspicácia e agilidade administrativas. Esses aspectos são universais, mas tornam-se bastante evidentes em países emergentes, sobretudo em decorrência da falta de investimento maciço na atenção básica de saúde, contribuindo para o uso inadequado das unidades de emergência.

Essa realidade, presente no dia a dia das unidades de saúde, está associada à falta de resolutibilidade no atendimento primário - que vai desde dificuldades para agendar consultas, até carência de recursos tecnológicos; são raros os municípios que integram um sistema hierarquizado e regionalizado de serviços. Como resultante, muito tempo é perdido até a chegada do paciente a uma unidade adequada para o atendimento de suas necessidades, o que contribui para o agravamento de seu estado.

Considerando as dificuldades do atendimento hospitalar e os reflexos da problemática do trânsito na sua esfera de competência, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS N.º 2.329. de 9 de junho de 1998, mediante a qual instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência. Trata-se de um programa de recuperação dos serviços de emergência que envolve: a implantação de uma central de regulação, conforme definida na Resolução CFM N.º 1.529/98 de grande importância como observatório epidemiológico; o incentivo à hierarquização e regionalização dos serviços; e a criação de unidades especializadas de urgência.

Com o crescimento da violência no Brasil, os leitos hospitalares têm se tornado ainda mais escassos. Conseqüentemente, torna-se insuficiente o número de profissionais e de leitos em unidades de terapia intensiva e de recuperação pós-anestésica, bem como dos serviços de imagem. Acresce-se, ainda, o estrangulamento da capacidade operacional dos laboratórios. Esses problemas se agravam nos serviços de pediatria, neonatologia, cardiologia, ortopedia, traumatologia e atendimento a queimados, nos quais a demanda por atendimento é bem maior do que a oferta de unidades de saúde.

Em relação a recursos humanos, tanto em termos numéricos quanto de capacitação, muito há que ser feito. As universidades devem participar mais ativamente na formação de profissionais, capacitando-as para o gerenciamento de situações de emergência e atendimento às vítimas de acidentes e de violências, bem como para o desenvolvimento de medidas preventivas. A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação e êxodo, ficando tais serviços, por vezes, a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente.

Sob o ponto de vista das sequelas decorrentes das lesões devidas a acidentes e a violências, quando não levam o paciente diretamente à morte, podem demandar uma internação, às vezes longa, com gastos elevados. Além disso, há a possibilidade de gerarem seqüelas permanentes e incapacidades. Dados apresentados pelas Nações Unidas estimaram que em 1991, no Brasil, em cada grupo de mil pessoais, 17 eram portadoras de seqüelas (cit. em Whitaker. I993). Entre os danos produzidos no paciente que exemplificam essa última situação, destacam-se as lesões medulares traumáticas.

Em 1997, foram atendidos nos hospitais ligados ao SUS. 6.388 pacientes com fratura de coluna vertebral, com taxa de internação mais elevada que nos anos anteriores. Quanto à localização da fratura, mais de 50% dos casos corresponderam aos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da atuação e a possível ocorrência de seqüelas (Laurenti e cols., 1998).

Um outro exemplo pode ser dado valendo-se de estudo da distribuição de pacientes atendidos, naquele mesmo ano, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor (rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação): do total de 293 pacientes, 42.2% foram vítimas de acidentes de trânsito, 24,0% de disparos de armas de fogo, 12,4% de mergulhos em águas rasas, 11,6% de quedas e 9.5% de outros tipos de acidentes e de violências. A grande maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos - 53.7% -, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao INSS estão sendo desativadas.

O impacto da deficiência pode trazer implicações para o estado funcional do indivíduo, que engloba as funções física, psíquica e social; na capacidade para reinserção; na disposição do paciente para levar uma vida independente, retomando papéis sociais relevantes; e na disponibilidade para beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem diretamente na função do indivíduo, comprometendo sua independência para a realização de atividades relacionadas, ao cuidado pessoal, mobilidade, atividades ocupacionais e profissionais.

Em outras sociedades, o processo de reabilitação envolve o esforço de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar tal etapa que seria, ao final, habilitar o paciente para o retorno ao trabalho, reintegrando-o à força produtiva da nação. Essas ações, como também a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física, são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande número, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas

acerca desse tema. Entretanto, algumas medidas, mesmo que restritas aos poucos serviços especializados do País, já vêm sendo desenvolvidas.

Por outro lado, ao se analisar o problema dos acidentes e das violências sob a ótica dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências, quanto às características e circunstâncias em que se dão tais eventos.

O grupo de crianças, adolescentes e jovens, que engloba os indivíduos na faixa etária de zero a 24 anos de idade, tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e de violências. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico. Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica:

• acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); e

• violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem conto as violências autoinfligidas (como a tentativa de suicídio).

A Constituição de 1988, em seu art. 227, estabeleceu os direitos fundamentais desse grupo, os quais alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)-, criado pela Lei N.° 8.069, de 13 de julho de 1990. Esse Estatuto, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde - art.s 13. 17 e 245, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridade competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo os setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico. Em continuidade à promoção e ao fomento da garantia dos direitos dessa população, o Brasil tornou-se, em 1990, signatário da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, que provê os princípios referentes aos padrões mínimos para o tratamento da infância no mundo.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Cartini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorreram principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Em relação aos homicídios, as taxas no País (Mello Jorge e cols., 1997) também revelam uma realidade preocupante. A partir da análise das taxas disponíveis, percebe-se que a mortalidade de crianças pode ser um indicador de violência doméstica. É nessa faixa etária que se detectam mortes ocorridas no lar, sendo exemplos quedas, queimaduras, afogamentos e outras que não são devidamente investigadas, podendo, por isso mesmo, decorrer de maus-tratos (Marques, 1986; Santos, 1991; Assis. 1991; Gomes, 1998).

Os adolescentes e jovens são os mais afetados pela violência. A mortalidade nesses grupos populacionais tem como principal causa os eventos violentos: atualmente, cerca de sete, em cada 10 adolescentes, morrem por causas externas. Entre 1984 e 1994, a taxa de mortalidade na população masculina de 15 aos 19 anos passou de 93.7 para 128.2 por 100.000 habitantes, significando um aumento de cerca ele 37% (Mello Jorge e cols., 1998). Cruz Neto e Moreira – 1998 chamam a atenção para as precárias condições de vida de crianças e adolescentes que não têm acesso à estada ou trocam as salas de aula pelo trabalho, num total descaso e desrespeito ao ECA. O número elevado de acidentes de trabalho envolvendo crianças - cuja atividade é legalmente proibida - e de adolescentes - este protegido por lei -, demanda uma ação urgente e eficaz voltada ao cumprimento do ECA.

Os adolescentes e jovens com atividade sexual iniciada cada vez mais precocemente, e desprotegida, apresentam consequências sérias somo as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a Aids, o aborto e a gravidez não planejada, elevando a mortalidade materna já relevante no contexto nacional e em outros países em desenvolvimento. Soma-se a isso o aumento da exploração sexual decorrente de necessidade econômica e de sobrevivência desses indivíduos. Agravando essa situação, registre-se a falta de orientação adequada e o despreparo da escola, dos serviços de saúde e da sociedade em lidar com a questão da sexualidade.

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 1998 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) - indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela e violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a

situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor.

Os maus-tratos contra os idosos, aqui consideradas as pessoas a partir dos 60 (sessenta) anos de idade, dizem respeito às ações únicas ou repelidas que causam sofrimento ou angústia – ou, ainda, a ausência de ações que são devidas -, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança (Action of Elder Abuse, 1995; Unpea, 1998).

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de dados realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra (Pillemer & Wolf, 1998; Podnicks, 1989; Ogg and Bennett, 1992) que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Some-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. Cabe ressaltar que a negligência, conceituada como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso, é uma forma de violência presente tanto em nível doméstico quanto institucional, levando muitas vem ao comprometimento físico, emocional e social, gerando, em decorrência, aumento dos índices de morbidade e mortalidade.

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária (Eastman, 1994). Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

As quedas causadas pela instabilidade visual e postural, comuns à idade, representam os principais acidentes entre os idosos. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que vivem em instituições sofrem pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização por queda. Cerca de metade dos idosos que sofrem esse tipo de fratura falece dentro de um ano; a metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente do cuidado de outras pessoas, aumentando os custos da atenção à saúde e retirando pelo menos um familiar da atividade econômica ativa, por um longo período.

Nas áreas urbanas, os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, são muito frequentes devido à vulnerabilidade aos riscos presentes tanto no ambiente doméstico, quanto no âmbito público (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados, criminalidade). Os acidentes e as violências com frequência não são corretamente diagnosticados, tendo em vista que há falta de informação e preparo dos profissionais de saúde para enfrentar estes eventos, descrédito para com os relatos dos idosos por parte dos familiares e destes profissionais, além de constrangimento do idoso em acusar pessoas de sua família.

Como se depreende da análise precedente, os acidentes e as violências configuram problema de grande magnitude para a sociedade brasileira. Por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral. Nesse sentido, a presente Política setorial lança mão da promoção da saúde considerando, especialmente, a sua finalidade – o alcance da qualidade de vida - e as suas estratégias básicas: a intersetorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária.

Tal opção leva em conta que a promoção da saúde configura um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis - individuais e coletivos - e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Nesta Política, portanto, estão definidas diretrizes para o setor e identificadas responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

2. PROPÓSITO

Os princípios básicos que nortearam esta Política Nacional são:

- a saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- o direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde; e
- a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

A presente Política enfatiza os fundamentos do processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais.

Nesse sentido, esta Política setorial prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nesta compreendidas as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes devidas a estes eventos.

Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Assim, considerando o quadro dos acidentes e das violências descrito no capítulo da Introdução, a presente Política Nacional tem como propósito fundamental a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população.

3. DIRETRIZES

Para a consecução do propósito desta Política, são estabelecidas as diretrizes a seguir explicitadas, as quais orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que a implementarão, representados por planos,

programas, projetos e atividades.

São as seguintes as diretrizes mencionadas:

promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;

monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;

assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;

estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;

capacitação de recursos humanos; e

apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis

A implementação dessa diretriz compreenderá a ampla mobilização da sociedade em geral, e da mídia em particular, para a importância dos acidentes e das violências, bem como o reforço das ações intersetoriais relacionadas ao tema. Para tanto, deverão ser utilizadas diversas estratégias, entre as quais figuram, por exemplo, a implementação de propostas relativas a Municípios Saudáveis, Prefeito Amigo da Criança e Escolas "Promotoras de Saúde". Tais estratégias levarão em conta as recomendações oriundas das conferências internacionais relativas à promoção da saúde, especialmente no tocante a estilos de vida e ambientes saudáveis.

A essas estratégias, deverão ser acrescidos: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaboram edições temática.

Por outro lado, buscar-se-á desenvolver também a corresponsabilidade do cidadão num sentido amplo, incluindo a participação na reivindicação, nas proposições e no acompanhamento desta Política, e na promoção de ambientes seguros e comportamentos saudáveis relacionados à prevenção de acidentes e de violências e de seus fatores de risco, como uso de drogas, anuas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas. As medidas nesse sentido considerarão tanto os ambientes domésticos, de lazer, de trabalho e de trânsito, quanto aqueles em que se desenvolvem os processos de convivência social.

As iniciativas voltadas à corresponsabilidade do cidadão envolverão igualmente a formação e informação continuada da população - junto às escolas, locais de trabalho, lazer e organizações sociais e mídia - sobre a prevenção de acidentes e de violências e a atuação frente a sua ocorrência, incluindo os primeiros gestos diante de uma urgência ou emergência.

A observância dos dispositivos contidos no arcabouço legal referente ao trânsito constituirá, de outra parte, medida importante para que se disponha de condições adequadas à implementação de ações dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas de acidentes. No conjunto dos diplomas legais, destacam-se o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em especial o art. 78 da Lei N.º 9.503 de 23 de setembro de 1997, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Segundo esse Artigo, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Destaca-se, também, o Decreto N.° 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde, o qual deve utilizar 90% deste montante na prevenção e no atendimento às vítimas de acidente de trânsito; os outros 10% destinados ao Fundo devem ser repassados mensalmente ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito para aplicação exclusiva em programas de prevenção. Já a Portaria Interministerial N.º 4.044, de 18 de dezembro de 1998, dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e da Justiça, determina que suas entidades representativas adotem medidas destinadas a assegurar ampla e permanente divulgação dos direitos dos assegurados.

A sensibilização e conscientização dos formadores de opinião e da população em geral constituirão medidas essenciais para a promoção de comportamentos não-violentos. Quanto aos formadores de opinião, deverão ser promovidos debates sobre estratégias de comunicação que estimulem a adoção de atitudes e valores contrários à prática da violência, nos quais buscar-se-á em eventos conjuntos, a participação dos diversos setores envolvidos na prevenção da violência aos diferentes segmentos da população.

As campanhas de mobilização social buscarão o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes contra todos os segmentos sociais. Além da elaboração e da divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais.

As medidas preventivas compreenderão a articulação e o desenvolvimento de ações não governamentais e de diferentes conselhos. Para tanto, deverá ser apoiado o desenvolvimento de projetos conjuntos, bem como a realização de estágios de pessoal dessas organizações em centros de referência como, por exemplo, os da mulher.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de seqüelas e deficiências, bem como de seus familiares.

Os estados e municípios deverão realizar ações sistemáticas de sensibilização para a prevenção de acidentes e de violências, adequadas à cultura local. Ao lado disso, será produzido material educativo acerca da prevenção de acidentes e de violências destinado aos profissionais de saúde e de educação.

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas, ora como sujeito das agressões, e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. Especificamente em relação aos idosos, será fundamental o investimento na formação de cuidadores.

Atenção prioritária deverá ser dada às crianças, adolescentes, jovens, portadores de deficiência física e mental e idosos em condição asilar, garantindo-lhes o cumprimento dos dispositivos legais concernentes aos direitos destes grupos, de forma articulada com entidades de classe, conselhos, organizações não-governamentais e a sociedade em geral.

Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra esses segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos, promover-se-á o cumprimento das Leis N.ºs 8.069/90 e 8.842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a esses segmentos populacionais.

Já a orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessária, informações aos pacientes e aos seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

As ações de prevenção das violências e dos acidentes deverão estar incorporadas em todos os programas, planos e projetos de atenção a grupos específicos da população e a temas de saúde. Neste contexto, o setor saúde deverá também incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.

3.2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências

A implementação dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências.

A melhoria das informações constituirá uma das prioridades à qual deverá ser concedida atenção especial. Uma das medidas, neste sentido será a promoção do registro contínuo padronizado e adequado das informações, de modo a possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionados aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas, a partir dos quais viabilizar-se-á a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. A base para a implementação dessa medida estará representada pela elaboração de normas técnicas respectivas; adequação de instrumentos de registros, com a introdução de questões específicas para o diagnóstico de violências e de acidentes; e inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS).

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo de hospitais, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada da ocorrência desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, entre as quais se destaca o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde.

Deverão ser sensibilizados, também, os dirigentes de institutos de medicina legal quanto à importância, para o setor, dos dados existentes nestes serviços. Para tal, constituirão mecanismos importantes a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, bem como o estímulo ao provimento de recursos físicos e materiais necessários.

A monitorização da ocorrência dos eventos compreenderá a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, principalmente mediante:

• a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas;

• a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o torneamento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho;

• a criação de um sistema nacional de informação relativo ao atendimento pré-hospitalar;

• a otimização do sistema de informação de morbidade, de modo que incorpore dados epidemiológicos relativos a atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios;

• a efetivação do disposto na Portaria GM/MS Nº 142/97, que determina a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar;

• a inclusão de "lesões e envenenamentos" com detalhamento do tipo de causas externas como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de saúde não ligadas ao SUS e em nível ambulatorial;

• o estabelecimento de ações padronizadas de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade de acidentes e de violências determinando, inclusive, os fatores de risco. Essas ações deverão utilizar os sistemas de informação já existentes e metodologia uniforme;

• a criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis;

• a inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia - Centros de Intoxicação -, em hospitais de atendimento médico de urgência;

• a identificação e implementação de mecanismos que possibilitem a ampliação da cobertura de informação relativa aos acidentes de trabalho ocorridos no mercado informal, de modo a ultrapassar a concepção eminentemente previdenciária.

A monitorização da situação envolverá, também, o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica para os casos de morbimortalidade por acidentes e violências, estimulando-se experiências locais e a união de esforços nas áreas em que vários procedimentos já estão sendo desenvolvidos, com vistas a potencializar os recursos disponíveis. Neste contexto, deverão ser incentivados estudos amplos e consistentes acerca da morbimortalidade, inclusive com a determinação de seus possíveis fatores de risco.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informação estatística destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns em nível municipal, estadual e federal e possibilitar a análise não apenas dos dados de acidente, como também de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão a definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas, as conseqüências a curto e longo prazos, bem como os recursos envolvidos na sua mitigação.

3.3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) será fundamental para a consecução do propósito desta Política, para o que deverão ser promovidas medidas que permitam o aprimoramento dos serviços existentes. Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos para que estados e municípios invistam nesses serviços.

Além dessas medidas, deverão ser revistas e ou estabelecidas normas técnicas específicas, em conjunto com os diferentes setores envolvidos, para a padronização de equipamentos e de veículos para o transporte de vítimas, bem como para a formação de recursos humanos.

Paralelamente, os órgãos competentes promoverão a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados. Será promovida, também, a integração do APH ao atendimento hospitalar de emergência, com a implantação de centrais de regulação médica nos estados e municípios, às quais competirá a articulação com os órgãos que mantêm este tipo de serviço, estimulando-os a atuar de forma compartilhada.

Ao lado disso, deverá ser incentivada a organização de consórcios entre municípios de menor porte e a ampliação do APH para as rodovias, por intermédio das polícias rodoviárias estaduais e federais, segundo normas estabelecidas de comum acordo entre estas e os gestores do SUS, em suas respectivas amas de abrangência.

3.4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de fornia que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. A consecução desse atendimento dar-se-á, sobretudo, mediante o estabelecimento de sistemas de referência entre o setor saúde e as áreas jurídicas e de segurança, para o que será provida a respectiva assessoria técnica no tocante à definição, implantação e avaliação das ações. Nesse particular, ainda, deverão ser apoiados projetos e repasse de recursos voltados à estruturação e à organização mencionadas.

Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura.

A assistência às vítimas de acidentes e de violências deverá integrar o conjunto das atividades desenvolvidas pelas estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além daquelas compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, sendo fundamental a definição de mecanismos de referência entre estes serviços.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil.

Serão definidas unidades de atendimento paria emergências e urgências, conforme o seu grau de complexidade, sistematizando o atendimento específico e contribuindo para uma menor pletora nos serviços de alta complexidade. Em regiões onde não houver condições para a instalação de serviços com complexidade mediana, serão estimuladas, sobretudo mediante a organização de consórcios intermunicipais, a regionalização e a hierarquização do sistema de atenção hospitalar.

Paralelamente, promover-se-á a valorização, a especialização, a atualização e a reciclagem de profissionais que atuam nos serviços de emergência. Buscar-se-á, igualmente, maior vinculação das universidades, com vistas à formação de recursos humanos para esse fim.

Os esforços deverão centrar-se na formação de profissionais especializados em emergências, clínicas traumáticas, cirúrgicas e atendimento pré-hospitalar, especialmente no que se refere ao atendimento pediátrico. Deverá ainda ser enfocada a especialização em gerenciamento de serviços de saúde. A formação desses profissionais contemplará, além dos aspectos clínico, cirúrgico e gerenciais, a abordagem psicossocial nos casos de violência.

A formação e a certificação de profissionais atuantes no sistema de emergência pré-hospitalar e hospitalar serão de responsabilidade das escolas de medicina e enfermagem credenciadas pelo Ministério da Educação. Somam-se aos núcleos formadores e certificadores as sociedades médicas, de enfermagem e científicas cuja titulação seja reconhecida.

Nas localidades onde seja elevada a demanda de pacientes aos hospitais de emergência de alta complexidade, serão criados serviços de pronto atendimento, em diversas áreas das regiões metropolitanas, que atuarão principalmente como instâncias de estabilização e triagem, reforçando as demais medidas voltadas à hierarquização e descentralização do sistema de atenção hospitalar de emergência.

A ampliação do número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergência constituirá, da mesma forma, medida essencial. Tais leitos deverão ser criados na própria unidade hospitalar que postula setor de urgência, bem como em hospitais de retaguarda destinados a dar o devido suporte às referidas unidades. Paralelamente, procurar-se-á também adequar a oferta de leitos de terapia intensiva, quer para adulto, quer pediátrica.

Com relação aos serviços de atenção especializada – tais como unidade de queimados, centros de atendimentos toxicológicos, unidades de hemodinâmica, diálise, gestação de alto risco, entre outros -, serão procedidos levantamentos para avaliação e posterior adequação às necessidades. Todas as unidades de atendimento a grandes emergências e aquelas que forem únicas em determinadas localidades ou regiões do País deverão desenvolver e adotar treinamentos simulados, em situação de catástrofe ou ocorrências que envolvam grande número de vítimas.

A unidade de tratamento de pacientes de alto risco será um ambiente obrigatório em qualquer serviço de urgência, independente de seu nível de complexidade e da etiologia do agravo. Terá como finalidade oferecer o suporte avançado de vida a qualquer paciente, seja cirúrgico ou clinico, que esteja em risco iminente de morte. Essas unidades deverão atender pacientes de todas as faixas etárias, garantidas as condições clínicas para o transporte adequado de pacientes entre diferentes serviços.

Em relação às crianças, adolescentes e jovens vítimas de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a estas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a essas vítimas e suas famílias. Deverão ser estabelecidos serviços de referência para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias.

O cartão da criança será ser utilizado e valorizado como instrumento básico de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como de registro de situações de risco, tais como: modificação do ritmo de crescimento, não cumprimento do calendário de vacinação, atraso nas etapas do desenvolvimento, desnutrição, desmame, que poderão, dentro de um atendimento geral, auxiliar na detecção de situações de negligência.

O atendimento a ser prestado às mulheres pelos serviços de saúde contemplará o aumento da autoestima, de modo que elas se sintam fortalecidas para identificar soluções, em conjunto com a equipe multiprofissional dos serviços, para a situação vivenciada, assim como para a prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Dessa forma deverão ser contempladas também atividades voltadas à reeducação de agressores e garantidas redes de apoio para o atendimento, tais como abrigos e unidades que atendam ao aborto legal.

A assistência aos idosos, no âmbito hospitalar, lesará em conta que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do enfermo hospitalizado. Neste sentido, a capacidade funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento. Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde - ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros -, na conformidade do que estabelece a Lei N.° 8.842/94, em seu art. 4°, inciso VIII, e o art. 17, do Decreto N.° 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados - conveniados ou contratados - pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que será sempre observado é a possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco envolvidos. O profissional de saúde, quando houver indícios de que um idoso possa estar sendo submetido a maus-tratos deverá denunciar sua suspeita.

Especial atenção será dada à formação das equipes de saúde para o diagnóstico e o registro corretos da relação entre trabalho, acidentes e violências. Para tanto, a rede assistencial deverá ser capacitada não só para prestar a atenção requerida, mas também para acionar o desencadeamento de ações de prevenção. Para tanto buscar-se-á a contínua integração entre as ações assistenciais e aquelas atinentes à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, para que sejam desencadeadas medidas oportunas e adequadas nos ambientes de trabalho, visando ao controle e ou eliminação dos fatores de risco neles presentes.

Além disso, incentivar-se-á a criação e a capacitação de unidades de emergências para o atendimento de intoxicações, enfatizando-se aquelas decorrentes de agrotóxicos, com apoio toxicológico de emergência e de referência.

3.5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação.

A operacionalização dessa diretriz compreenderá, inicialmente, a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nem fase da atenção.

O processo de reabilitação, que tem início na instituição de saúde, dirigirá suas ações não somente para a educação do paciente como, também, de sua família. Assim, os serviços de reabilitação prestarão atendimento

multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar seqüelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral.

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros.

Deverão ser criados mecanismos que favoreçam a informação, orientação e apoio ao paciente e a sua família como sujeitos da ação de recuperação. Dois desses mecanismos serão a sensibilização e a informação dos gerentes dos serviços e dos profissionais de saúde sobre os seus respectivos papéis na orientação dos portadores de seqüelas e familiares.

A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como:

• diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas;

• levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades;

• adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais;

• incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de seqüelas.

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento - incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade -, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. Tal estratégia visa potencializar os recursos disponíveis localmente, bem como aqueles que são colocados à disposição por parte das diferentes instâncias do SUS, de que são exemplos os recursos financeiros repassados pelo nível federal aos gestores estaduais e municipais para o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais e hospitalares.

A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades. Essa organização da atenção não significa que, pelo fato de ser assistido em um serviço de menor complexidade, o paciente não terá acesso aquele compreendido nos outros níveis. Na realidade, essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando-se a sobrecarga de qualquer um dos serviços.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

• promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;

• criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde;

• complementação curricular para especialização em emergência para técnicos ou auxiliares de enfermagem a serem homologados pelo MEC:

• promoção do estabelecimento e implementação de currículo mínimo padronizado - homologado pelo MEC - para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar.

• capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

3.7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja, efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde.

As pesquisas deverão integrar estudos de cunho sócio-antropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e institucionais e de outras áreas afins do tema. Aliam-se a essas, pesquisas epidemiológicas e clínicas que permitam a identificação de fatores de risco e de proteção envolvidos nas redes causais de acidentes e de violências, ao mesmo tempo que indicam áreas e grupos sociais mais vulneráveis a esses agravos.

Será necessário também desenvolver investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade. Para tanto, as universidades e os centros de investigação deverão estar integrados com as temáticas geradas a partir dos serviços.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País - propósito desta Política Nacional - requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.

Por outro lado, tendo em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta Política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não-governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por via consequência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Na articulação intersetorial será buscado o engajamento de toda a sociedade, a qual deverá ser mobilizada sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, que é um dos elementos capazes de refletir decisivamente na redução de acidentes e de violências no País.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal caberá ao Ministério da Saúde promover a articulação dentro do próprio setor e com as instâncias a seguir identificadas, com as quais buscará construir e consolidar as parcerias anteriormente referidas, a partir das medidas aqui explicitadas e consideradas essenciais para o alcance do propósito estabelecido na presente Política Nacional.

Além das responsabilidades específicas em relação a esta Política, caberá também aos gestores estaduais e municipais do SUS, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria, preconizada neste documento.

A. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Buscar-se-á, em especial com essa Secretaria, a promoção de medidas destinadas a adequar e ou readequar os espaços urbanos, domésticos e dos edifícios públicos e particulares, com vistas à prevenção de acidentes e de violências, e permitir a livre locomoção dos pacientes vítimas destes eventos.

B. Ministério da Justiça

A parceria a ser estabelecia visará principalmente:

• a sensibilização e a capacitação de médicos que atuam nos institutos de medicina legal para que possam fornecer, adequada e oportunamente, atendimento humanizado, favorecendo a emissão de laudos completos para a adoção das medidas cabíveis, bem como a alimentação dos sistemas de informações;

• a criação de eventos específicos para a discussão de questões polêmicas como o atendimento, encaminhamento e acompanhamento de vítimas de abuso sexual;

• a integração dos sistemas de informações relacionados a acidentes e a violências, disponíveis nos âmbitos policial e de trânsito, inclusive com a padronização nacional dos formulários de cada um destes sistemas;

• a promoção de medidas destinadas a melhorar a segurança dos pedestres, dos condutores, dos passageiros, dos veículos a das vias públicas;

• a plena implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias;

• a promoção de medidas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto à importância do Código, entre as quais destacam-se: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco que interferem na direção segura; a divulgação, em nível nacional, do Código e de sua regulamentação, de modo a facilitar a participação do poder público e da população; o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, ressaltando o seu papel na prevenção, inclusive com a elaboração de manual acerca desta participação no trânsito;

• o cumprimento de dispositivo contido no CTB relativo à utilização no trânsito dos recursos nele gerados, sobretudo na introdução de novas tecnologias e no treinamento de recursos humanos;

• o cumprimento e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mediante, por exemplo, o fortalecimento das medidas adotadas contra a prostituição infanto-juvenil, a erradicação do trabalho infantil e as referentes a crianças, adolescentes e jovens autores de atos infracionais;

• a divulgação da Lei N.° 9.534/97 e a promoção do seu cumprimento, em especial no que respeita à gratuidade do registro civil de nascimento;

• o estabelecimento de protocolos de cooperação visando à prevenção e ao atendimento das vítimas de acidentes e de violências, compreendendo a elaboração e implantação de projetos conjuntos, bem como a padronização de formulários, como o Boletim de Ocorrência Policial, entre outros;

• o treinamento para policiais, técnicos do IML e demais profissionais envolvidos, respeitadas as suas áreas de competência;

• a adoção de medidas de controle de armas de fogo, considerando-as como importante fator de risco para a violência.

C. Ministério da Educação

Buscar-se-á, com esse Ministério, sobretudo:

• a inclusão nos currículos de primeiro e segundo graus, bem como nos cursos profissionalizantes e técnicos, de conteúdos referentes à prevenção de acidentes e de violências;

• a mobilização das universidades para que induzam investigações atinentes aos acidentes e às violências, não só divulgando-as em publicações científicas, mas de forma que contribuam, inclusive, para a melhoria e o aprimoramento da rede de serviços;

• a inclusão, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, educação, assistência social e direito de disciplina relacionada a acidentes e a violências;

• a adoção, no nível médio de ensino, de currículo interdisciplinar com conteúdo programático sobre defesa civil;

• o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

• o incentivo, nos cursos de graduação da área de saúde, à formação em emergência;

• o estabelecimento de currículo mínimo para técnicos de emergência e de profissionais;

• o apoio no estabelecimento de cursos e estágios de educação continuada e atualização para profissionais de saúde e outros envolvidos no atendimento pré-hospitalar e hospitalar às eminências;

• o estímulo à criação de residência médica e de enfermagem em emergência - contemplando aspemos do planejamento, administração e prestação de serviços - e a sua respectiva homologação pelos órgãos competentes.

D. Ministério do Trabalho e Emprego

A parceria a ser estabelecida visará a implementação das medidas de prevenção dos acidentes de trabalho e o fortalecimento das iniciativas destinadas a erradicar o trabalho infantil e a coibir a exploração do trabalho juvenil; além disso, procurará viabilizar a ampliação do programa de bolsas de trabalho para jovens.

E. Ministério da Previdência Social

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida buscará promover a ampliação da cobertura e o aperfeiçoamento da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT).

F. Ministério dos Transportes

A parceria visará, sobretudo, a adoção de medidas destinadas a melhorar a segurança das vias públicas, mediante a inclusão, nos contratos de concessão de rodovias, de normas técnicas de procedimento, bem como de auditoria técnica independente.

G. Ministério da Ciência e Tecnologia

A articulação objetivará, em especial:

• a indução, por parte do MCT, de pesquisas que englobem as diferentes questões relativas a acidentes e a violências, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento das medidas dirigidas à prevenção e ao atendimento de vítimas destes eventos;

• o estímulo aos pesquisadores das universidades para que usem os dados oriundos de todas as fontes, particularmente dos institutos de medicina legal, visando a retroalimentação dos sistemas de informações nestas instituições;

• o estímulo à criação de novas tecnologias - preventivas, recuperativas e reabilitadoras - inerentes às violências e aos acidentes.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde

• Implementar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento desta Política Nacional, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

• Assessorar as Unidades Federadas na elaboração e implementação de suas respectivas políticas estaduais.

• Desenvolver e implementar mecanismos que possibilitem a articulação intrasetorial.

• Promover a ampliação da abrangência dos sistemas de informação inerentes à morbidade e mortalidade, de modo que cubram, de forma adequada e suficiente, dados relativos a acidentes e a violências; criar sistema padronizado e integrado que contemple dados relacionados a atendimentos de pré-hospitalar, pronto-socorro e ambulatório, que permita as investigações das causas externas; e viabilizar auditoria relativa a qualidade da informação.

• Incorporar as causas externas como agravo de notificação.

• Organizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Promover o diagnóstico, a notificação e o acompanhamento dos casos de violência doméstica em crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e portadores de deficiência visando o atendimento e o conhecimento destes casos.

• Promover a elaboração e acompanhar o cumprimento das normas relativas a acidentes e a violências no âmbito do setor saúde.

• Promover o cumprimento, no âmbito da ação especifica do setor, dos preceitos contidos no ECA, no que se refere ao direito à vida e à saúde da criança e do adolescente (art.s 7 a 14).

• Apoiar a plena implantação do CTB, com especial atenção às normas de caráter preventivo, como o novo sistema de habilitação, o controle de condições de segurança da frota de veículos e das vias.

• Participar da promoção de medidas preventivas, tendo em conta os art.s 77 e 78 do CTB, dirigidas à informação e à sensibilização da sociedade quanto a sua importância, entre as quais se destacam: a elaboração e a divulgação de material educativo referente aos fatores de risco e o desenvolvimento de ações que favoreçam a participação social, inclusive da elaboração de manual acerca desta participação.

• Estabelecer recomendações clínicas sobre patologias e comportamentos que possam comprometer a capacidade de dirigir e associar-se a organizações da sociedade civil, empresas públicas e privadas para a sua imensa divulgação.

• Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação desta Política.

• Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política, promover a disseminação e divulgar as informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

• Promover a capacitação de recursos humanos.

• Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentas da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

• Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

• Fomentar a organização e a consolidação de serviços de atendimento pré-hospitalar, assim como estabelecer normas para o seu funcionamento, integrando-os ao atendimento hospitalar de emergência.

• Apoiar a organização da rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, bem como para a recuperação e reabilitação.

• Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a padronização, em âmbito nacional, de boletim de atendimento médico ao nível pré-hospitalar, hospitalar de emergência e ambulatorial, possibilitando a ação efetiva de vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Inserir de forma destacada, nas bulas de medicamentos, informações acerca dos riscos do uso destes produtos na execução de determinadas atividades, de que são exemplos a operação de máquinas pesadas, a direção de veículos, entre outras, inclusive quanto aos seus efeitos potencializadores.

• Restar assessoria na organização de consórcios intermunicipais.

4.3. Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde

• Elaborar, coordenar e executo a política estadual relativa a acidentes e a violências, no âmbito do setor saúde, consoante a esta Política Nacional.

• Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.

• Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando a implementação da respectiva política, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

• Organizar, padronizar e implementar ações relativas à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Organizar e implementar sistemas integrados de informação de morbidade e mortalidade, relacionados a acidentes e a violências.

• Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação da presente Política e da respectiva política estadual.

• Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas nesta Política Nacional e na respectiva política estadual.

• Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à prevenção de acidentes e de violências.

• Promover e realizar a capacitação de recursos humanos, conforme preconizado na diretriz referente ao tema, com vistas à prevenção e qualidade de atendimento, sistematizado e humanizado, nas áreas da saúde e afins.

• Promover a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

• Promover a articulação com os setores de educação, justiça e segurança pública, visando o estabelecimento de protocolos de cooperação na prevenção de acidentes e de violências, que incluam, entre outros, a elaboração e implantação de projetos conjuntos e a realização de treinamentos para policiais, técnicos do IML, Conselhos Tutelares e Varas de Infância e Juventude.

• Apoiar os municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

• Promover a observância do disposto na Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

• Organizar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, promovendo, se for o caso, o estabelecimento de consórcios intermunicipais.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

• Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, em seu respectivo âmbito, definindo componentes específicos que devem ser implementados pelo município.

• Promover e executar as medidas necessárias visando a integração da programação municipal à adotada pelo estado.

• Promover e executar a articulação entre os diferentes setores no município, visando a implementação das ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual, na conformidade da orientação constante na introdução deste Capítulo 4.

• Promover e executar o treinamento e a capacitação de recursos humanos para operacionalizar o elenco das atividades específicas decorrentes das Políticas Nacional e Estadual.

• Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbirmortalidade por acidentes e violências.

• Desenvolver ações relativos à vigilância epidemiológica de acidentes e de violências.

• Promover a observância da Portaria SAS/MS N° 142/97, que determina o preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar com o código referente à causa externa que motivou a internação, de modo a contribuir para a efetiva vigilância epidemiológica dos acidentes e das violências.

• Promover a difusão de conhecimentos e recomendações sobre práticas, hábitos e estilos saudáveis por parte dos munícipes, mobilizando, para tanto, os diferentes segmentos sociais locais.

• Aplicar e acompanhar o cumprimento das normas decorrentes desta Política.

• Promover a consolidação e ou organização do atendimento pré-hospitalar.

• Organizar e implementar a rede regionalizada e hierarquizada para a assistência às vítimas de acidentes e de violências, incluindo a recuperação e reabilitação, estabelecendo, se for o caso, consórcios intermunicipais.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A parir de sua operacionalização a presente Política Nacional compreenderá o desenvolvimento de um processo sistematizado de avaliação, com um acompanhamento permanente que permita o conhecimento da repercussão das ações sobre a ocorrência de acidentes e de violências no País, bem como acerca das consequências decorrentes destes eventos, sobretudo no tocante ao atendimento, recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas. Além disso, deverá possibilitar a incorporação de novas diretrizes para o enfrentamento dos diferentes eventos relacionados a acidentes e a violências e a realização de eventuais ajustes que venham a ser ditados pela prática.

Para o desenvolvimento desse processo, serão definidos parâmetros, critérios e metodologias específicas, capazes de, inclusive, favorecer o conhecimento da repercussão das medidas levadas a efeito por setores com os quais se buscará estabelecer parcerias, identificadas no capítulo "Responsabilidades Institucionais", deste documento.

Tais acompanhamentos e avaliação poderão valer-se dos dados e informações gerados pelos diferentes programas, planos, projetos ou atividades que serão operacionalizados a partir desta Política.

Além da avaliação anteriormente prescrita, procurar-se-á investigar a repercussão desta Política sobre a qualidade de vida das pessoas, bem como a sua contribuição para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a Lei Orgânica da Saúde, em seu art. 7° (Lei N.° 8.080/90), destacando-se:

• a "integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (inciso II);

• a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);

• o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);

• a "conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população" (inciso XI);

• a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII); e

• a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII).

O processo de acompanhamento aqui preconizado deverá, igualmente, avaliar em que medida estão sendo cumpridas as metas e compromissos internacionais dos quais o Governo Brasileiro é signatário, bem como daqueles oriundos de eventos nacionais.

6. TERMINOLOGIA

Abandono: ausência ou deserção por parte do responsável, dos cuidados, necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado;

Abuso financeiro aos idosos: exploração imprópria ou ilegal e ou uso não consentido de recursos financeiros de um idoso;

Abuso físico ou maus-tratos físicos: uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade;

Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social;

Abuso sexual: ato ou jogo sexual que ocorre em relação hétero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;

Acidentes ampliados: são acidentes relacionados a indústrias de processos contínuos, não se restringem ao ambiente de trabalho, afetando comunidades do entorno e produzindo efeitos adversos ao longo do tempo;

Autonegligência: conduta de pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, com a recusa ou o fracasso de prover a si mesmo um cuidado adequado;

Acidentes de transporte: todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro;

Acidentes de trânsito: acidentes com veículos, ocorridos na via pública;

Agentes tóxicos: toda substância que, em contágio com o organismo, causa alterações eia suas funções;

Atendimento de recuperação e reabilitação: atendimento oferecido após a alta do paciente, geralmente em ambiente ambulatorial;

Atendimento pré-hospitalar: atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada ao hospital;

Causas externas: ocorrências relacionais e acidentais e circunstâncias ambientais como causas de lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos;

Deficiência: qualquer perda ou alteração de uma estrutura, função de ordem psicológica, fisiológica ou anatômica;

Fatores de risco: elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e ou emocional de um indivíduo;

Imaginologia: estudo de todos procedimentos diagnósticos por imagem;

Incapacidade: qualquer restrição ou falta - resultante de uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade nos moldes e limites considerados normais para um ser humano;

Informações tóxico-farmacológicas: informações sobre envenenamentos por medicamentos, produtos domiciliares, inseticidas, plantas tóxicas, animais peçonhentos, metais pesados, euforias (cocaína, LSD etc.), interações medicamentosas ou de drogas e teratogênese, bem como ações preventivas na área toxicológica;

Negligência: recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima;

Notificação: é a comunicação obrigatória de determinadas doenças ou agravos às autoridades de saúde;

Reabilitação: desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais;

Recuperação: ato de recuperar, recobrar ou restaurar funções, membros ou segmentos corporais que foram atingidos por lesões ou traumas;

Sequelas: danos deixados por qualquer doença ou agravo;

Profissionais responsáveis pela segurança relacionados ao Atendimento Pré-Hospitalar: Corpos de Bombeiros, Policiais Civis, Militares, Rodoviários, e outros profissionais, devidamente reconhecidos pelo Gestor público da saúde, para o desempenho do atendimento pré-hospitalar em suporte básico de vida (intervenção conservadora não-invasiva) sob supervisão médica, normalizados pelo SUS;

Suporte básico de vida: estrutura de apoio oferecida a pacientes com risco de morte desconhecido, promovida por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não-invasivas (como imobilização do pescoço, compressão de sangramento etc.);

Suporte avançado de vida: estrutura de apoio oferecido a pacientes em risco de morte, promovido por profissionais médicos, por intermédio de medidas não-invasivas ou invasivas (como, por exemplo, drenagem de tórax, acesso às vias aéreas, acesso venoso etc.);

Unidade de tratamento de pacientes de alto risco: ambiente destinado a oferecer suporte básico e avançado de vida, favorecendo principalmente uma remoção adequada, tanto intra quanto inter-hospitalar; e

Veículos para atendimento pré-hospitalar: viaturas equipadas com equipamentos para resgatar vítimas presas em ferragens ou em outras condições anômalas.

ANEXO VIII

Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Origem: PRT MS/GM 1876/2006)

Art. 1º Ficam instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 1º)

Art. 2º As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio serão organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, I)

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, II)

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, III)

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, IV)

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos; (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VII)

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotarão as providências necessárias para a estruturação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 3º)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde constituirá um Grupo de Trabalho, a ser instituído por portaria específica, para propor a regulamentação dessas diretrizes. (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 4º)

Art. 5º A regulamentação dessas diretrizes será apresentada e pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1876/2006, Art. 5º)

ANEXO IX

Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) (Origem: PRT MS/GM 874/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 2º)

Art. 3º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, I)

II - princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, II)

III - princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, III)

IV - princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, IV)

V - princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, V)

VI - princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VI)

VII - princípios e diretrizes relacionados à educação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VII)

VIII - princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 4º, VIII)

Seção I

Dos Princípios Gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º Constituem-se princípios gerais da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º)

I - reconhecimento do câncer como doença crônica prevenível e necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, I)

II - organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, II)

III - formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde e para a implantação desta Política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, III)

IV - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, IV)

V - a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para a prevenção e o controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS devem ser resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE). (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 5º, V)

Seção II

Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Promoção da Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º Constitui-se princípio relacionado à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a identificação e a intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos tipos de câncer e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a saúde e a qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 6º)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º)

I - fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, I)

II - realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, II)

III - promoção de hábitos alimentares saudáveis como o aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis) meses de vida, e o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, III)

IV - promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como ginástica, caminhadas, dança e jogos esportivos e populares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IV)

V - enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos na saúde humana e no ambiente, por meio de práticas de promoção da saúde com caráter preventivo e sustentável; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de ações e políticas públicas para enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VI)

VII - promoção de atividades e práticas relacionadas à promoção da saúde a serem desenvolvidas em espaços que inclusive ultrapassem os limites dos serviços de saúde, chegando, por exemplo, às escolas, aos locais de trabalhos e aos lares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VII)

VIII - avanço nas ações de implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, de que trata o Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, VIII)

IX - fomento à elaboração de documentos normativos voltados à regulamentação de produção e consumo de produtos e alimentos cuja composição contenha agentes cancerígenos e/ou altas concentrações de calorias, gorduras saturadas ou trans, açúcar e sal; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, IX)

X - fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 7º, X)

Seção III
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Prevenção do Câncer
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Constitui-se princípio da prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos e a intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 8º)

Art. 9º São diretrizes relacionadas à prevenção do câncer no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º)

I - fomento à eliminação ou redução da exposição aos agentes cancerígenos relacionados ao trabalho e ao ambiente, tais como benzeno, agrotóxicos, sílica, amianto, formaldeído e radiação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, I)

II - prevenção da iniciação do tabagismo e do uso do álcool e do consumo de alimentos não saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, II)

III - implementação de ações de detecção precoce do câncer, por meio de rastreamento ("screening") e diagnóstico precoce, a partir de recomendações governamentais, com base em ATS e AE; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, III)

IV - garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, IV)

V - estruturação das ações de monitoramento e de controle da qualidade dos exames de rastreamento. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 9º, V)

Seção IV
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Vigilância, ao Monitoramento e à Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 10. Constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 10)

Art. 11. São diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11)

I - monitoramento dos fatores de risco para câncer, a fim de planejar ações capazes de prevenir, reduzir danos e proteger a vida; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, I)

II - utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais disponíveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer, produzidos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II)

a) pelos diversos sistemas de informação do SUS, dentre os quais os de mortalidade, de morbidade, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, a)

b) pelos registros do câncer de base populacional e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, b)

c) pelos inquéritos e pesquisas populacionais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, c)

d) pelas estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas brasileiras. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, II, d)

III - implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e divulgação de informações, com vistas a subsidiar o planejamento de ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, III)

IV - monitoramento e avaliação do desempenho e dos resultados das ações e serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde, para a prevenção e o controle do câncer, utilizando critérios técnicos, mecanismos e parâmetros previamente definidos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, IV)

V - monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação do usuário; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, V)

VI - realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 11, VI)

Seção V
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

Art. 12. Constitui-se princípio do cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com base em parâmetros e critérios de necessidade e diretrizes baseadas em evidências científicas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 12)

Art. 13. Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 13)

Art. 14. São diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14)

I - tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de escopo; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, I)

II - atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, II)

III - realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional, garantindo-se sua regulamentação e regulação; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, III)

IV - oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 14, IV)

Seção VI
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Ciência e à Tecnologia
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 15. Constitui-se princípio da ciência e da tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer a utilização da ATS para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde, com a articulação dos diversos setores do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 15)

Art. 16. São diretrizes relacionadas à ciência e à tecnologia no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16)

I - estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde, voltados para prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, I)

II - implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer em conformidade com os objetivos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a esta área; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, II)

III - implementação de práticas de elaboração de parecer técnico-científico, ATS e AE para subsidiar a tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias no SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, III)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no inciso II, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde foi aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004, cujo acesso encontra-se disponível no endereço eletrônico http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Seção VII
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VII)

Art. 17. Constitui-se princípios da educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de que trata o Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 17)

Art. 18. São diretrizes relacionadas à educação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18)

I - fomento à formação e à especialização de recursos humanos para a qualificação das práticas profissionais desenvolvidas em todos os eixos fundamentais contidos nesta Política; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, I)

II - implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 18, II)

Seção VIII
Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Comunicação em Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO II, Seção VIII)

Art. 19. Constitui-se princípio da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 19)

Art. 20. São diretrizes da comunicação em saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20)

I - estabelecimento de estratégias de comunicação com a população, com os profissionais de Saúde e com outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e as diversas estratégias de prevenção e de controle, buscando a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, I)

II - estímulo às ações de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de comunicação em saúde, promovendo mudanças a favor da promoção da saúde, da prevenção e do controle do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 20, II)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III)

Seção I
Das Responsabilidades das Esferas de Gestão do SUS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21)

I - organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, I)

II - ter atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir do perfil epidemiológico do câncer e das necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, II)

III - reorientar o modelo de atenção às pessoas com câncer com base nos fundamentos e diretrizes desta Política e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, III)

IV - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com câncer possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IV)

V - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com câncer, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, V)

VI - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, transformando as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, referentes à qualificação das ações de promoção da Saúde, de prevenção e do cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VI)

VII - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam na prevenção e no controle do câncer nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VII)

VIII - desenvolver, disponibilizar e implantar sistemas de informações para coletar, armazenar, processar e fornecer dados sobre os cuidados prestados às pessoas com câncer, com a finalidade de obter informações que possibilitem o planejamento, a avaliação, o monitoramento e o controle das ações realizadas, garantindo a interoperabilidade entre os sistemas; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, VIII)

IX - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos estabelecimentos de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, IX)

X - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção e ao cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, X)

XI - realizar parcerias com instituições internacionais e com instituições governamentais e do setor privado para fortalecimento das ações de cuidado às pessoas com câncer; em especial na prevenção e detecção precoce; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XI)

XII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução desta política; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XII)

XIII - elaborar e divulgar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cânceres mais prevalentes, para apoiar a organização e a estruturação da prevenção e do controle do câncer na rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIII)

XIV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos registros hospitalares de câncer (RHC) nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia e seu respectivo compromisso de envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde e ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS), anualmente, para consolidação nacional e divulgação das informações; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIV)

XV - apoiar e acompanhar o funcionamento dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), tendo por compromisso a consolidação e a divulgação das informações de acordo com suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XV)

XVI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVI)

XVII - desenvolver estratégias de comunicação sobre fatores de risco relacionados ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVII)

XVIII - monitorar, avaliar e auditar a cobertura, produção, desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle do câncer no País no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XVIII)

XIX - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou inter-regional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XIX)

XX - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com câncer, com sustentabilidade do sistema público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XX)

XXI - estabelecer e implantar o acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 21, XXI)

Art. 22. Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, I)

II - analisar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, II)

III - consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com o câncer, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, III)

IV - definir diretrizes gerais para a organização de linhas de cuidado para os tipos de câncer mais prevalentes na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, IV)

V - elaborar protocolos e diretrizes clínicas terapêuticas de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, V)

VI - realizar estudos de ATS e AE, no intuito de subsidiar os gestores de saúde e tomadores de decisões no que se refere à incorporação de novas tecnologias ou novos usos de tecnologias já existentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VI)

VII - estabelecer diretrizes e recomendações, em âmbito nacional, para a prevenção e o controle do câncer a partir de estudos de ATS e AE, levando em consideração aspectos epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos do local que irá incorporar e implantar as diretrizes e recomendações; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VII)

VIII - efetuar a habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 22, VIII)

Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23)

I - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, I)

II - coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, II)

III - coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, III)

IV - apoiar a regulação e o fluxo de usuários entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IV)

V - analisar os dados estaduais relacionados às ações de prevenção e de controle do câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, V)

VI - implantar e manter o funcionamento do sistema de RHC nas unidades habilitadas em alta complexidade em oncologia, com o compromisso do envio de suas bases de dados ao Ministério da Saúde, especificamente ao INCA/SAS/MS; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VI)

VII - analisar os dados enviados pelas Secretarias Municipais de Saúde onde existem o (RCBP implantado, divulgar suas informações e enviá-las para o INCA/SAS/MS e para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), responsáveis pela consolidação nacional dos dados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VII)

VIII - garantir e acompanhar o processo de implantação e manutenção dos RHC dos serviços de saúde habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, VIII)

IX - utilizar as informações produzidas pelos RHC para avaliar e organizar as ações e os serviços de saúde de alta complexidade e densidade tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, IX)

X - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão estadual, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, X)

XI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XI)

XII - apoiar os municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XII)

XIII - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIII)

XIV - efetuar o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com câncer, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 23, XIV)

Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP); (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IV)

V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, V)

VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VI)

VII - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com câncer produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a otimizar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VII)

VIII - selecionar, contratar e remunerar os profissionais de saúde que compõem as equipes multidisciplinares dos estabelecimentos de saúde públicos sobre sua gestão que ofertam ações de promoção e de prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com câncer, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, VIII)

IX - manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sobre gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, IX)

X - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, X)

XI - garantir a utilização dos critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Ministério da Saúde para organização e funcionamento dos sistemas de informação sobre o câncer, considerando-se a necessidade de interoperabilidade dos sistemas. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 24, XI)

Art. 25. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal competem as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 25)

Seção II

Das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 26. Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da rede de atenção à saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26)

I - Componente Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I)

a) realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, a)

b) desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, b)

c) avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, c)

d) realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, d)

e) implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, e)

f) encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, f)

g) coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, g)

h) registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, h)

i) realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, i)

j) desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, tanto a ocupação atual quanto as anteriores, contendo atividades exercidas e a exposição a agentes cancerígenos inerentes ao processo de trabalho, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, I, j)

II - Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II)

a) realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, a)

b) atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e em tempo tão íntimos que é o evento morte no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, b)

c) comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e à família a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, c)

d) atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase no controle da dor; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, d)

e) preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um, e proporcionar o máximo alívio do sofrimento; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, e)

f) instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, f)

g) proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, II, g)

III - Componente Atenção Especializada: composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, sendo constituído por: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III)

a) Atenção Ambulatorial: composto por conjunto de serviços que caracterizam o segundo nível de atenção, qual seja de média complexidade, e que realizam o atendimento especializado, exames para diagnóstico do câncer, apoio terapêutico e o tratamento de lesões precursoras, com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a)

1. realizar assistência diagnóstica e terapêutica; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 1)

2. realizar, sempre que necessário, a contrarreferência dos usuários para a unidade básica de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 2)

3. oferecer apoio técnico às equipes de Atenção Básica e de Atenção Domiciliar com o objetivo de ampliar a resolutividade destes; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 3)

4. estabelecer e assegurar o encaminhamento dos usuários, quando indicado, com suspeição ou confirmação diagnóstica de câncer para as UNACON e os CACON. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, a, 4)

b) Atenção Hospitalar: composto pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b)

1. Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido, enquanto as estruturas hospitalares habilitadas como CACON realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

2. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

3. 2. oferecer serviços de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, incluindo-se a hormonioterapia, e cuidados paliativos, em nível ambulatorial e de internação, a depender do serviço e da necessidade identificada em cada caso; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

4. 3. registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

5. 4. realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

6. 5. ofertar e orientar tecnicamente os cuidados paliativos com assistência ambulatorial, internação e assistência domiciliar, incluindo o controle da dor e o fornecimento de opiáceos, pelo próprio hospital ou articulados e organizados na rede de atenção à saúde a que se integra; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

7. 6. ao CACON, oferecer, obrigatoriamente, tratamento de cirurgia, radioterapia e quimioterapia dentro de sua estrutura hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

8. 7. À UNACON, oferecer minimamente os tratamentos de cirurgia e quimioterapia, porém, neste caso, a unidade hospitalar deve, obrigatoriamente, ter o tratamento de radioterapia referenciado e contratualizado formalmente; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

9. 8. na hipótese das UNACON e dos CACON não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, estes serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 1)

10. os Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica procedem ao tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e realizam o encaminhamento, de forma regulada, dos casos operados que necessitam de complementação terapêutica, clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados, sendo que sua estruturação deve considerar dados epidemiológicos (população sob sua responsabilidade, estimativa de incidência e envelhecimento populacional), as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, cujas responsabilidades são: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

11. 1. determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia (estadiamento) e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

12. 2. oferecer o tratamento cirúrgico do câncer de forma integrada à rede de atenção à saúde e desenvolver ações de cuidado às pessoas com câncer, em especial, na atenção às intercorrências ou agudização da doença; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

13. 3.encaminhar, de forma regulada, os casos que necessitam de complementação terapêutica clínica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia), devendo, para isso, ter como base os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, quando publicados; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

14. 4.realizar ações de pronto-atendimento em oncologia; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

15. 5.registrar as informações de pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer nos sistemas de informação vigentes. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, b, 2)

c) Rede de Urgência e Emergência: responsável por prestar cuidado às pessoas com câncer nas suas agudizações e, sempre que necessário, encaminhá-los para a UNACON ou o CACON responsável por seu cuidado, ou ainda, para o hospital geral de referência, sendo que os usuários que buscarem um serviço de urgência e emergência e, no momento do atendimento, forem diagnosticados com suspeita de câncer devem ter assegurados encaminhamento e, se necessário, transferência para uma UNACON ou um CACON, ou um hospital geral de referência. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, III, c)

IV - Componentes dos Sistemas de Apoio: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV)

a) realizar exames complementares relativos ao rastreamento, ao diagnóstico e ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, a)

b) registrar e inserir os dados pertinentes nos sistemas de informação vigentes; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, b)

c) participar dos programas de garantia de qualidade dos exames de diagnóstico implantados; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, c)

d) prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento do câncer, de acordo com plano regional de organização das linhas de cuidado dos diversos tipos de câncer e com as regras de incorporação de tecnologias no SUS nos termos da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, IV, d)

V - Componente Regulação: responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, V)

VI - Componentes dos Sistemas Logísticos: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI)

a) realizar o transporte sanitário eletivo para os usuários com câncer, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, a)

b) viabilizar e implementar a estrutura necessária para a informatização dos pontos de atenção à saúde por meio de recursos humanos, equipamentos, acesso à internet, entre outras medidas; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, b)

c) prever centrais de regulação para o diagnóstico e tratamento do câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VI, c)

VII - Componente Governança: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII)

a) pactuar os planos de ação regionais e locais para a prevenção e o controle do câncer, de acordo com o COAP, cabendo às Comissões Intergestores pactuarem as responsabilidades dos entes federativos; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, a)

b) instituir mecanismo de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizando a organização da oferta e promovendo a equidade no acesso às ações e aos serviços para a prevenção do câncer e o cuidado ao paciente com câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 26, VII, b)

CAPÍTULO IV
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Disposições Gerais

Art. 27. Os parâmetros, as metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer deverão estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, III)

§ 1º O planejamento estratégico deverá contemplar ações, metas e indicadores de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde dos usuários deverão ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 27, § 2º)

CAPÍTULO V
DA REDE COLABORATIVA PARA QUALIFICAR O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Art. 28. Fica instituído o Comitê de Mobilização Social para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º)

I - ampliar a discussão relacionada à prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama, difundindo informações e envolvendo a sociedade civil; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, I)

II - contribuir para a mobilização social, com o objetivo de facilitar e promover o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama; e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, II)

III - contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 1º, III)

§ 2º O Comitê de Mobilização Social será composto por representantes das seguintes Instâncias: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º)

I - Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, II)

III - Instituto Mulheres pela Assistência Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (IMAIS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, III)

IV - Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IV)

V - Articulação das Mulheres Brasileiras (AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, V)

VI - Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VI)

VII - Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VII)

VIII - Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, VIII)

IX - ONU Mulher; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, IX)

X - Artistas e Intelectuais; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, X)

XI - Secretaria de Políticas da Mulher (SPM); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XI)

XII - Comissão de Saúde do Congresso Nacional; (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XII)

XIII - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIII)

XIV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIV)

XV - Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

XVI - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVI)

XVII - Rede de Educação Popular e Saúde (REDPOP). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XV-A)

§ 3º A coordenação do Comitê de Mobilização Social será responsabilidade do Gabinete do Ministro, com o apoio técnico e institucional da Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 3º)

§ 4º O Comitê de Mobilização Social se reunirá semestralmente, ou em caráter extraordinário quando solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 4º)

Art. 29. Fica instituído o Comitê de Especialistas para o fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º)

§ 1º São atribuições deste Comitê: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º)

I - contribuir com base em evidências científicas aplicadas à saúde pública para respaldar e aperfeiçoar as diretrizes de ação formuladas. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 1º, I)

§ 2º O Comitê de Especialistas será composto por representantes da academia com atuação nas áreas afins e profissionais de notório saber no tema específico, compromissados com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e vinculados às entidades a seguir relacionadas: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º)

I - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, I)

II - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, II)

III - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, V)

VI - Sociedade Brasileira de Citologia Clínica (SBCC); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBCP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, IX)

X - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP/AMB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, X)

XI - Instituto de Câncer de São Paulo (ICESP - SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XI)

XII - Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XII)

XIII - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIII)

XIV - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do HPV (INCT/HPV); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIV)

XV - Hospitais do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (PROADI); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XV)

XVI - Hospital Pérola Byington / Centro de Referência da Mulher (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVI)

XVII - Universidade de Brasília (UNB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVII)

XVIII - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XVIII)

XIX - Universidade Federal de Goiás (UFG); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XIX)

XX - Universidade Federal de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XX)

XXI - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXI)

XXII - Universidade do Estado de São Paulo (USP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXII)

XXIII - Fundação Oncocentro de São Paulo (SES/SP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIII)

XXIV - Centro Estadual de Oncologia (CICAN/SESAB); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXIV)

XXV - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXV)

XXVI - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVI)

XXVII - Hospital Amaral Carvalho (Jaú - SP); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVII)

XXVIII - Hospital de Câncer de Barretos. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 2º, XXVIII)

XXIX - Conselho Consultivo do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (CONSINCA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXX - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XVIII) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXI - Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XIX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

XXXII - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 1º, § 2º, XX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 135/2013)

§ 3º O Comitê de Especialistas será vinculado e coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde e deverá reunir-se pelo menos duas vezes ao ano, ou em caráter extraordinário quando solicitado, conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Outros especialistas ad hoc poderão ser convidados, quando julgado necessário e conforme o tema em pauta. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 2º, § 4º)

Art. 30. Fica instituída a Rede Colaborativa para a Qualificação do Diagnóstico e Tratamento das lesões precursoras do Câncer do Colo do Útero com a responsabilidade de articular e promover a implantação de Centros Qualificadores de Ginecologistas para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do câncer do colo de útero, bem como definir critérios de produção e qualificação para a certificação de serviços de confirmação diagnóstica e de tratamento dessas lesões, entre outras atividades que objetivem aperfeiçoar a linha de cuidado para a prevenção e tratamento do câncer do colo do útero no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Rede Colaborativa será coordenada por comissão composta de representantes dos seguintes órgãos: (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, I)

II - Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, II)

III - Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS); (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, III)

IV - Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC); e (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto de Ginecologia da UFRJ. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 3º, Parágrafo Único, V)

Art. 31. A Secretaria de Atenção a Saúde tomará as devidas providências para a operacionalização do estabelecida neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1472/2011, Art. 4º)

CAPÍTULO VI
DO COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR PARA ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS CÂNCERES DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

Art. 32. Fica instituído o Comitê Técnico Assessor para acompanhamento da política de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 1º)

Art. 33. O referido Comitê terá como atribuição assessorar o Ministério da Saúde na elaboração de políticas, incorporação de novas tecnologias e definição de protocolos. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 2º)

Art. 34. O Comitê, coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a)

1. Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 1)

2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, a, 2)

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, c)

d) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, I, d)

II - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, II)

III - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, III)

IV - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IV)

V - Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, V)

VI - Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Patologia (SBP); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC); (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, VIII)

IX - Sociedade Brasileira de Cancerologia; e (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, IX)

X - Instituições e especialistas na área de oncologia e saúde da mulher convidados pela coordenação. (Origem: PRT MS/GM 558/2011, Art. 3º, X)

CAPÍTULO VII
DO PRIMEIRO TRATAMENTO DO PACIENTE COM NEOPLASIA MALIGNA COMPROVADA, NO ÂMBITO DO SUS

Art. 35. Este Capítulo dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma do art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 1º)

Art. 36. Considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º)

I - a realização de terapia cirúrgica; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, I)

II - o início de radioterapia; ou (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, II)

III - o início de quimioterapia. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os pacientes sem indicação das terapêuticas antitumorais descritas nos incisos I a III do "caput" terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 37. O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1220/2014)

§ 1º O prazo previsto no "caput" poderá ser reduzido por profissional médico responsável, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Não se aplica o prazo previsto no "caput" aos seguintes casos de neoplasia maligna: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º)

I - câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, I)

II - câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, II)

III - casos sem indicação de tratamento descritos no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 2º, III)

§ 3º Os casos de neoplasia maligna especificados no art. 37, § 2º observarão protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e notas técnicas justificativas publicadas pelo Ministério da Saúde e disponibilizadas por meio dos endereços eletrônicos http://www.saude.gov.br e http://www.inca.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 3º, § 3º)

Art. 38. Para efetivação do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, observar-se-á o seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º)

I - atendimento do paciente no SUS; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, I)

II - registro do resultado do laudo patológico no prontuário do paciente no serviço do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, II)

III - encaminhamento para unidade de referência para tratamento oncológico, incluindo-se a realização do plano terapêutico estabelecido entre a pessoa com câncer, o médico responsável e a equipe de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 4º, III)

Art. 39. Cabe aos serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção observar o fluxo disposto no art. 38 e prestar assistência adequada e oportuna aos usuários com diagnóstico comprovado de neoplasia maligna de acordo com as responsabilidades descritas na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 5º)

Art. 40. O médico e/ou equipe de saúde registrará no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), além de outros dados, as seguintes datas: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º)

I - em que foi firmado o diagnóstico de neoplasia maligna em laudo patológico; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, I)

II - de registro do exame no prontuário do paciente; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, II)

III - do primeiro tratamento conforme o art. 37. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A data de que trata o inciso III do "caput" será registrada pelo serviço de saúde para o qual o paciente foi referenciado, após a efetiva realização do primeiro tratamento contra a neoplasia maligna comprovada. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 41. Compete aos Estados, Distrito Federal e Municípios organizar a assistência oncológica e definir fluxos de referência para atendimento dos usuários comprovadamente diagnosticados com neoplasia maligna para o cumprimento do disposto neste Capítulo e em consonância com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º)

Parágrafo Único. No caso de encaminhamento do usuário para serviços de saúde situados em outro ente federado ou região de saúde, o fluxo de referência de que trata o "caput" será pactuado previamente na respectiva Comissão Intergestores e divulgado para todos os serviços de saúde. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 42. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º)

I - prestar apoio e cooperar tecnicamente com os gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para organização dos serviços de saúde a fim de cumprir o disposto neste Capítulo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento para o tratamento do câncer, nos moldes das pactuações vigentes, de acordo com as suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, II)

III - elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionadas ao tratamento de neoplasias malignas; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, III)

IV - definir diretrizes para a organização das linhas de cuidado na prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, IV)

V - monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com as suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, V)

§ 1º Fica criada Comissão de Monitoramento e Avaliação do cumprimento da Lei nº 12.732, de 2012, de caráter permanente, composta por representantes, um titular e um suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I)

a) do Departamento de Articulação de Redes (DARAS/SAS/MS), que a coordenará; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, a)

b) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, I, b)

II - da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS): (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II)

a) do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, a)

b) do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, II, b)

III - da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, III)

IV - da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 1º, IV)

§ 2º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes máximos dos respectivos órgãos e entidades à coordenação da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Comissão de Monitoramento e Avaliação poderá convocar servidores das unidades do Ministério da Saúde e da ANVISA para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Compete à Comissão de Monitoramento e Avaliação: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º)

I - garantir o cumprimento do disposto nos incisos I a V do "caput"; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, I)

II - acompanhar o processo de implantação do SISCAN em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, II)

III - acompanhar a elaboração e a execução dos planos regionais dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, III)

IV - constituir forças-tarefas específicas, quando necessário, para execução de atividades relacionadas ao cumprimento das competências previstas neste parágrafo; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, IV)

V - realizar outras medidas necessárias para a implementação do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 8º, § 4º, V)

Art. 43. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º)

I - definir estratégias de articulação com as direções municipais do SUS com vistas à elaboração de planos regionais; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, I)

II - realizar o diagnóstico da capacidade instalada com vistas a identificar os espaços territoriais sem serviços de saúde especializados em oncologia; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, II)

III - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos, quando estiver no seu âmbito de gestão, e pactuar na respectiva Comissão Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, III)

IV - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, IV)

V - promover o apoio necessário à organização da prevenção e controle do câncer nos Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, V)

VI - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 9º, VI)

Art. 44. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10)

I - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população, operacionalizar a contratualização dos mesmos e pactuar na respectiva Comissão Intergestores quando não existir capacidade instalada no próprio Município; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, I)

II - pactuar regionalmente, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), todas as ações e os serviços necessários para a prevenção e controle do câncer; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, II)

III - garantir e monitorar o cumprimento do prazo de 60 (sessenta) dias de que trata o art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, e tomar as providências cabíveis, quando necessário, de acordo com suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 10, III)

Art. 45. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 11)

Art. 46. Compete aos laboratórios públicos e conveniados ao SUS que realizam exame citopatológico ou histopatológico disponibilizar o laudo para: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12)

I - o usuário ou seu representante legal; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, I)

II - o médico responsável pela solicitação; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, II)

III - a unidade de saúde solicitante. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 12, III)

Art. 47. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as informações descritas no modelo de prontuário disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas, observado o disposto no art. 49. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. As informações exigidas nos termos deste artigo não substituem as informações obrigatórias dos formulários já padronizados no âmbito do SUS de solicitação de exame citopatológico ou histopatológico em caso de suspeita de neoplasia maligna do colo do útero ou de mama. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 48. Os Estados que possuírem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia elaborarão planos regionais mediante pactuação prévia no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartites e, se houver, Comissões Intergestores Regionais para superar essa situação, com posterior envio à Comissão Intergestores Tripartite para conhecimento, a fim de garantir a assistência integral à pessoa com câncer. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. Os Estados e os Municípios não estão eximidos de cumprir o prazo de 60 (sessenta) dias estabelecido no art. 2º da Lei nº 12.732, de 2012, durante o tempo em que os planos regionais não estiverem efetivamente implantados e deverão, portanto, garantir o tratamento adequado e oportuno por meio de serviços de referência. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 49. A solicitação de exame citopatológico ou histopatológico conterá, obrigatoriamente, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º)

I - da unidade de saúde requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I)

a) nome; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, a)

b) código do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, I, b)

II - do paciente: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, a)

b) data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, b)

c) nome completo da mãe; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, c)

d) número do cartão SUS. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, II, d)

III - dados do caso: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III)

a) tipo de exame solicitado; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, a)

b) localização da lesão; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, b)

c) acometimento de linfonodos; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, c)

d) procedência do material enviado; e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, d)

e) tipo de tratamento anterior, se realizado. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, III, e)

IV - do médico requisitante: (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV)

a) nome completo; (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, a)

b) número de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM); e (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, b)

c) data da requisição do exame. (Origem: PRT MS/GM 876/2013, Anexo 1, Art. 1º, IV, c)

CAPÍTULO VIII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO V)

Art. 50. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos usuários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção, prevenção e recuperação dos usuários em relação ao

câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 28, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IX
DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 874/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 51. As instâncias gestoras do SUS, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), CIB e CIR pactuarão as responsabilidades dos entes federativos nas suas respectivas linhas de cuidado que compõem a Política Nacional para o Controle do Câncer, de acordo com as características demográficas e epidemiológicas e o desenvolvimento econômico-financeiro das regiões de saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A organização dos critérios das linhas de cuidado priorizadas e de seus componentes será objeto de normas específicas pactuadas na CIT e posteriormente publicadas pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 52. Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias, e do INCA/SAS/MS, a estruturação e implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. (Origem: PRT MS/GM 874/2013, Art. 30)

ANEXO X
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Origem: PRT MS/GM 1130/2015)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 1º)

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 2º)

Art. 3º Para fins da PNAISC, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º)

I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 10 (dez) anos ou 120 (cento e vinte) meses; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, I)

II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 6 (seis) meses ou 72 (setenta e dois) meses. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, II)

Parágrafo Único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, de 0 (zero) até completar 16 (dezesseis) anos ou 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º)

I - direito à vida e à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, I)

II - prioridade absoluta da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, II)

III - acesso universal à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, III)

IV - integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, IV)

V - equidade em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, V)

VI - ambiente facilitador à vida; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VI)

VII - humanização da atenção; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VII)

VIII - gestão participativa e controle social. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 4º, VIII)

Art. 5º A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º)

I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, I)

II - organização das ações e serviços na rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação da força de trabalho do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, V)

VI - planejamento e desenvolvimento de ações; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VI)

VII - incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VII)

VIII - monitoramento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, VIII)

IX - intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 5º, IX)

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º)

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, I)

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, II)

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, III)

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, IV)

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, V)

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VI)

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 6º, VII)

Art. 7º São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º)

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, I)

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, II)

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e debaixo peso, com a utilização do "Método Canguru", conforme Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, III)

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, IV)

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, V)

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VI)

VII - as triagens neonatais universais. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 7º, VII)

Art. 8º São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º)

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, I)

II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, II)

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, III)

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, IV)

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, V)

VI - a mobilização social em aleitamento materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 8º, VI)

Parágrafo Único. Os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) estão indicados no Anexo 2. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 1º)

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º)

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo, conforme Anexo 3; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, I)

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, II)

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, III)

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 9º, IV)

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10)

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, I)

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, II)

III - o fomento da atenção e internação domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 10, III)

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11)

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, I)

II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência"; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, II)

III - a articulação de ações intrassetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, III)

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 11, IV)

§ 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema único de Saúde - SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 1º)

§ 2º Definir que a notificação de que trata o § 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo 2 do Anexo X , observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento, que deverá ser preenchido em duas vias, sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido, para os encaminhamentos necessários ao serviço. (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º, Parágrafo Único) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 3º) (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Art. 2º)

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12)

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, I)

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, II)

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 12, III)

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 13)

Art. 14. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 14)

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15)

I - articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, II)

III - propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, III)

IV - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de implementação de atenção integral à saúde da criança nas regiões de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IV)

V - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, V)

VI - fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VI)

VII - monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VII)

VIII - apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, VIII)

IX - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, IX)

X - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, X)

XI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 15, XI)

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16)

I - coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locorregionais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, I)

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, III)

IV - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, IV)

V - monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, V)

VI - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VI)

VII - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VII)

VIII - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17)

I - implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, I)

II - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, II)

III - monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, III)

IV - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC; (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, IV)

V - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, V)

VI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 17, VI)

Art. 18. O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 18)

Art. 19. O processo de monitoramento e avaliação da PNAISC ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da criança, estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, em âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. A PNAISC contará com documento orientador para sua implementação a ser disponibilizado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca. (Origem: PRT MS/GM 1130/2015, Art. 20)

TÍTULO II
DO MÉTODO CANGURU

Art. 21. Fica aprovada a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Art. 1º)

TÍTULO III
DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

Art. 22. Os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Dentre as ações referidas no "caput", os Hospitais Amigos da Criança garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Hospitais Amigos da Criança assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 5º)

CAPÍTULO I
DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO II)

Art. 24. Para gerenciar a implantação e a implementação da IHAC, no âmbito do SUS, ficam estabelecidas as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º)

I - ao Ministério da Saúde (MS) compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I)

a) propor normas e promover condições que qualifiquem os Recursos Humanos para a condução dos processos operacionais e fluxos da IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, a)

b) estabelecer diretrizes para habilitação dos Hospitais Amigos da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, b)

c) realizar as avaliações globais dos estabelecimentos de saúde para serem habilitados à IHAC; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, c)

d) publicar atos normativos para habilitação do estabelecimento de saúde na IHAC, bem como para definição do repasse financeiro decorrente desta habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, d)

e) entregar a placa de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial, recomendando-se a participação de 1 (um) representante do Ministério da Saúde, 1 (um) representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1 (um) representante da Secretaria de Saúde do Estado e 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, e)

f) monitorar e avaliar permanentemente a estratégia IHAC no País; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, f)

g) garantir a manutenção do sistema de informação "web" (SISIHAC) para coleta e gerenciamento de dados; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, g)

h) instituir a formação de 5 (cinco) polos de referência no País, com o objetivo de atuar nas atividades relacionadas à IHAC, no âmbito de cada unidade federativa da sua área de abrangência, em concordância com os critérios deste Título. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, I, h)

II - à Secretaria de Saúde dos Estados compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II)

a) coordenar a IHAC no âmbito estadual, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, a)

b) apoiar as Secretarias Municipais de Saúde para habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança dos seus Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, b)

c) disponibilizar profissionais para serem formados como avaliadores da IHAC pelo Ministério da Saúde e para os processos de apoio e avaliação dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, c)

d) promover e organizar solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Município; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, d)

e) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, e)

f) informar à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, f)

g) solicitar ao Ministério da Saúde o descredenciamento de hospital desativado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, II, g)

III - à Secretaria de Saúde dos Municípios compete: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III)

a) coordenar a IHAC, no âmbito municipal, cumprindo as exigências deste Título; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, a)

b) participar, junto à Secretarial de Saúde dos Estados, do apoio à formação dos recursos humanos e à habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, b)

c) promover e organizar a solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, c)

d) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, d)

e) informar à Secretaria de Saúde dos Estados os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, III, e)

Parágrafo Único. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 6º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DA HABILITAÇÃO À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO III)

Art. 25. Para serem habilitados à IHAC pelo código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º)

I - cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I)

a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, a)

b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, b)

c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, c)

d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, d)

e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, e)

f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, f)

g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, g)

h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, h)

i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, i)

j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, I, j)

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL); (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, II)

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, III)

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV)

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, a)

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, b)

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, c)

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, d)

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, e)

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, f)

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, IV, g)

Parágrafo Único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 26. Os estabelecimento de saúde públicos e privados interessados em se habilitarem à IHAC, além de cumprirem as exigências do art. 25, deverão: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º)

I - apresentar requerimento por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca e preencher os formulários que estarão disponíveis no sistema de informação do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, I)

II - realizar autoavaliação na qual o estabelecimento de saúde preencherá o questionário disponível no sistema de informação do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, que será analisado pela Coordenação Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno ou órgão equivalente na Secretaria de Saúde dos Estados e dará continuidade ao processo de habilitação; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, II)

III - submeter-se à pré-avaliação realizada por avaliadores da IHAC no âmbito estadual; e (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, III)

IV - submeter-se à Avaliação Global a ser realizada por avaliadores da IHAC coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, IV)

§ 1º Na hipótese do inciso I do "caput", caso o estabelecimento de saúde não consiga acessar o sistema de informação do Ministério da Saúde, então poderá solicitar e apresentar os formulários de forma física às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Constatado na autoavaliação o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a pré-avaliação por 1 (um) ou 2 (dois) avaliadores da IHAC, indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 2º)

§ 3º A Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo deslocamento do avaliador para realizar a pré-avaliação em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no Município durante a realização da pré-avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 3º)

§ 4º Ao final do processo de pré-avaliação, caso o estabelecimento de saúde não atenda integralmente aos critérios descritos neste Título, a Secretaria Estadual de Saúde estabelecerá o prazo máximo de 90 (noventa) dias para realização de nova pré-avaliação, antes do início de novo processo de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 4º)

§ 5º A partir da comprovação do cumprimento dos critérios da IHAC na pré-avaliação, o Coordenador Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, ou órgão equivalente, solicitará a Avaliação Global ao Ministério da Saúde, por meio da CGSCAM/DAPES/SAS/MS, para dar continuidade ao processo de habilitação como Hospital Amigo da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 5º)

§ 6º A Avaliação Global analisará os critérios descritos neste Título e será realizada por 2 (dois) avaliadores credenciados e designados pela CGSCAM/DAPES/SAS/MS, sendo 1 (um) do próprio Estado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 6º)

§ 7º Os resultados da Avaliação Global deverão ser lançados no sistema de informação do Ministério da Saúde pelos avaliadores responsáveis. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 7º)

§ 8º Durante o processo da Avaliação Global, o Ministério da Saúde se responsabilizará pelo custeio do deslocamento e hospedagem do avaliador indicado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo custo de deslocamento e hospedagem de seu respectivo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 8º)

§ 9º O estabelecimento de saúde que, por ocasião da Avaliação Global, não atender integralmente aos critérios estabelecidos neste Título, terá o prazo de 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e solicitar à Secretaria Estadual de Saúde nova Avaliação Global. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 9º)

§ 10. Na nova avaliação referida no art. 26, § 9º , serão avaliados apenas os critérios não cumpridos na primeira Avaliação Global, caso a segunda ocorra dentro do período de 6 (seis) meses da realização desta. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 10)

§ 11. Ultrapassado o período descrito no art. 26, § 10, deverá ser feita nova Avaliação Global, com análise de todos os critérios de habilitação à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 11)

§ 12. Ao final da Avaliação Global, os avaliadores informarão ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente sobre o resultado preliminar da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 8º, § 12)

Art. 27. Cumpridas satisfatoriamente as exigências e procedimentos descritos nos arts. 25 e 26 do Anexo X , o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º)

§ 1º O estabelecimento de saúde habilitado receberá a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança". (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC terá validade de 3 (três) anos, devendo ser registrada no Selo de Certificação afixado à placa referida no art. 27, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Compete à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) manter os sistemas de informação atualizados com as habilitações aprovadas. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 9º, § 3º)

CAPÍTULO III
DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 28. Os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC deverão submeter-se anualmente à autoavaliação constante no sistema de informação do Ministério da Saúde, com o apoio das secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10)

§ 1º A liberação do sistema de informação do Ministério da Saúde para inserção dos dados do monitoramento anual será de competência do Ministério da Saúde e ficará disponível do primeiro ao último dia útil do ano, podendo o estabelecimento de saúde preencher o questionário de autoavaliação no período que considerar mais adequado ou quando completar 1 (um) ano após a habilitação na IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º O sistema de informação do Ministério da Saúde será fechado no último dia de cada ano e o balanço dos dados informados será finalizado no último dia do mês de janeiro do ano subsequente, quando será divulgado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e aos Hospitais Amigos da Criança do País. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO IV
DA REAVALIAÇÃO TRIENAL
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO V)

Art. 29. A cada 3 (três) anos os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC serão reavaliados, de forma presencial, pelas secretarias de saúde dos estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncia de irregularidades. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11)

§ 1º Para a realização das reavaliações de que trata o "caput", a Secretária de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal designará 2 (dois) avaliadores, que não poderão manter qualquer vínculo com o estabelecimento de saúde a ser avaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 1º)

§ 2º Os avaliadores responsáveis deverão, ao final da reavaliação trienal, informar ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente, em reunião com toda a equipe, o resultado preliminar. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 2º)

§ 3º A partir do resultado final da reavaliação trienal, os avaliadores deverão registrar os respectivos dados no sistema de informação do Ministério da Saúde, onde serão disponibilizados às secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde e ao estabelecimento de saúde reavaliado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 3º)

§ 4º Constatado, por ocasião da reavaliação de que trata o "caput", que o estabelecimento de saúde não cumpre os critérios deste Título, ser-lhe-á concedido o prazo de até 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e submeter-se a nova reavaliação acerca dos critérios não cumpridos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 4º)

§ 5º Se, por ocasião da nova reavaliação, os critérios ainda não estiverem sendo cumpridos na íntegra, mas forem constatados progressos, o estabelecimento de saúde terá o prazo de até 3 (três) meses para realizar as adequações e ser novamente reavaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 5º)

§ 6º Os resultados da reavaliação promovida pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal serão comunicados à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 6º)

§ 7º Na hipótese de o estabelecimento de saúde continuar não cumprindo os critérios deste Título, a CGSCAM/DAPES/SAS/MS indicará e enviará um avaliador para uma última reavaliação do mesmo. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 7º)

§ 8º Caso o estabelecimento de saúde não seja aprovado na última reavaliação, será automaticamente desabilitado. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 8º)

§ 9º Os estabelecimentos de saúde aprovados na reavaliação receberão selo de renovação da habilitação para o próximo período trienal. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 9º)

§ 10. A Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal ficará responsável pelo deslocamento dos avaliadores para realizarem as reavaliações em qualquer município do estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no município durante a realização da reavaliação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 11, § 10)

CAPÍTULO V
DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 30. Serão desabilitados da IHAC os estabelecimentos de saúde que estejam nas seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12)

I - não for avaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal por 2 (dois) períodos de reavaliação trienal consecutivos; (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, I)

II - não cumprirem os critérios nas reavaliações trienais; ou (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, II)

III - não realizarem a autoavaliação por 2 (dois) anos consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, III)

§ 1º A desabilitação será feita mediante edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, revogando-se o ato anterior de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º O estabelecimento será notificado para, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua desabilitação, devolver a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" à CGSCAM/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 12, § 2º)

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1153/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 31. A CGSCAM/DAPES/SAS/MS atualizará, periodicamente, os manuais instrutivos disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/crianca, com detalhamento dos processos de avaliação e monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 15)

Art. 32. A ouvidoria ativa do Ministério da Saúde será um dos instrumentos para direcionar à CGSCAM/DAPES/SAS/MS eventuais denúncias de irregularidades em face das boas práticas da IHAC. (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Art. 16)

TÍTULO IV
DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Art. 33. Fica disponibilizada gratuitamente a "Caderneta de Saúde da Criança" a todas as crianças nascidas em território nacional, contendo a Informação Básica Comum estabelecida pela Resolução MERCOSUL/GMC nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 1º)

Art. 34. As cadernetas serão distribuídas aos municípios, anualmente, em quantidade suficiente para a disponibilização a todas as crianças nascidas vivas, em maternidades públicas ou privadas, naquele ano, conforme estimativa estabelecida a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por local de ocorrência. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 2º)

Art. 35. Toda caderneta de saúde destinada à criança, disponível no País, deverá adequar-se ao disposto na Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05. (Origem: PRT MS/GM 1058/2005, Art. 3º)

Art. 36. Ficam aprovados a Resolução Mercosul/GMC nº 04/05 e seu anexo, na forma do Anexo 6 do Anexo X e do Anexo 7 do Anexo X intitulado "Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança". (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 1º)

Art. 37. O Ministério da Saúde expedirá os atos normativos necessários para dar cumprimento à Resolução citada por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Art. 2º)

TÍTULO V
DO COMITÊ NACIONAL DE PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL E NEONATAL

Art. 38. Institui o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 1º)

Art. 39. Fica definida a composição do Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, com os seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, IX)

X - 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, X)

XI - 1 (um) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XI)

XII - 1 (um) representante do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA); e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Pastoral da Criança. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 2º, XIII)

Art. 40. Compete ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º)

I - estimular a investigação dos óbitos infantis e fetais pelas equipes de saúde, segundo critérios definidos, preferencialmente com a participação integrada dos profissionais da vigilância epidemiológica e da área de assistência em saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e setores da área de assistência das Secretarias de Saúde); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, I)

II - estimular a realização de análises dos óbitos investigados segundo a possibilidade de sua prevenção, com especial atenção à identificação de problemas relacionados: (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II)

a) à assistência de saúde prestada à gestante e à criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, a)

b) à organização dos serviços e do sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, b)

c) as condições sociais, da família e da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, II, c)

III - contribuir para a melhoria da informação em saúde, com a correção das estatísticas oficiais e qualificação das informações sobre nascimentos, óbitos infantis e fetais; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria dos registros de saúde, por meio da sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento de prontuários, fichas de atendimento, Cartão da gestante e Cartão da Criança; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IV)

V - acompanhar, assessorar e estimular a constituição de comitês estaduais, regionais, municipais e hospitalares; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, V)

VI - avaliar, periodicamente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos e das medidas realizadas de intervenção para redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VI)

VII - divulgar, sistematicamente, os resultados e experiências bem sucedidas, com elaboração de material específico (relatórios/boletim periódicos); (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VII)

VIII - elaborar propostas para a construção de políticas nacionais dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal; (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, VIII)

IX - promover a mobilização do poder público, instituições e sociedade civil com vistas à prevenção da mortalidade infantil e fetal; e (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, IX)

X - promover seminários, oficinas e encontros nacionais para sensibilização, troca de experiências e avaliação dos trabalhos no âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1258/2004, Art. 3º, X)

TÍTULO VI

DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE OFEREÇAM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

Art. 41. Fica aprovado, na forma do art. 251 da Portaria de Consolidação nº 6, o Regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO X

Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru (Origem: PRT MS/GM 1683/2007, Anexo 1)

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.

2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.

3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

9. São atribuições da equipe de saúde:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método

- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos

- encorajar o aleitamento materno

- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição

- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar

- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção

- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

Vantagens

- aumenta o vínculo mãe-filho - reduz o tempo de separação mãe-filho

- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.

- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração

- permite um controle térmico adequado - favorece a estimulação sensorial adequada do RN

- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar

- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso

- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde

- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar

- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos

População a ser atendida

- gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso

- recém-nascidos de baixo peso

- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

- 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.

- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.

- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.

- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.

- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.

- Oferecer suporte para a amamentação.

- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade

- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem estar do bebê.

- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.

- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.

- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.

- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.

- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.

- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:

- Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos estados e/ou municípios

- Refeições durante a permanência na unidade pelos estados e/ou municípios

- Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso

- Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio" pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica

- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)

- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio de risco do recém-nascido.

- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde

- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido.

- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contraindicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê

- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível

- peso mínimo de 1.600g

- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta

- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação

- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g

- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana

- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3.3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

3.1 Ambulatório de acompanhamento São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida

- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte

- apoiar a manutenção de rede social de apoio

- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias

- orientar e acompanhar tratamentos especializados

- orientar esquema adequado de imunizações

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores

- o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar

- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite

- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade

- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos

- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)

- obstetras (cobertura de 24 horas)

- oftalmologista

- enfermeiros (cobertura de 24 horas)

- psicólogos

- fisioterapeutas

- terapeutas ocupacionais

- assistentes sociais

- fonoaudiólogos

- nutricionistas

- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras - bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.

- taxas de reinternação.

- crescimento e desenvolvimento

- grau de satisfação e segurança materna e familiar

- prevalência do aleitamento materno

- desempenho e satisfação da equipe de saúde

- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança

- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

ANEXO 2 DO ANEXO X

Ficha de Notificação de Suspeita ou Confirmação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (Origem: PRT MS/GM 1968/2001, Anexo 1)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade - Lei n° 8.069, de 13.07.90 - Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO
Data do atendimento: _____/_____/_____
Unidade:
Endereço da unidade:
Telefones:
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional):

II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE
Nome:
DN: _____/_____/_____
Idade: Sexo: Registro na unidade:
Filiação:
Responsável (eis) Legal (eis)):
Acompanhamento:
Grau de Relacionamento:
Endereço:
Telefone para contato:
Referência para localização:

III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores) Maus-tratos identificados/Causador(es) provável dos maus-tratos:				
Abuso Físico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Sexual	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abuso Psicológico	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Negligência	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____
Abandono	Mãe ( )	Pai ( )	Desconhecido ( )	Outros ( ) _____

Outras síndromes especificadas de maus-tratos: _____

Síndrome não especificada de maus-tratos: _____

Descrição sumária do ocorrido:

_____

_____

_____

_____

IV - DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnase e exame físico que sugiram a partir da caracterização de maus-tratos)

_____

_____

_____

_____

V - CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

_____

_____

_____

_____

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em _____/_____/_____

_____ Ver instrutivo no
ATENÇÃO: verso da ficha

assinatura e Carimbo da Direção

ANEXO 3 DO ANEXO X

TABELA DE HABILITAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 1)

Tabela de Habilitação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Código da habilitação	Nome da habilitação	Tipo de habilitação
14.16	Hospital Amigo da Criança	Centralizada

ANEXO 4 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 2)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.003-9	Parto Normal	17%
04.11.01.003-4	Parto Cesariano	8,5%
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de alto Risco	5%
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	2,5%
04.11.01.004-2	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 5 DO ANEXO X

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 1153/2014, Anexo 3)

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	% Incremento
03.10.01.002-0	Parto Normal	8,5%
	Parto Cesariano	8,5%
	Parto Normal em Gestação de alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano Com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO 6 DO ANEXO X

MERCOSUL/GMC/RES. N° 04/05 (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1)

Art. 1º Aprovar a "Informação Básica Comum para a Cadernetade Saúde da Criança", que consta como Anexo e faz parte da referida Resolução. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º A Caderneta de Saúde da Criança deve incluir o período compreendido entre o nascimento e a idade definida por cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 2º)

Art. 3º A informação básica comum deverá estar incluída na Caderneta de Saúde da Criança de cada Estado Parte. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Cada Estado Parte, de acordo com seu critério poderá agregar outros requisitos na normativa nacional ou local e/ou aumentar os requisitos referidos. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 4º)

Art. 5º Os Estados Partes colocarão em vigência as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à referida Resolução através dos seguintes organismos: (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - Brasil: Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; e (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - Uruguai: Ministerio de Salud Pública. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os Estados Partes do MERCOSUL deverão incorporar a referida Resolução aos seus ordenamentos jurídicos nacionais antes de 31 de dezembro de 2005. (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 1, Art. 6º)

ANEXO 7 DO ANEXO X

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (Origem: PRT MS/GM 964/2005, Anexo 2)

INFORMAÇÃO BÁSICA COMUM PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Os conteúdos incluem:

1. Dados pessoais:

sobrenome(s)

nome(s)

sexo: M F

data de nascimento

local de nascimento

número e tipo de documento

endereço

2. Dados maternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

3. Dados paternos:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

4. Dados do responsável:

sobrenome(s)

nome(s)

* número do documento

* local e data de nascimento

**** No caso brasileiro, o cartão SUS da criança contemplará os dados referentes aos pais ou responsáveis.***

5. Dados da gravidez e parto:

gravidez:

nº de controles pré-natais pelo pessoal que os realizou (médico, enfermeira, outros)

gravidez: simples, múltipla

vacinas recebidas

sorologia: não, sim, resultados: negativo, positivo

tratamentos

grupo sangüíneo fator RH

tipo de parto: vaginal cefálica, vaginal podálica, cesárea, fórceps, outro

lugar: institucional ou não

f) patologias detectadas na gravidez, parto e puerpério

g) recém-nascido:

peso de nascimento, tamanho, perímetro cefálico

idade gestacional (semana)

Chorou ao nascer (em caso de parto não institucional): imediatamente ou demorou a chorar.

pontuação de APGAR: (parto institucional) com cinco minutos

reanimação: Não Sim

grupo sangüíneo RH

anormalidade e malformações detectadas

patologias intercorrente

h) alimentação na alta:

aleitamento materno exclusivo

mista

artificial

i) espaço para anotação de doenças padecidas e tratamentos efetuados. Contém data, idade, diagnóstico, assinatura e carimbo do médico responsável.

j) tabela de crescimento

k) alimentação

l) desenvolvimento até um ano de vida

m) calendário de vacinação, com as vacinas recebidas

n) espaço para observações referentes à saúde bucal, ocular e auditiva.

ANEXO 8 DO ANEXO X

REGULAMENTO DAS BRINQUEDOTECAS NAS UNIDADES DE SAÚDE (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1)

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 1º A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, tem por objetivo a obrigatoriedade, por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de contarem com brinquedotecas em suas dependências. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 1º)

Art. 2º Tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO II)

Art. 3º Entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 3º)

Art. 4º Entende-se por atendimento pediátrico, para efeitos da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, a atenção dispensada à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 4º)

CAPÍTULO III

DAS DIRETRIZES

(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO III)

Art. 5º Para o cumprimento do disposto nos artigos anteriores, deverão ser observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º)

I - os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, figuras, leitura e entretenimento nas unidades de internação e tratamento pediátrico como instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma que sua permanência seja mais agradável; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1,

Art. 5º, II)

III - agregação de estímulos positivos ao processo de cura, proporcionando o brincar como forma de lazer, alívio de tensões e como instrumento privilegiado de crescimento e desenvolvimento infantil; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - ampliação do alcance do brincar para a família e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe, facilitando a integração entre os pacientes e o corpo funcional do hospital; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - a implementação da brinquedoteca deverá ser precedida de um trabalho de divulgação e sensibilização junto à equipe do Hospital e de Voluntários, que deverá estimular e facilitar o acesso das crianças aos brinquedos, do jogos e aos livros. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 5º, V)

CAPÍTULO IV
DO DIMENSIONAMENTO DA BRINQUEDOTECA
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO IV)

Art. 6º O dimensionamento da brinquedoteca deve atender à RDC/ANVISA nº 50/2002, conforme descrito na Tabela Unidade Funcional: 3 - Internação: (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º)

I - para os hospitais já em funcionamento e que não possuem condições de criar este ambiente específico é permitido compartilhamento com ambiente de refeitório desde que fiquem definidos os horários para o desenvolvimento de cada uma das atividades; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - deve ser prevista uma área para guarda e higienização dos brinquedos; (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - a higienização dos brinquedos deve ser conforme o definido pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital (CCIH); (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - os horários de funcionamento devem ser definidos pela direção do hospital, tendo a criança livre acesso; e (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - para as crianças impossibilitadas de andar ou sair do leito, os profissionais devem facilitar o acesso desses pacientes às atividades desenvolvidas pela brinquedoteca, dentro das enfermarias. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 6º, V)

CAPÍTULO V
DOS PROFISSIONAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO V)

Art. 7º A qualificação e o número de membros da equipe serão determinados pelas necessidades de cada instituição, podendo funcionar com equipes de profissionais especializados, equipes de voluntários ou equipes mistas. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 7º)

CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VI)

Art. 8º O financiamento para a criação das brinquedotecas contarão com subsídios do próprio estabelecimento hospitalar pediátrico ou com subsídios externos nacionais ou estrangeiros, recursos públicos ou privados. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 8º)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, CAPÍTULO VII)

Art. 9º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e as diretrizes para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da criança, cujas ações serão executadas pela Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. Para os fins previstos neste Regulamento, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os estados, os municípios e as entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde da criança, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 3º. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. Os casos omissos nesse Regulamento serão resolvidos com o apoio do Ministério da Saúde no que lhe couber. (Origem: PRT MS/GM 2261/2005, Anexo 1, Art. 11)

ANEXO XI
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na forma do Anexo 1 do Anexo XI . (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XI
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Origem: PRT MS/GM 2528/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;

b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;

c) o conhecimento atual da Ciência;

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante conseqüência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.
Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero
Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinqüenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório "V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil". De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumpre notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3. DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice "Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas" (Plano de Madri, Artigo 6 º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;

b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;

f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e

i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal - cuidado consigo mesmo - ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de "envelhecimento saudável", a Organização Mundial da Saúde propõe "Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde" (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;

b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;

c) valorizar e respeitar a velhice;

d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;

e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;

f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;

g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;

h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;

k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;

l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;

m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;

n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;

o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;

p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;

q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;

r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;

s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;

t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e

u) articular as ações do SUS com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.
Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no SUS.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional - acamados -, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) - como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão - e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva -, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior freqüência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional - acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros -, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção - primária, secundária e terciária -, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;

b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;

c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;

d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e

f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;

c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais eculturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;

d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;

e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e

f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.
3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;

c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;

f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e

g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4.1. Gestor Federal

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;

d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

4.2. Gestor Estadual

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;

f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;

g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;

h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e

j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

4.3. Gestor Municipal:

a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo;

c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;

e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;

f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e

h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e
d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e

b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social:

a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;

b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;

c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;

d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;

e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;

g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;

h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;

j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, eqüidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

5.4. Trabalho e Emprego:

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

5.5. Desenvolvimento Urbano:

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

5.7. Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

5.8. Esporte e Lazer

a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

5.9.Ciência e Tecnologia:

Fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito - e, consequentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos -, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.
É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do art. 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;

b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

ANEXO 2 DO ANEXO XI

Obrigatoriedade da viabilização de meios que permitam a presença de acompanhantes a pacientes idosos em hospitais públicos (Origem: PRT MS/GM 280/1999)

Art. 1º É obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º)

§ 1º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a devida formalização desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No valor da diária de acompanhante estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo, ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contraindicada a presença de acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico assistente. (Origem: PRT MS/GM 280/1999, Art. 2º)

ANEXO XII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Origem: PRT MS/GM 1944/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o art. 1º, será regida pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º)

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, I)

II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, II)

III - corresponsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, III)

IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 2º, IV)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º)

I - integralidade, que abrange: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I)

a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, a)

b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, I, b)

II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, II)

III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, III)

IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, IV)

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, V)

VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 3º, VI)

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º)

I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, I)

II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, II)

III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, III)

IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IV)

V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, V)

VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VI)

VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VII)

VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, VIII)

IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, IX)

X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, X)

XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XI)

XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XII)

XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIII)

XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XIV)

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XV)

XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVI)

XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 4º, XVII)

Art. 5º Compete à União: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º)

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos estados e aos municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, II)

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, III)

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IV)

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, V)

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VI)

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VII)

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os estados e os municípios; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, IX)

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, X)

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XII)

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 5º, XIII)

Art. 6º Compete aos estados: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º)

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, I)

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, III)

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IV)

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, V)

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação desses protocolos; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VI)

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VII)

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, VIII)

IX - incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, IX)

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, X)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos municípios: (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º)

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, I)

II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, II)

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locorregionais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, III)

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IV)

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, V)

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VI)

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VII)

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, VIII)

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, IX)

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, X)

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 7º, XI)

Art. 8º O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º)

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, consequentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 2º)

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras. (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 8º, § 3º)

ANEXO XIII

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo 1 do Anexo XIII . (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º)

Parágrafo Único. A aprovação de que trata este artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIII

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Origem: PRT MS/GM 1060/2002, Anexo 1)

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89 e n.º 8.080/90 - a chamada Lei Orgânica da Saúde -, bem como o Decreto n.º 3298/99.

Em seu art. 23, Capítulo II, a Constituição determina que "é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências".

Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), constantes da Lei Orgânica da Saúde, destaca-se o relativo "à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral", bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7º, incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera "pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano."

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a "estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiência, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão" (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde - do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembleia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população com deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta - devida a uma deficiência - da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

A OMS, quase dez anos depois - em 1997 -, reapresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações.

O CIDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida "como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos." (Sassaki,1997, p.3).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender as necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas com deficiência significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades todas aquelas que têm alguma desvantagem e ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de pessoas com doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiências mental, motor, sensorial e múltiplo.

Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e frequentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas com deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz possui algum tipo de deficiência, das quais: 5% é pessoa com deficiência mental; 2% com deficiência física; 1,5% com deficiência auditiva; 0,5% com deficiência visual; e 1% com deficiência múltipla.

Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (Pnad), realizada em 1981, incluiu questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida. O resultado mostrou que 2% da população são de pessoas com deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos de idade.

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicam um percentual de 1,14% de pessoas com deficiência na população brasileira. Nesse Censo, foram considerados apenas os que responderam de forma positiva aos quesitos de maior grau de deficiência.

Apesar dessa limitação metodológica, o inquérito censitário traz alguns indicativos importantes. De acordo com dados desse Censo, em relação à deficiência mental há um significativo aumento a partir dos cinco anos de idade, mostrando não só o papel da escola na identificação da deficiência, mas apontando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar como pessoas com deficiência mental outras pessoas com problemas psicológicos, neurológicos ou mesmo socioeconômicos, que interferem no processo de aprendizagem.

Em relação a gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral eram do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65 do masculino. A diferença maior ocorre quanto à deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre jovens e adultos, sugere decorrer sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina.

Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos mesmos fatores citados anteriormente (violências e acidentes).

Tanto os resultados da Pnad/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema. Os números estimados pela OMS, assim como os do Censo e da Pnad, parecem não representar, na média, a realidade do País no que diz respeito à prevalência de deficiências, considerando as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população. As causas, assim como as consequências da deficiência, seja no nível individual do próprio deficiente, seja no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (Corde,1996).

As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vásculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros. As doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, acima de 25 anos de idade, significando algo em torno de 100 mil óbitos anuais (Datasus, 1997).

Essas doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Estatísticas norte-americanas indicam que, para cada óbito em decorrência dessas doenças, pode haver mais de uma sobrevida.

Estima-se que, nos Estados Unidos, existam 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes (Hamillar,1997).

Dados obtidos pelo Datasus demonstram que na cidade de São Paulo, no período 1997/98, a curva de crescimento da ocorrência por acidente vásculo-encefálico inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento a partir da faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nesta faixa etária, com taxa de mortalidade em torno de 22,55%. Na população em geral, a taxa de mortalidade mantém-se em torno de 16%, elevando-se somente na faixa dos 65 anos ou mais de idade, como era de se esperar, devido ao envelhecimento.

Em sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos com hemiplegia e ou outras sequelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor produtivo.

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 800 pacientes matriculados, indica, entre as principais deficiências identificadas, a seguinte distribuição: hemiplegia, 18,12%; sequela de lesão medular, 17,8%; sequela de doenças osteoarticular e neuroevolutivas 14,7%; sequela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo (LER), insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e sequelas incapacitantes em idosos, 2,8%. O mesmo estudo aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo a cerca de 16,4%.

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios de correlação entre o aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana.

Levantamento realizado nos hospitais ligados ao SUS mostrou que, em 1997, foram atendidos 6.388 pacientes com fratura da coluna vertebral, representando taxas de internação mais elevadas que nos anos anteriores. Mais de 50% desses casos correspondem a fraturas nos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a provável ocorrência de deficiências (Laurenti et all, 1998).

Quanto à lesão medular, estudo feito também na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP, em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimento por armas de fogo, 33%; acidente de trânsito, 19,5%; queda de altura, 19,5%; ferimento por arma branca, 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (Salimene, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 a 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino.

Já o estudo procedido em pacientes atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que do total de 293 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito; 24% de disparo de armas de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências. Clifton (1993), estudando a área de Houston - Gaves, no Texas, em 1981, encontrou 183 pacientes com lesão medular, dos quais 106 - 57,9% - eram paraplégicos. A faixa etária de maior incidência foi a de 15 a 24 anos de idade - 42,26% -, seguida daquela compreendida entre 25 a 34 anos de idade - 31,7% -, com predomínio do sexo masculino. A etiologia mais frequente foi acidente de automóveis - 41 casos -, seguido de perto por acidentes provocados por armas de fogo (38 casos). Barros Filho (1990), realizando estudos clínicos em pacientes com traumatismo da coluna vertebral e déficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital as Clínicas da USP, no período de 1982 a 1987, constatou que, dos 428 pacientes, 94,3% eram do sexo masculino e na faixa etária de 21 a 30 anos. A causa principal foi ferimento por armas de fogo (34,5%).

Ao se comparar os estudos de Clifton (1993) e de Barros Filho (1990), constata-se uma semelhança muito próxima entre os dados detectados em um grande centro urbano norte-americano e São Paulo, em termos da etiologia e das características da população mais vulnerável às lesões traumáticas. Aliados àqueles observados na Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas, anteriormente citados, os resultados confirmam a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho como importantes agentes causadores de deficiências no Brasil, neste final de século, especialmente em centros urbanos de médio e grande portes.

Analisando o problema em relação às deficiências foco desta Política - motora, visual, auditiva, mental e múltipla -, cabe assinalar inicialmente que a deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas com deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

Já a deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O deficiente visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho, a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID).

A OMS estima que existam 38 milhões de pessoas cegas no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual. Cabe assinalar que, dois terços ou mais da cegueira total existente são evitáveis, ou seja, pode ser tanto prevenida, quanto tratada. A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde calcula-se que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Em crianças, as causas oculares de perda visual mais comuns são as de origem infecciosa, como a rubéola e a toxoplasmose congênita ou adquirida durante os primeiros meses de vida e as de causa hereditária (Barbieri, 1984; Waisberg, 1984; Sato e cols., 1987; Kara José e cols., 1995; Reis e cols., 1998). As de origem cerebral estão associadas a sequelas neurológicas causadas principalmente pela prematuridade, síndromes e más-formações congênitas associadas a múltiplas deficiências que, muitas vezes, sobrepujam a importância da deficiência visual (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

No adulto, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônico-degenerativas - as quais aumentam com a idade -, as principais causas de perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma e a degeneração muscular senil. A catarata, embora seja uma das principais causas de cegueira no Brasil - mais de 70% dos casos -, não é incluída nas estatísticas de baixa visão por ser tratável e sua perda visual ser reversível após cirurgia e correção óptica convencional, como por exemplo o uso de óculos (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

Já a deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas com deficiência auditiva podem ter afetadas a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, é de que 1,5% da população brasileira - cerca de 2.250.000 habitantes - seria de pessoas com essa deficiência. As causas de deficiência auditiva de moderada a profunda, mais frequentes em crianças, são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais frequente na infância, com uma incidência ao redor de 33%.

Em 1989, 90% de crianças e adolescentes até 16 anos de idade que procuraram o departamento de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com suspeita de deficiência auditiva, tiveram esta deficiência confirmada após terem sido avaliados clinicamente e submetidos a exames especializados. Desses, 90% apresentaram deficiência auditiva severa ou profunda, dos quais 95% bilaterais. Quanto à causa, concluiu-se que 45% dos casos eram de deficiência auditiva congênita; 22%, néo-natais; e 32,5%, de origem desconhecida. Nas deficiências auditivas congênitas, 16% tiveram como causa a rubéola materno-fetal; 10% associadas à prematuridade (baixo peso e hipoxemia); 9% hereditária; 1% em decorrência de casamento consangüíneo; e 11% de outras causas (Castro, 1991).

Na literatura internacional, a presbiacusia - perda auditiva devido à idade - é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por Silveira em 1992.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), na deficiência mental observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. A pessoa com essa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um déficit na inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias - mental, visual, auditiva e motora -, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

Em relação a essas deficiências, existem poucos estudos no Brasil que apresentam um perfil mais abrangente dos agentes etiológicos envolvidos na sua determinação. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de pessoas com deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de pessoas com deficiência mental, 106 casos (12,47%) de pessoas com deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de pessoas com deficiência múltipla (mental e motora).

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas com deficiência motora e deficiência múltipla - 196 casos no total - levou a concluir que múltiplos fatores foram os agentes etiológicos mais frequentemente envolvidos, correspondendo a 32 casos ou 16,3% da amostra. Esses resultados apontam para um somatório de agressões envolvendo o sistema nervoso nos períodos pré e perinatais e ou nos primeiros dias de vida. Os "fatores ignorados" - 31 casos ou 15,8% - aparecem em segundo lugar, o que pode estar refletindo o pouco acesso da população aos meios diagnósticos.

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiências nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais frequente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral.

Esses três agentes - múltiplos fatores, agentes ignorados e anóxia perinatal - atuam de vários modos e intensidade e os seus mecanismos de ação podem determinar desde agressões leves até graves. Como agentes infecciosos pré-natais estão a rubéola e a toxoplasmose, com 10 casos - 5,10% - em 196. De qualquer forma, há que se considerar a precariedade do atendimento pré-natal em algumas regiões, o que impossibilita o diagnóstico de muitos casos de doenças infecciosas. No conjunto dos fatores pós-natais, as infecções - meningite e meningoencefalites - têm nítido predomínio como fator isolado entre os demais: com 14 casos, corresponde a 7,14% do total de 196 analisados, sendo que, das causas pós-natais - 25 casos - , respondem por 56% dos casos.

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como sendo de difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9, respectivamente.

A morbidade aumentou nos países industrializados em função da redução da mortalidade perinatal, decorrente do aumento do índice de sobreviventes prematuros e com baixo peso. Pesquisas realizadas na Califórnia - EUA -, no período de 1983 a 1985, também apontam o baixo peso como fator associado à paralisia cerebral: de 192 casos, 47,4% eram de crianças com menos de 2.500g ao nascer.

Vale mencionar ainda a existência de doenças que, embora não estejam enquadradas como deficiência na classificação da OMS, produzem, direta ou indiretamente, graus de limitação variados e que são as condutas típicas, os distúrbios comportamentais, os distúrbios da fala e da linguagem e os transtornos orgânicos.

A despeito de as doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, não configuram objeto desta Política na sua prevenção primária, considerando que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como a enfisema), as doenças metabólicas (com as diabetes mellitus e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção desta Política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas com ostomias representam um segmento que pode ser classificado com deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal. Essas pessoas estão cadastradas pelo SUS e formam uma população de sete mil pessoas. As deficiências sensoriais e as múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade, como consequência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no País.

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999. Utilizando a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS, esses estudos indicaram percentuais de pessoas com deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; a 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS; 4,80, em Campo Grande/MS; 6,11%, em Santos/SP; 6,18%, em Silva Jardim/RJ; 6,97%, em Maceió/AL; 5,05%, em Santo André/SP; 7,50%, em Niterói/RJ; 9,60%, em Feira de Santana/BA; e 5,9%, em São José dos Campos/SP.

É importante ressaltar que, por se tratar de cidades com perfis populacionais distintos, com localização espacial e regional variadas e com características diferentes em termos socioeconômicos, as generalizações dos resultados para o Brasil, como um todo são desaconselháveis, o que não invalida a credibilidade dos resultados.

Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, que podem ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que as incapacidades motoras são a maioria dos casos de deficiências encontrados nas localidades estudadas, seguidas pelas deficiências mentais. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda per capita, entre os estudados.

A análise da situação das pessoas com deficiência deve ser realizada no contexto de diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e de diferentes culturas. Todavia, a responsabilidade fundamental de prevenir as condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e de fazer frente às suas consequências recai, em toda parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e nem das organizações em particular.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista. Segundo Maior - 1995 -, originalmente, a reabilitação no Brasil surge em "instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado" (p. 16).

Por outro lado, considerando que o atendimento integral à pessoa com deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de serem pioneiras e majoritárias na área da assistência social, educação e atenção médica a parcelas deste segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas com deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente ser avaliados (Corde, 1995). Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste - os Estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total -, e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

Tomando por base os valores financeiros de dezembro de 1998, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R$399.517,96. Em contrapartida, e a título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, que foi de R$7.977.924,99, bem como o total de recursos com internação, nesse mesmo mês (R$340.247.853,63). A internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende uma grande parcela de pessoas com deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), as quais regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação. Esses dados evidenciam um sub-registro de internação de pessoas com deficiência nos hospitais gerais e a não estruturação dos serviços de reabilitação em nível hospitalar.

Uma análise preliminar permite concluir que a estratégia usada ainda não foi suficiente para aumentar a cobertura, descentralizar o atendimento e incrementar a qualidade da reabilitação em regime de internação. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação: a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares; a pouca sensibilização de dirigentes em relação ao problema; e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação. Acresce-se, ainda, o insuficiente engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

Na tabela SIA/SUS, os procedimentos de fisioterapia dominam os gastos, o que corrobora para a perpetuação do atendimento fragmentado e pouco compatível com a proposta de reabilitação integral. Em dezembro de 1998, as despesas com fisioterapia alcançaram um total de R$5.594.469,30, assim distribuídos: fisioterapia traumato-ortopédica, R$ 2.801.230,32; fisioterapia reumatológica, R$ 1.400.820,48; fisioterapia neurológica, R$ 1.166.205,80; fisioterapia respiratória, R$ 150.860,80; fisioterapia vascular periférica, R$ 53.993,60; e fisioterapia cardíaca, R$ 21.358,40. O montante de recursos é relativamente elevado e a aplicação concentra-se no setor privado e nas regiões Sudeste e Nordeste. Não há nenhum indicador de resultado ou de impacto dos atendimentos.

Tomando-se como exemplo o código de fisioterapia neurológica, em que foram executados 494.155 procedimentos, é possível inferir que parcela significativa dos pacientes atendidos poderia ser melhor enquadrada e assistida valendo-se do enfoque núcleo ou centro de reabilitação, com a abordagem multiprofissional. Todavia, desde a criação desse código, o valor unitário vem sofrendo corrosão e a falta de atrativo financeiro, aliada à ausência de normas de atendimentos de fisioterapia, impede a implantação e a qualidade inicialmente pretendida.

Por outro lado, um aspecto a ser considerado na assistência é a concessão e treinamento de equipamentos individuais - órteses e próteses -, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa com deficiência, resultante das Portarias n.ºs 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, que teve, inicialmente, seus recursos fixados no valor de 2,5% da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). Embora o incremento tenha sido incorporado ao teto de custeio ambulatorial dos estados, a concessão de equipamento reduziu-se ou foi interrompida em muitas unidades federadas, permanecendo apenas naquelas que já tinham compromisso institucional e com maior poder de pressão de profissionais e usuários.

O referido Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da

Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Nesse conjunto, estão: a Portaria n.º 204/91 que insere no SIH/SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; a Portaria n.º 303/92 que inclui no SIA/SUS procedimentos de reabilitação; a n.º Portaria 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH/ SUS; a Portaria n.º 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o deficiente no SUS; a Portaria n.º 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria n.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social.

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa com deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais destacam-se: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas.

Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. As organizações não-governamentais podem, de diversas maneiras, apoiar as ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, sobretudo apontando necessidades, sugerindo soluções ou oferecendo serviços complementares às pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a presente Política Nacional, para o alcance do seu propósito, apresentado a seguir, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas com deficiência, a partir do que viabilizará a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas anteriormente abordados e no provimento da atenção adequada a este segmento populacional.

2. PROPÓSITO

A presente Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas com deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

3. DIRETRIZES

Para o alcance do propósito explicitado no capítulo precedente, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;

prevenção de deficiências;

ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;

organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência; e

capacitação de recursos humanos.

3.1. Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência

A implementação dessa diretriz compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismos representativos de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais - entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente -, visando assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência.

Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas com deficiência. Entre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

No tocante a ambientes favoráveis à saúde desse segmento, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos - como vias e edifícios -, quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão. No conjunto dessas facilidades, está a construção de rampas e de corrimãos, bem como a adoção de múltiplas formas de comunicação. De outra parte, deverá ser promovido o amplo acesso das pessoas com deficiência às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer. Ao lado disso, deverão ser desenvolvidas campanhas de comunicação social e

processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando a superação de preconceitos e posturas que impedem ou constituam obstáculos à inclusão social das pessoas com deficiência.

Além de normas específicas de saúde que viabilizem o acesso e a qualidade das ações e serviços, o setor promoverá o estabelecimento ou o cumprimento daquelas afetas a outros setores voltadas à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto n.º 3298/99.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Sistema, objetivando, em especial, a sua participação ativa na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito.

Paralelamente, o setor saúde adotará medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse segmento.

3.2. Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência

A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa com deficiência, além das necessidades de atenção à saúde específicas da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Por outro lado, promover-se-á a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, de modo que o acesso seja propiciado a toda a população com deficiência o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% deste segmento. Um das estratégias para tanto será a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade.

Assim, a assistência à saúde da pessoa com deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação - públicos ou privados - e organizações não-governamentais, até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade. Além disso, essa assistência envolverá a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação em nível de pós-graduação estrito e lato senso. Para o atendimento desses requisitos, os Centros de Referência em Reabilitação deverão estar prioritariamente vinculados, direta ou indiretamente, a hospitais universitários.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Dessa forma, buscar-se-á continuamente aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados, valendo-se, para tanto, de medidas sistemáticas dirigidas ao aprimoramento da assistência e de permanente avaliação. Nesse sentido, adotar-se-á a premissa de que a reabilitação constitui um processo de mão dupla, em que o indivíduo com deficiência, sua família e a comunidade deverão ser trabalhados simultaneamente. Assim, a programação do tratamento de reabilitação considerará o indivíduo e a sua família como centro e agentes prioritários do processo.

As ações de saúde para a pessoa com deficiência, assim, terão como eixos fundamentais o diagnóstico e o encaminhamento corretos dos procedimentos referentes às deficiências, imprescindíveis para prevenir e mesmo inibir ou minimizar as limitações e desvantagens delas decorrentes.

O diagnóstico da deficiência incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em conjunto com a pessoa com deficiência e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação.

O diagnóstico presuntivo da deficiência precocemente formulado por profissionais que atuam principalmente nos serviços de saúde de menor complexidade, será fundamental na orientação da família para a busca de atenção necessária, no local adequado.

Todas as medidas assistenciais voltadas à saúde da pessoa com deficiência, incluindo a reabilitação, deverão levar em conta, sobretudo, as necessidades, potencialidades e recursos da comunidade, de modo a assegurar-se a continuidade e as possibilidades de autossustentação, visando, em especial, a manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional e a sua inclusão ativa na comunidade. Tal objetivo, no âmbito do setor saúde, será alcançado mediante, sobretudo, a reabilitação da capacidade funcional e do desempenho humano da pessoa com deficiência.

A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terá um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa com deficiência nas ações das equipes de saúde e dos agentes comunitários constituirá estratégia fundamental para implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento.

No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade.

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam.

Serão considerados parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, os métodos e as técnicas específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

A atenção integral à saúde das pessoas com deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhadas de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Este atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da sequela assim o exigir.

Serão consideradas parte integrante do processo de reabilitação as concessões de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer a criteriosa avaliação funcional, constituindo-se, dessa forma, um ato médico. Além disso, buscar-se-á prover o acesso dessas pessoas aos medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, na reeducação funcional, no controle das lesões que geram incapacidades e que favorecem a estabilidade das condições clínicas e funcionais.

A assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Nessa assistência deverão ser previstos os recursos necessários à complementação diagnóstica e as intervenções de caráter preventivo como, por exemplo, fornecimento de oxigênio.

3.3. Prevenção de deficiências

A implementação de estratégias de prevenção será fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

As medidas preventivas envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto.

Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, consequentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas.

Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser incentivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante. Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertiroidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clinica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, consequentemente, de sequelas que determinam algum tipo de deficiência.

3.4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

Adequando-se às normas que disciplinam a criação de fontes de dados e ajustando-se às condições propostas nos fundamentos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), deverão ser criados mecanismos específicos para produção de informação a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito do SUS.

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como as análises de prevalência e tendências, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão o provimento oportuno de informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Buscar-se-á, por iniciativa dos gestores do SUS, fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades. Para a efetivação desses estudos, será recomendável o uso da metodologia de inquérito domiciliar da Opas, com a devida adaptação à realidade brasileira, tanto nos aspectos relativos a sua aplicação, quanto nos relacionados à interpretação de seus resultados.

No que se refere aos censos demográficos, deverá ser buscado, por intermédio dos órgãos competentes, o estabelecimento de articulação com o IBGE, visando o ajuste dos quesitos específicos das planilhas censitárias, favorecendo, assim, a adequada e real apuração dos casos de deficiências e incapacidades existentes na população, bem como o detalhamento necessário à tomada de decisões dos gestores do SUS. Da mesma forma, promover-se-á a compatibilização de quesitos que permitam a extração de dados e informações específicos das Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar.

Na busca de informações de interesse gerencial, ênfase será dada à análise de dados dos sistemas de informação da produção e pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, bem como o fornecimento de órteses e próteses no âmbito do SUS, de que são o exemplo o SIA/SUS e o SIH/SUS. Desses sistemas serão extraídos dados que permitam análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a identificação, a localização das pessoas com deficiência, caracterizando o perfil dessa clientela, a sua distribuição, bem como o impacto dos custos, no âmbito dos recursos públicos, da atenção prestada a essa população, observando, também, a conjuntura e as diversidades regionais.

No tocante à infraestrutura dos serviços e aos profissionais de saúde, serão promovidos, anualmente, levantamentos e cadastramentos de unidades e especialistas envolvidos na assistência às pessoas com deficiência. Tais informações serão utilizadas para a análise da oferta de leitos, dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar, de modo a identificar lacunas e superposições que estejam dificultando o acesso universal e a oferta integral preconizados para o SUS. Esses levantamentos propiciarão a realização de análises sob os mais variados prismas da questão como, por exemplo, o conhecimento da distribuição geográfica dos serviços especializados, a cobertura viabilizada por estes serviços, a quantificação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na área das deficiências nos serviços em âmbito federal, estadual e municipal.

O cruzamento das informações tornadas disponíveis pelas diversas fontes de dados será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência. Continuamente, estudos analíticos serão promovidos mediante a superposição crítica dos resultados dos censos periódicos, das pesquisas censitárias domiciliares anuais, dos estudos epidemiológicos e clínicos, dos cadastramentos e dos levantamentos de infraestrutura.

3.5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência

A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzido, em especial, segundo a diretriz do SUS, relativas ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas.

Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas com deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas.

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

ações de prevenção primária e secundária - como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição -, detecção precoce de fatores de riscos - como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo -, bem como o atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência;

ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade da pessoa com deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para as pessoas com distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social das pessoas com deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender as necessidades específicas das pessoas com deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contrarreferência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva necessária.

O nível terciário - ambulatorial e hospitalar - deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será

importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região.

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, deverão além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas - tecnologia assistiva - característico do nível secundário, desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados.

Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa com deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas com deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e promova a inter-relação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS n.ºs 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando a garantia da qualidade do atendimento e uma reabilitação integradora e global da pessoa com deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, facilitar o acesso ao tratamento da pessoa com deficiência.

3.6 Capacitação de recursos humanos

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política será enfocada como prioritária. Nesse sentido, a formação de recursos humanos em reabilitação deverá superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem segundo a interdisciplinaridade aqui proposta.

Visando garantir o direito ao atendimento de saúde estabelecido nesta Política e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar, buscar-se-á formar equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, as quais serão submetidas continuamente a cursos de qualificação e atualização.

Os programas de formação e treinamento serão promovidos junto aos diferentes órgãos envolvidos com a questão, tanto dos níveis federal, quanto estadual e municipal, os quais buscarão o engajamento das instituições públicas não-estatais neste trabalho. Ao lado disso, promover-se-á o desenvolvimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, tendo em vista a necessidade de que sejam incorporadas disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde da pessoas com deficiência nos currículos de graduação da área de saúde.

As instituições de ensino superior deverão ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Deverá ser estimulada também, junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa - tais como o CNPq, a Capes, a Fiocruz e as fundações estaduais -, a ampliação do número de vagas e de bolsas de estudo e de pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação. Buscar-se-á da mesma forma incentivar os centros de referência em medicina de reabilitação para o desenvolvimento, entre outras atividades de educação continuada, de cursos de capacitação para o atendimento às pessoas com deficiência, destinados aos profissionais do SUS e da rede suplementar de assistência.

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas com deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção à pessoa

com deficiência, nos aspectos referentes à assistência e à reabilitação, deverá ser promovida no contexto das ações de saúde da família e de saúde comunitária, sempre na perspectiva da promoção de uma vida saudável e da manutenção dos ganhos funcionais.

Além disso, serão promovidos treinamentos para a capacitação profissional do atendente pessoal, com enfoque na valorização, na autonomia e na individualidade da pessoa com deficiência, respeitando suas necessidades, como elemento de apoio para o estímulo à vida independente. Deverão ser criados ainda, em articulação com o Ministério da Educação, cursos com o objetivo de formar profissionais especializados na produção de órteses e próteses, em níveis médio e superior.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

A atenção à pessoa com deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa com deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano - de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social - e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor saúde, quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas suas respectivas áreas de abrangência, os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de compromissos intersetoriais, os quais deverão configurar parcerias efetivas. Promoverão, também, a participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta Política.

4.1. Articulação Intersetorial

No âmbito federal, o processo de articulação deverá envolver os setores a seguir identificados, com os quais procurar-se-á estabelecer parcerias que viabilizem o alcance dos objetivos preconizados.

A) Ministério da Educação;

A parceria com esse Ministério buscará, sobretudo:

a. A difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;

b. O estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa com deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;

c. A garantia de retaguarda clínica às pessoas com deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;

d. A reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área de saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

e. A colaboração às secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa com deficiência, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;

f. A inclusão nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde de conteúdos relacionados à reabilitação.

B) Ministério da Previdência e Assistência Social;

A parceria com esse Ministério visará em especial:

a. A realização de pesquisas epidemiológicas junto aos seus segurados relativas às doenças potencialmente incapacitantes, sobretudo quanto aos seus impactos nos indivíduos e na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;

b. O encaminhamento do segurado, com deficiência, reabilitado pelo sistema de saúde, para programas de trabalho com ênfase na reeducação profissional, no trabalho domiciliar e nas cooperativas de prestação de serviço;

c. A difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob sua supervisão, de informações relativas à proteção da saúde do com deficiência, à prevenção secundária e à limitação ou recuperação de incapacidades;

d. A promoção de treinamento de grupos de cuidadores para a identificação de deficiências e a promoção de cuidados básicos à pessoa com deficiência, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida;

e. A inclusão na rede do SUS das unidades da rede da assistência social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinares especializadas para o atendimento de todos os tipos de deficiência;

f. A promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas com deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão

C) Ministério da Justiça;

Com esse Ministério, buscar-se-á, sobretudo:

a. A observância de mecanismos, normas e legislação voltados à promoção e à defesa dos direitos da pessoa com deficiência no tocante às questões de saúde;

b. A promoção da aplicação dos dispositivos de segurança no trânsito, principalmente no tocante ao uso do cinto de segurança;

c. A promoção, junto aos estados e municípios, de processos educativos relacionados ao trânsito, voltados à redução do número de vítimas e a consequente diminuição de sequelas que determinam algum tipo de deficiência;

d. O fornecimento de subsídios ao Ministério Público no tocante à criminalização da discriminação e do preconceito referentes à recusa, retardo ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa com deficiência;

e. O provimento ao cidadão com deficiência, em articulação com a Corde, das informações sobre os direitos conquistados na área da saúde.

D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano;

Com essa Secretaria, a parceria objetivará, em especial:

a. A promoção de planos de habitação e moradia que permitam o acesso e a locomoção das pessoas com deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional destas pessoas;

b. A instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população com deficiência;

c. A promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa com deficiência, sobretudo aquela que apresenta dificuldades de locomoção, na conformidade das normas existentes relativas à acessibilidade.

E) Ministério do Trabalho e Emprego;

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, principalmente:

a. A melhoria das condições de emprego, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa com deficiência na vida socioeconômica das comunidades;

b. A promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência destinados a empregadores.

c. O encaminhamento das pessoas com deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

F) Ministério do Esporte e Turismo;

A parceria objetivará em especial:

a. A implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas com deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida, e a utilização destas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação;

b. A promoção de turismo adaptado à pessoa com deficiência, como elemento de qualidade de vida e inclusão social.

G) Ministério da Ciência e Tecnologia;

Buscar-se-á, com esse Ministério, o estabelecimento de parcerias que fomentem, sobretudo, o desenvolvimento de pesquisa na área da reabilitação, contemplando: 1) estudos de prevalência de incapacidades; 2) validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa com deficiência; 3) gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação; 4) capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e 5) avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, centro de reabilitação ambulatorial e assistência domiciliar.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal - Ministério da Saúde:

A) Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, programas e projetos dela decorrentes;

B) Assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas, consoante às diretrizes aqui fixadas;

C) Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa com deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à implementação desta Política;

E) Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior, envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa com deficiência;

F) Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando ampliar o conhecimento sobre a população com deficiência e subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política;

G) Promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa com deficiência, bem como de experiências exitosas em reabilitação;

H) Promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação à pessoa com deficiência;

I) Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação da pessoa com deficiência;

J) Promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS, bem como o exercício do seu próprio papel no tocante à avaliação dos serviços prestados nas unidades de saúde;

K) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares para a pessoa com deficiência;

L) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas com deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas;

N) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando a prevenção de deficiências;

O) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

P) Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

Q) Organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência.

4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual - Secretaria Estadual de Saúde:

A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual das pessoas com deficiência, consoante a esta Política Nacional;

B) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política;

C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas a implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência;

D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual;

E) Promover o acesso da pessoa com deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação;

F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política;

G) Viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas diversas instâncias do SUS;

H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa com deficiência;

I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir deficiências;

K) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população com deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção às pessoas com deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas;

N) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal - Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente:

A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo;

B) Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado;

C) Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa com deficiência;

D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e reabilitação da pessoa com deficiência;

E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa com deficiência nas instâncias do SUS;

F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos - centros-dia -, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa com deficiência;

G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários;

H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas;

I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando a prevenção de deficiências;

J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por da população com deficiência visando prevenir agravos de deficiências já instaladas;

L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa com deficiência;

M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência;

N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas com deficiência.

5. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que venham a ser indicadas na sua prática.

Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Entre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo, figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar.

Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, art. 7º. Entre esses, destacam-se:

a "integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema" (inciso II);

a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);

a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (inciso IV);

o "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde" (inciso V);

a "divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário" (inciso VI); e

a "a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência" (inciso XII).

6. TERMINOLOGIA

Abordagem multiprofissional e interdisciplinar - assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Acidentes vásculo-encefálico - alteração na vascularização do cérebro que pode ser isquêmico ou hemorrágico.

Ações básicas de reabilitação - ações que visam minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para pessoas com distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses etc.

Ações complexas de reabilitação - ações que se utilizam-se de tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional da pessoa com deficiência.

Aconselhamento genético - orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com problemas genéticos.

Alterações da fala e linguagem - constituem-se em perda ou anormalidade de caráter permanente, apesar de parcialmente recuperáveis com a terapia, que geram incapacidades para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Anemia falciforme - defeito na hemácia, que se torna disforme quando há baixa de oxigenação no sangue, sendo destruída.

Anóxia perinatal - falta de oxigênio no parto, que pode provocar uma lesão no cérebro.

(240) Assistência ou atendimento em reabilitação - terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Atendimento hospitalar em reabilitação - terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Avaliação funcional - avaliar a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

Bolsa de ostomia - bolsa coletora de secreções intestinais.

Capacidade adaptativa - capacidade de se adequar a uma nova situação.

Capacidade funcional - capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Cardiopatias - qualquer processo ou doença do coração.

Centros de Referência em Reabilitação - serviços do setor saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos.

Condições funcionais - situação encontrada após a avaliação funcional.

Condutas típicas - "manifestações de comportamento típicos de pessoas com síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado" (MEC, 1994).

Deficiência auditiva - perda total ou parcial da capacidade de ouvir.

Deficiência mental - caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade. (Associação Americana de Deficiência Mental - AAMD).

Deficiência motora - refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida.

Deficiência visual - engloba tanto a cegueira quanto a baixa visão.

Deficit neurológico - comprometimento ou perda da função causada por lesões no sistema nervoso.

Diagnóstico etiológico - determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação.

Diagnóstico sindrômico - determina o grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão.

Diagnóstico funcional - determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento.

Equipe básica de reabilitação - equipe cuja composição é interdisciplinar - médico e enfermeiro - com a presença ou não de equipe auxiliar treinada.

Erros inatos do metabolismo - doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças.

Exame de cariótipo - exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias.

Fatores perinatais - ocorrências identificadas no período que vai desde a vigésima semana ou mais de gestação e termina após o vigésimo oitavo dia do nascimento.

Fatores pós-natais - ocorrências identificadas após o nascimento.

Fenilcetonúria - doença metabólica hereditária, na qual existe uma deficiência de fenilalanina-hidroxilase que, quando não tratada, acarreta retardamento mental (Dicionário Médico - Blakiston)

Genética clínica - é ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariedade.

Habilitação - processo de desenvolvimento de habilidades.

Hemiplégicos - pessoas com paralisia de um dos lados do corpo.

Hemofilia - transtorno de coagulação, caracterizado por transmissão recessiva ligada ao sexo, produzindo uma coagulação anormal ou deficiente do plasma.

Hemoglobinopatias - doenças relacionadas com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue

Hipertireoidismo congênito - estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita.

Hipoxemia - diminuição do teor de oxigênio no sangue.

Índice de Apgar - avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e a reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez.

Inteligência conceitual - refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas.

Inteligência prática - refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habilidades sensório-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia.

Inteligência social - refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais.

Internação em reabilitação - internação realizada pós-trauma visando ações de reabilitação intensas e frequentes.

Internamento (ou internação) no domicílio - assistência médica e paramédica prestada no domicílio.

Lesão - alteração estrutural ou funcional devida a uma doença. Comumente esse termo é utilizado em relação às alterações morfológicas.

Lesão medular - alteração da estrutura funcional da medula.

Lesão traumática - alteração produzida por um agente mecânico ou físico.

Lesões nervosas - alterações no sistema nervoso.

Lesões neuromusculares - alteração estrutural ou funcional dos nervos e músculos.

Lesões osteoarticulares - alteração estrutural ou funcional nos ossos e articulações.

Manutenção de ganhos funcionais - treinamento contínuo objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas.

Nefropatias - doenças que acometem o sistema renal.

Núcleo (ou centro) de atendimento em reabilitação - local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinado a possibilitar às pessoas com deficiência o alcance de sua autonomia funcional.

Orientação prognóstica - aconselhamento na predição da provável evolução e do desfecho de uma doença, lesão ou anomalia.

Órtese - aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

Ostomias - são órgãos ou parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar.

Osteoporose - desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural.

Ototoxicose - substâncias tóxicas que afetam a audição.

Paralisia cerebral - qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do desenvolvimento durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

Paraplégicos - paralisia dos membros inferiores.

Perda auditiva neurossensorial - um tipo de surdez.

Perturbações psiquiátricas - doenças ou transtornos mentais e emotivos.

Prevenção secundária - consiste no tratamento da doença já instalada, visando evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades.

Processo reabilitativo - ver reabilitação.

Prótese - aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

Reabilitação - segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, "é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode

compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais".

Retinopatia diabética - doença da retina causada pela diabetes.

Rubéola - doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizada por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre no início da gravidez.

Serviços de apoio à vida cotidiana - ações desenvolvidas por pessoal treinado visando auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática.

Tecnologia assistiva - conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos que visam a facilitar a independência funcional das pessoas com deficiência.

Transtornos congênitos - alterações decorrentes de fatores hereditários.

Transtornos orgânicos - alterações que interferem no funcionamento do organismo.

Transtornos perinatais - alterações que ocorrem durante o nascimento.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARAÚJO, Luís Alberto David. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 140 p.

BARROS Filho, T.E.P. et all. Revista Hospital das Clínicas, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 45(3): 123-126, 1990.

BRASIL. Constituição República Federativa do Brasil (1988). Brasília. Senado Federal, Centro Gráfico. 1998. 292p.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Consultivo. Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência. Brasília: CORDE, 1994.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. Política nacional de prevenção de deficiências. Ministério da Ação Social - CORDE, Brasília, 1992.

BRASIL. Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade. Ministério da Justiça. SDC. CORDE.1995.

BRASIL. Lei de diretrizes e bases (DO QUÊ?). 1996.

BRASIL. MEC. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde. Brasília:1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Promoção da Saúde. Brasília.1998. Texto mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoas Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília. 1995. 48 pgs.

BRITO, P. Veitzman, S. Causas da cegueira em criança. Arquivo brasileiro de oftalmologia, 1998.

CASTRO JUNIOR, N.P.; LOPES FILHO, O.C.; FIGUEIREDO, M.S.; REDONDO, M.C. Deficiência auditiva infantil: aspectos de incidência, etiologia e avaliação audiológica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v.46, p.228-36, 1980.

_____. Do estudo da audiometria de tronco cerebral em neonatos normais e de alto risco. São Paulo, 1991. 78p. Tese (doutorado). Escola Paulista de Medicina. CIDID

(319) CLIFTON. G.L. Spinal Coord in Jury in the Houston Galneston Area. In: Tex - Med 79:55-8, 1983 - EUA.

COMITE DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Prevenção de deficiências. Brasília. Corde, s/data. 34 pgs.

CHRISTENSEN, E. e MELCHIOR, J. Cerebral Palsy. A Clinical and Neuropathological Study. Clinic in Development Medicine. N.º 25 W. Heinemenn-London, 1967

Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. tradução Edilson Alkimim da Cunha. 2ª edição. Brasília: Corde. 1997. 54 ps.

DIAMENT, A. e Cypel, S. Neurologia Infantil. 3ª edição. Livraria Atheneu, 1996.

FOSTER, Allen. Blindness prevention, Statistics and principles of control, workshop of ocular health, São Paulo, 1999.

INFORMAPAE. Boletim mensal da Federação Nacional das APAES. Ano IV, Janeiro de 1996.

JANNUZI, G. S.M. JANNUZI, N. Portadores de necessidades especiais no Brasil: reflexões a partir do censo demográfico 1991. SEESP, MEC, Brasília: Revista Integração, ano 7: 18, 1997. P.40-46.

KARA José. ALMEIDA, Vicente N. de, et alli. Causas de deficiência visual em crianças. Bol of Panam, 1997. (5) Pg. 405- 412. 1994.

LAURENTI. R. et all. Estatística de Saúde, São Paulo. EPU, 1990.

LEITE, Ama e Maranhão, H.P. Situação do Atendimento dos Portadores de Necessidades Educativas Especiais nos Municípios do estado do RJ. Resultados. Rio de Janeiro, outubro/98.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção a Grupos Especiais.

MAIOR, Isabel Maria M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. Cadernos de Pesquisa n07, São Paulo: CEBRAP.1997. pg.31 a 47.

NALLIN, Araci. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação do discurso. Brasília: Corde, 1985. 184 ps.

Normas e recomendações internacionais sobre a deficiência. tradução Edilson Alkimim Cunha, Brasília: Corde, 1996. 113ps.

OMS. Classificacion internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamento. Genebra. 1997. Versão preliminar.

Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasília: Corde, 1996.

REGULY, Vanessa Soledade. A inserção dos deficientes físicos no mercado de trabalho na região metropolitana de Salvador. Salvador:1998. Monografia apresentada à UNIFACS.

RIBAS, João Batista Cintra. As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira. Brasília: Corde, 1997.

Educação inclusiva, desenho universal e integração. HYPER- LINK http://www.gente www.gente especial.com.br/arquitetura.htm.

SALIMENE, ACM. Sexo: caminho para a reabilitação. São Paulo:Cortez, 1995.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Htp://www.entreamigos.com.br.temas.

SILVEIRA, J.A.M. Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau da deficiência e precocidade diagnóstica. São Paulo, 1992. 107p. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TARICO, M.C. et all, The social and vocational outcome of spinal cor injury patients. In: Paraplegia, the International Journal of Spinal Cord, vol 30:3, 1992, 214-219, International Medical Society of Paraplegia.

TARTARELA. M B et alli. Visão subnormal em crianças. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 54 (5). Pg. 221-224. 1991.

UNICEF. Deficiência Infantil: Sua Prevenção e Reabilitação. Relatório da Reabilitation International, Junta Executiva do UNICEF, 1980.

WHO/PBL 93-27. Management of low vision in children, Bangkok, 1992

WHO/PBL 97.61. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Programme for the Prevention of Blindness and Deafness. 1997.

ANEXO XIV

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, na forma do Anexo 1 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Art. 2º)

Art. 3º Ficam aprovadas as diretrizes da Gestão da Saúde Indígena na forma do Anexo 2 do Anexo XIV . (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIV

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 254/2002, Anexo 1)

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1 - Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, em que está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 - Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era frequente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestarem atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial n° 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução n° 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

2.1 - Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora

precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais frequentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela FUNAI.

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação às DST, cofator que potencializa a infeção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 - Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;

- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;

- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;

- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;

- promoção de ações específicas em situações especiais;

- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;

- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;

- controle social.

4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena

4.1.1 - Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;

- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura;

- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;

- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;

- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 - Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica desta Política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Polos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais,

instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 - Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) -Lei nº 9.394/96-, no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos socioantropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta Política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 - Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 - Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 - Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância - nesta compreendida a dispensação e a prescrição -, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;

c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);

d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;

e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;

f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 - Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;

3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7- Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução n° 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 - Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos frequentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d`água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, deverão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 - Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Polos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 - Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta Política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

- Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.

O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta Política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

- Articulação intrassetorial

Do ponto de vista da articulação intrassetorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 - Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto n° 3.146, de 27 de agosto de 1999 (art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

- promover a articulação intersetorial e intrassetorial com as outras instâncias do SUS;

- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;

- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI), desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas

especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 - Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 - Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução nº 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI/CNS)

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei nº 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 - Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

ANEXO 2 DO ANEXO XIV

Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1)

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º)

I - a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - o objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - o Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, V)

VI - a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VI)

VII - o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VII)

VIII - na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, VIII)

IX - a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 1º, IX)

CAPÍTULO I
DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS
(Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, CAPÍTULO I)

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º)

I - formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 2º, I)

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º)

I - coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 3º, I)

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º)

I - planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, V)

VI - supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VI)

VII - implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VII)

VIII - articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, VIII)

IX - propor alterações nas áreas de abrangência dos DSEI. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 4º, IX)

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º)

I - coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, I)

II - planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, II)

III - articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, III)

IV - articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, IV)

V - assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, V)

VI - homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VI)

VII - articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VII)

VIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 5º, VIII)

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º)

I - planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XI)

XII - o chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XII)

XIII - executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 6º, XIII)

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º)

I - aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena; e (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 7º, III)

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete: (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º)

I - atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, I)

Parágrafo Único. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, previstas nesta portaria. (Origem: PRT MS/GM 70/2004, Anexo 1, Art. 9º)

ANEXO 3 DO ANEXO XIV

Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Origem: PRT MS/GM 2759/2007)

Art. 1º São diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º)

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar

problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, I)

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, II)

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, III)

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, estado e municípios); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, IV)

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, V)

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa - ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VI)

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VII)

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 1º, VIII)

Art. 2º Fica instituído o Comitê Gestor da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, com as seguintes incumbências: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º)

I - elaborar e pactuar com as instâncias implicadas uma norma que regulamente as ações de atenção em Saúde Mental às populações indígenas, onde estejam implicadas estruturas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, I)

II - coordenar as ações no âmbito do Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias representativas de comunidades indígenas, para o enfrentamento das situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio e outros problemas prevalentes; e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, II)

III - elaborar um sistema de monitoramento e avaliação das ações de atenção em saúde mental às populações indígenas, em sua implantação e implementação. (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 2º, III)

Art. 3º São integrantes do Comitê, sob a coordenação do primeiro, e a coordenação adjunta do segundo, os seguintes membros: (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º)

I - 1 (um) representante do Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde Mental (DAPES/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante do Projeto VIGISUS - Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho de Comunidades Indígenas das cinco regiões do país; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) pesquisador convidado, de universidade brasileira; (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). (Origem: PRT MS/GM 2759/2007, Art. 3º, X)

ANEXO 4 DO ANEXO XIV

Comitê Consultivo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Origem: PRT MS/GM 69/2004)

Art. 1º Fica instituído o Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º)

Parágrafo Único. O Comitê Consultivo terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - apreciar as propostas de condução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, a)

II - contribuir com o Departamento de Saúde Indígena/FUNASA nas normatizações técnicas e operacionais da saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, b)

III - propor medidas técnicas e operacionais ao Departamento de Saúde Indígena/FUNASA de matérias relevantes a Organização e Gestão dos Serviços de Saúde Indígena; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, c)

IV - participar de fóruns nacionais de discussão da Política de Saúde Indígena. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, d)

Art. 2º O Comitê Consultivo será composto pelos referidos membros, com as seguintes representações: (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º)

I - Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - 4 (quatro) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

II - Ministério da Saúde (MS): (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

a) Secretaria-Executiva - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, b)

c) Secretaria de Vigilância em Saúde - 1 (um) representante; e (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, c)

d) Secretaria de Gestão Participativa - 1 (um) representante. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, II, d)

III - Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

V - organizações indígenas - 3 (três) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VI - Organizações Indigenistas - dois representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VII - Conselhos Distritais de Saúde Indígena - 5 (cinco) representantes; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

VIII - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

IX - Ministério Público Federal (6ª Câmara) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

X - Ministério da Educação - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XI - Ministério do Meio Ambiente - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XI) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XII - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) - 1 (um) representante; (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XII) (com redação dada pela PRT MS/GM 741/2004)

XIII - Confederação dos Trabalhadores do Serviço Público Federal (CONDSEF) - 2 (dois) representantes. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, XIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 1731/2004)

§ 1º A Secretaria Executiva do Comitê será indicada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê Consultivo não receberão nenhuma gratificação para o seu exercício, sendo considerado de relevância pública. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Caberá ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) regulamentar através de portaria o funcionamento do Comitê Consultivo e designar os seus membros. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O mandato dos membros do Comitê Consultivo será de um ano, permitida a recondução. (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 4º)

§ 5º As despesas decorrentes do funcionamento do Comitê ficarão a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). (Origem: PRT MS/GM 69/2004, Art. 2º, § 5º)

ANEXO 5 DO ANEXO XIV (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)
Certificado Hospital Amigo do Índio (Origem: PRT MS/GM 645/2006)

Art. 1º Fica instituído o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 1º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

Art. 2º Para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, deverão ser observados os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

I - garantia do direito ao acompanhante, dieta especial e informação aos usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

II - garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

III - participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

IV - garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, IV) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

V - garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio cultural; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, V) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VI - garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VI) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VII - garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico culturais dos povos indígenas; e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VII) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VIII - garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 2º, VIII) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

Art. 3º Fica instituído o Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio com as seguintes responsabilidades: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

I - certificar os estabelecimentos de saúde da rede do SUS em obediência aos critérios de concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

II - estabelecer instrumentos, indicadores, metas e avaliação, bem como o período de renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

III - estabelecer critérios de não renovação da certificação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

IV - divulgar nas instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde), Comissões Bipartite e Tripartite, bem como os relatórios de certificação e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, IV) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

V - articular com as instâncias de Controle Social do SUS (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais), Comissões Bipartite e Tripartite e o acompanhamento do processo de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 3º, V) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

Art. 4º O Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio será integrado por um representante das seguintes instituições: (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

I - Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, I) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

II - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, II) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

III - Conselho Nacional de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, III) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, IV) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

V - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS); (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, V) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

VI - Conselhos Distritais de Saúde Indígena; (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VI) (Revogado pela PRT GM/MS n° 2.663 de 11.10.2017)

~~VII - Fundação Nacional do Índio (FUNAI); e (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)

~~VIII - Sexta Câmara do Ministério Público Federal. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, VIII)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)

~~**Parágrafo Único. É** facultado ao Comitê de Certificação e Avaliação dos Hospitais Amigos do Índio a constituição de Grupos de Trabalho Locais para visitas de certificação e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 645/2006, Art. 4º, Parágrafo Único)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 2.663 de 11.10.2017)

ANEXO XV

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 2º)

Art. 3º Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos desta Política. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Além do disposto neste Anexo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora reger-se-á, de forma complementar, pelos elementos informativos constantes do Anexo 1 do Anexo XV . (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO I)

Art. 5º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º)

I - universalidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, I)

II - integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, II)

III - participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, III)

IV - descentralização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, IV)

V - hierarquização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, V)

VI - equidade; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VI)

VII - precaução. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 5º, VII)

Art. 6º Para fins de implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º)

I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com ações coletivas, de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, I)

II - as ações de planejamento e avaliação com as práticas de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, II)

III - o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, III)

Parágrafo Único. A realização da articulação tratada neste artigo requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º)

Parágrafo Único. As pessoas e os grupos vulneráveis de que trata o "caput" devem ser identificados e definidos a partir da análise da situação de saúde local e regional e da discussão com a comunidade, trabalhadores e outros atores

sociais de interesse à saúde dos trabalhadores, considerando-se suas especificidades e singularidades culturais e sociais. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO II)

Art. 8º São objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º)

I - fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I)

a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, a)

b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, b)

c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, c)

d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, d)

e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, e)

f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, f)

g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, g)

h) participação dos trabalhadores e suas organizações. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, I, h)

II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II)

a) estabelecimento e adoção de parâmetros protetores da saúde dos trabalhadores nos ambientes e processos de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, a)

b) fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno, tendo em vista a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, b)

c) representação do setor saúde/saúde do trabalhador nos fóruns e instâncias de formulação de políticas setoriais e intersetoriais e às relativas ao desenvolvimento econômico e social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, c)

d) inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, d)

e) inclusão de parâmetros de proteção à saúde dos trabalhadores e de manutenção de ambientes de trabalho saudáveis nos processos de concessão de incentivos ao desenvolvimento, nos mecanismos de fomento e outros incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, e)

f) contribuição na identificação e erradicação de situações análogas ao trabalho escravo; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, f)

g) contribuição na identificação e erradicação de trabalho infantil e na proteção do trabalho do adolescente; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, g)

h) desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, II, h)

III - garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede, considerando os seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III)

a) atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, a)

b) atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, b)

c) atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, c)

d) rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, d)

e) assistência farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, e)

f) sistemas de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, f)

g) sistema de regulação do acesso; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, g)

h) sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, h)

i) sistema de auditoria; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, i)

j) promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, III, j)

IV - ampliar o entendimento de que de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, IV)

V - incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, V)

VI - assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VI)

VII - assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 8º, VII)

CAPÍTULO III
DAS ESTRATÉGIAS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO III)

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º)

I - integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I)

a) planejamento conjunto entre as vigilâncias, com eleição de prioridades comuns para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores e da população em geral, e no mapeamento das atividades produtivas e com potencial impacto ambiental no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, a)

b) produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos estados e municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, b)

c) harmonização e, sempre que possível, unificação dos instrumentos de registro e notificação de agravos e eventos de interesse comum aos componentes da vigilância; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, c)

d) incorporação dos agravos relacionados ao trabalho, definidos como prioritários para fins de vigilância, nas listagens de agravos de notificação compulsória, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais, seguindo a mesma lógica e fluxos dos demais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, d)

e) proposição e produção de indicadores conjuntos para monitoramento e avaliação da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, e)

f) formação e manutenção de grupos de trabalho integrados para investigação de surtos e eventos inusitados e de investigação de situações de saúde decorrentes de potenciais impactos ambientais de processos e atividades produtivas nos territórios, envolvendo as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, saúde do trabalhador e rede de laboratórios de saúde pública; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, f)

g) produção conjunta de metodologias de ação, de investigação, de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância nos ambientes e situações epidemiológicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, g)

h) incorporação, pelas equipes de vigilância sanitária dos estados e municípios, de práticas de avaliação, controle e vigilância dos riscos ocupacionais nas empresas e estabelecimentos, observando as atividades produtivas presentes no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, h)

i) investimentos na qualificação e capacitação integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente de todos os componentes da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, i)

j) investimentos na ampliação da capacidade técnica e nas mudanças das práticas das equipes das vigilâncias, especialmente para atuação no apoio matricial às equipes de referência dos municípios; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, j)

k) participação conjunta nas estratégias, fóruns e instâncias de produção, divulgação, difusão e comunicação de informações em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, k)

l) estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e em saúde ambiental, além das ações específicas de VISAT; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, l)

m) atualização e ou revisão dos códigos de saúde, com inserção de disposições sobre a vigilância em saúde do trabalhador e atribuição da competência de autoridade sanitária às equipes de vigilância em saúde do trabalhador, nos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, I, m)

II - análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II)

a) identificação das atividades produtivas e do perfil da população trabalhadora no território em conjunto com a atenção primária em saúde e os setores da Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, a)

b) implementação da rede de informações em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, b)

c) definição de elenco de indicadores prioritários para análise e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, c)

d) definição do elenco de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória e inclusão no elenco de prioridades, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, d)

e) revisão periódica da lista de doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, e)

f) realização de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores e o comportamento dos principais indicadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, f)

g) estruturação das estratégias e processos de difusão e comunicação das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, g)

h) garantia, na identificação do trabalhador, do registro de sua ocupação, ramo de atividade econômica e tipo de vínculo nos seguintes sistemas e fontes de informação em saúde, aproveitando todos os contatos do/a trabalhador/a com o sistema de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h)

1. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 1)

2. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 2)

3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 3)

4. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAISUS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 4)

5. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 5)

6. Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 6)

7. Registros de Câncer de Base Hospitalar (RCBH); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, h, 7)

i) articulação e sistematização das informações das demais bases de dados de interesse à saúde do trabalhador, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i)

1. Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 1)

2. Sistema Único de Benefícios (SUB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 2)

3. Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 3)

4. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 4)

5. Sistema Federal de Inspeção do Trabalho (SFIT); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 5)

6. Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 6)

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 7)

8. outros sistemas de informações dos órgãos e setores de planejamento, da agricultura, do meio ambiente, da segurança pública, do trânsito, da indústria, comércio e mineração, das empresas, dos sindicatos de trabalhadores, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, i, 8)

j) gestão junto a essas instituições para acesso às bases de dados de forma desagregada, conforme necessidades da produção da análise da situação de saúde nos diversos níveis territoriais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, j)

k) produção e divulgação, periódicas, com acesso ao público em geral, de análises de situação de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, k)

l) estabelecimento da notificação compulsória e investigação obrigatória em todo território nacional dos acidentes de trabalho graves e com óbito e das intoxicações por agrotóxicos, considerando critérios de magnitude e gravidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, l)

m) viabilização da compatibilização e/ou unificação dos instrumentos de coleta de dados e dos fluxos de informações, em articulação com as demais equipes técnicas e das vigilâncias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, m)

n) gestão junto à Previdência Social para que a notificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho feito pelo SUS (Sinan) seja reconhecida, nos casos de trabalhadores segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, n)

o) criação de sistemas e bancos de dados para registro das informações contidas nos relatórios de inspeções e mapeamento dos ambientes de trabalho realizados pelas equipes de Vigilância em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, o)

p) definição de elenco básico de indicadores de morbimortalidade e de situações de risco para a composição da análise de situação de saúde dos trabalhadores, considerando o conjunto dos trabalhadores brasileiros, incluindo as parcelas inseridas em atividades informais, ou seja, o total da População Economicamente Ativa Ocupada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, p)

q) articulação intra e intersetorial para a implantação ou implementação de observatórios de saúde do trabalhador, em especial, articulando-se com o observatório de violências e outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, q)

r) articulação, apoio e gestão junto à Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) para fins de ampliação dos atuais indicadores de saúde do trabalhador constantes das publicações dos Indicadores Básicos de Saúde (IDB); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, r)

s) garantia da inclusão de indicadores de saúde do trabalhador nas RIPSA estaduais, conforme necessidades e especificidades de cada estado; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, s)

t) produção de protocolos e manuais de orientação para os profissionais de saúde para a utilização da Classificação Brasileira de Ocupação e da Classificação Nacional de Atividades Econômicas; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, t)

u) avaliação e produção de relatórios periódicos sobre a qualidade dos dados e informações constantes nos sistemas de informação de interesse à saúde do trabalhador; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, u)

v) disponibilização e divulgação das informações em meios eletrônicos, boletins, cartilhas, impressos, vídeos, rádio e demais instrumentos de comunicação e difusão; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, II, v)

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III)

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a)

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 1)

2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 2)

3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 3)

4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 4)

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 5)

6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 6)

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 7)

8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 8)

9. subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 9)

10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 10)

11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 11)

12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, a, 12)

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 1)

2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 3)

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 4)

5. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 5)

6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 6)

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 7)

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 8)

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contrarreferência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, b, 9)

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar): (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c)

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 1)

2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 2)

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 3)

4. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 4)

5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 5)

6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, III, c, 6)

IV - fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV)

a) aplicação de indicadores de avaliação de impactos à saúde dos trabalhadores e das comunidades nos processos de licenciamento ambiental, de concessão de incentivos ao desenvolvimento, mecanismos de fomento e incentivos específicos; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, a)

b) fiscalização conjunta onde houver trabalho em condições insalubres, perigosas e degradantes, como nas carvoarias, madeireiras, canaviais, construção civil, agricultura em geral, calcareiras, mineração, entre outros, envolvendo os Ministérios do Trabalho e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, b)

c) compartilhamento e publicização das informações produzidas por cada órgão e instituição, inclusive por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, IV, c)

V - estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V)

a) acolhimento e resposta às demandas dos representantes da comunidade e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, a)

b) buscar articulação com entidades, instituições, organizações não governamentais, associações, cooperativas e demais representações de categorias de trabalhadores, presentes no território, inclusive as inseridas em atividades informais de trabalho e populações em situação de vulnerabilidade; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, b)

c) estímulo à participação de representação dos trabalhadores nas instâncias oficiais de representação social do SUS, a exemplo dos conselhos e comissões intersetoriais, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, c)

d) apoiar o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, d)

e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em saúde do trabalhador, sempre que possível, e inclusão de conteúdos de saúde do trabalhador nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social, incluindo grupos de trabalhadores em situação de vulnerabilidade, com vistas às ações de promoção em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, e)

f) transparência e facilitação do acesso às informações aos representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, V, f)

VI - desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI)

a) adoção de estratégias para a progressiva desprecarização dos vínculos de trabalho das equipes de saúde, incluindo os técnicos dos centros de referência e das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, mediante concurso público; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, a)

b) inserção de especificação da atribuição de inspetor de vigilância aos técnicos em saúde do trabalhador nos planos de carreira, cargos e vencimentos, nas esferas estadual e municipal; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, b)

c) inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, c)

d) capacitação para aplicação de protocolos, linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, com ênfase à identificação da relação saúde-trabalho, ao diagnóstico e manejo dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, incluindo a reabilitação, à vigilância de agravos, de ambientes e de processos de trabalho e à produção de análise da situação de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, d)

e) capacitação voltada à aplicação de medidas básicas de promoção, prevenção e educação em saúde e às orientações quanto aos direitos dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, e)

f) estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em saúde do trabalhador, de nível técnico e superior; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, f)

g) produção de tecnologias mistas de educação presencial e a distância e publicização de tecnologias já existentes, com estabelecimento de processos e métodos de acompanhamento, avaliação e atualização dessas tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, g)

h) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de conteúdos temáticos de saúde do trabalhador nos currículos do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e restrito, possibilitando a articulação ensino / pesquisa /extensão, bem como nos cursos voltados à qualificação profissional e empresarial; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, h)

i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, i)

j) integração com órgãos de fomento de pesquisa, nacionais e internacionais e com instituições responsáveis pelo processo educativo como universidades, centros de pesquisa, organizações sindicais, ONG, entre outras; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, j)

k) apoio à capacitação voltada para os interesses do movimento social, movimento sindical e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VI, k)

VII - apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, o que pressupõe: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII)

a) articulação estreita entre os serviços e instituições de pesquisa e universidades, com envolvimento de toda a rede de serviços do SUS na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, a)

b) adoção de critérios epidemiológicos e de relevância social para a identificação e definição das linhas de investigação, estudos e pesquisas, de modo a fornecer respostas e subsídios técnico-científicos para o enfrentamento de problemas prioritários no contexto da saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, b)

c) desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção que possam ser estruturantes para a saúde do trabalhador no SUS, que articulem as ações de promoção, vigilância, assistência, reabilitação e produção e comunicação de informações, e resultem em produção de tecnologias de intervenção em problemas prioritários em cada território; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, c)

d) definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador, de modo a preencher lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para a melhoria da promoção, da vigilância e da atenção à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, d)

e) incentivo à pesquisa e aplicação de tecnologias limpas e/ou com reduzido impacto à saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente, bem como voltadas à produção de alternativas e substituição de produtos e processos já

reconhecidos como danosos à saúde, e formas de organização de trabalho saudáveis; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, e)

f) estabelecimento de rede de centros de pesquisa colaboradores na construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas, voltadas à produção de respostas aos problemas e necessidades identificadas pelos serviços, comunidade e controle social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, f)

g) estabelecimento de mecanismos que garantam a participação da comunidade e das representações dos trabalhadores no desenvolvimento dos estudos e pesquisas, incluindo a divulgação e aplicação dos seus resultados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, g)

h) garantia, pelos gestores, da observância dos preceitos éticos no desenvolvimento de estudos e pesquisas realizados no âmbito da rede de serviços do SUS, mediante a participação dos Comitês de Ética em Pesquisa nesses processos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, VII, h)

§ 1º A análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", compreende o monitoramento contínuo de indicadores e das situações de risco, com vistas a subsidiar o planejamento das ações e das intervenções em saúde do trabalhador, de forma mais abrangente, no território nacional, no estado, região, município e nas áreas de abrangência das equipes de atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 1º)

§ 2º No que se refere à análise da situação de saúde dos trabalhadores, de que trata o inciso II do "caput", dever-se-á promover a articulação das redes de informações, que se baseará nos seguintes pressupostos: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º)

I - concepção de que as informações em saúde do trabalhador, presentes em diversas bases e fontes de dados, devem estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Informações e Informática do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, I)

II - necessidade de estabelecimento de processos participativos nas definições e na produção de informações de interesse à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, II)

III - empreendimento sistemático e permanente de ações, com vistas ao aprimoramento e melhoria da qualidade das informações; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, III)

IV - compartilhamento de informações de interesse para a saúde do trabalhador, mediante colaboração intra e intersetorial, entre as esferas de governo, e entre instituições, públicas e privadas, nacionais e internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, IV)

V - necessidade de estabelecimento de mecanismos de publicação e garantia de acesso pelos diversos públicos interessados; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, V)

VI - zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 2º, VI)

§ 3º O processo de capacitação em saúde do trabalhador, de que trata o inciso VI do caput, deverá: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º)

I - contemplar as diversidades e especificidades locorregionais, incorporar os princípios do trabalho cooperativo, interdisciplinar e em equipe multiprofissional e as experiências acumuladas pelos estados e municípios nessa área; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, I)

II - abranger todos os profissionais vinculados ao SUS, independente da especialidade e nível de atuação - atenção básica ou especializada, os inseridos em programas e estratégias específicos, como, por exemplo, agentes comunitários de saúde, saúde da família, saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e em saúde ambiental, entre outros; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, II)

III - considerar, sempre que possível, com graus de prioridade distintos, as necessidades de outras instituições públicas e privadas -sindicatos de trabalhadores e patronais, organizações não governamentais (ONG) e empresas que atuam na área de modo interativo com o SUS, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, III)

IV - contemplar estratégias de articulação e de inserção de conteúdos de saúde do trabalhador nos diversos cursos de graduação das áreas de saúde, engenharias, ciências sociais, entre outros além de outros que apresentem correlação com a área da saúde, de modo a viabilizar a preparação dos profissionais desde a graduação, incluindo a oferta de vagas para estágios curriculares e extracurriculares. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 9º, § 3º, IV)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV)

Seção I
Das Atribuições dos Gestores do SUS
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção I)

Art. 10. São responsabilidades da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10)

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, I)

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, II)

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, III)

IV - assegurar a oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, IV)

V - estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, V)

VI - desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 10, VI)

Art. 11. À direção nacional do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11)

I - coordenar, em âmbito nacional, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Nacional de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, II)

III - alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) do CNS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IV)

V - apoiar tecnicamente as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na implementação e execução da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, V)

VI - promover a incorporação de ações e procedimentos de vigilância e de assistência à saúde do trabalhador junto à Rede de Atenção à Saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VI)

VII - monitorar, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VII)

VIII - estabelecer rotinas de sistematização, processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos municípios e nos estados a partir dos sistemas de informação em saúde, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento estratégico da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, VIII)

IX - elaborar perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, IX)

X - promover a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, X)

XI - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XI)

XII - promover a formação e a capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, junto à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XII)

XIII - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIII)

XIV - conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional e a inclusão do elenco prioritário de agravos relacionados ao trabalho na listagem nacional de agravos de notificação compulsória; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XIV)

XV - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e serviços de saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 11, XV)

Art. 12. À direção estadual do SUS compete: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12)

I - coordenar, em âmbito estadual, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, I)

II - conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Estadual de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, II)

III - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros, para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, III)

IV - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CES; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IV)

V - apoiar tecnicamente e atuar de forma integrada com as secretarias municipais de saúde na implementação das ações de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, V)

VI - organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, os mecanismos e os fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VI)

VII - realizar a pactuação regional e estadual das ações e dos indicadores de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VII)

VIII - monitorar, em conjunto com as secretarias municipais de saúde, os indicadores pactuados para avaliação das ações e serviços de saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, IX)

X - garantir a implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, assim como do registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados nos municípios, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento desta Política; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, X)

XI - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XI)

XII - participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas técnicas pertinentes à sua esfera de competência, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XII)

XIII - promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador para os profissionais de saúde do SUS, inclusive na forma de educação continuada, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIII)

XIV - desenvolver estratégias de comunicação e elaborar materiais de divulgação visando disponibilizar informações do perfil produtivo e epidemiológico relativos à saúde dos trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XIV)

XV - definir e executar projetos especiais em questões de interesse locorregional, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XV)

XVI - promover, no âmbito estadual, a articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 12, XVI)

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13)

I - executar as ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, I)

II - coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, II)

III - conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, III)

IV - pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS); (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IV)

V - desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, V)

VI - constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VI)

VII - participar, em conjunto com o estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VII)

VIII - articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, VIII)

IX - regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, IX)

X - implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, X)

XI - instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XI)

XII - elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XII)

XIII - capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CEREST, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIII)

XIV - promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 13, XIV)

Seção II
Das Atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO IV, Seção II)

Art. 14. Cabe aos CEREST, no âmbito da RENAST: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14)

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, I)

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, II)

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, III)

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das secretarias municipais de saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 1º)

§ 2º Para as situações em que o município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 2º)

§ 3º O apoio matricial, de que trata o art. 14, II, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 14, § 3º)

Art. 15. As equipes técnicas de saúde do trabalhador, nas três esferas de gestão, com o apoio dos CEREST, devem garantir sua capacidade de prover o apoio institucional e o apoio matricial para o desenvolvimento e incorporação das ações de saúde do trabalhador no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15)

Parágrafo Único. A execução do disposto no caput deste artigo pressupõe, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único)

I - a construção, em toda a Rede de Atenção à Saúde, de capacidade para a identificação das atividades produtivas e do perfil epidemiológico dos trabalhadores nas regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI); e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, I)

II - a capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e monitoramento dos casos atendidos que possam ter relação com as ocupações e os processos produtivos em que estão inseridos os usuários. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 15, Parágrafo Único, II)

CAPÍTULO V
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO

(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO V)

Art. 16. As metas e os indicadores para avaliação e monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora devem estar contidos nos instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, III)

§ 1º O planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção, vigilância e atenção em saúde do trabalhador, nos moldes de uma atuação permanentemente articulada e sistêmica. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 1º)

§ 2º As necessidades de saúde do trabalhador devem ser incorporadas no processo geral do planejamento das ações de saúde, mediante a utilização dos instrumentos de pactuação do SUS, o qual é um processo dinâmico, contínuo e sistemático de pactuação de prioridades e estratégias de saúde do trabalhador nos âmbitos municipal, regional, estadual e federal, considerando os diversos sujeitos envolvidos neste processo. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 16, § 2º)

Art. 17. A avaliação e o monitoramento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pelas três esferas de gestão do SUS, devem ser conduzidos considerando-se: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17)

I - a inserção de ações de saúde do trabalhador, considerando objetivos, diretrizes, metas e indicadores, no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, em cada esfera de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, I)

II - a definição de que as ações de saúde do trabalhador, em cada esfera de gestão, devem expressar com clareza e transparência, os mecanismos e as fontes de financiamento; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, II)

III - o estabelecimento de investimentos nas ações de vigilância, no desenvolvimento de ações na Atenção Primária em Saúde e na regionalização como eixos prioritários para a aplicação dos recursos de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, III)

IV - a definição de interlocutor para o tema saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IV)

V - a inclusão na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) de ações e serviços de saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, V)

VI - a produção de protocolos, de linhas guias e linhas de cuidado em saúde do trabalhador, de acordo com os níveis de organização da vigilância e atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VI)

VII - a capacitação dos profissionais de saúde, visando à implementação dos protocolos, das linhas guias e das linhas de cuidado em saúde do trabalhador; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VII)

VIII - a definição dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, de acordo com as diretrizes clínicas, as linhas de cuidado pactuadas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), garantindo a notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, VIII)

IX - o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador pactuados, bem como o acompanhamento da evolução histórica e tendências dos indicadores de morbimortalidade, nas esferas municipal, micro e macrorregionais, estadual e nacional. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 17, IX)

CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1823/2012, CAPÍTULO VI)

Art. 18. Além dos recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, fica facultado aos gestores de saúde utilizar outras fontes de financiamento, como: (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18)

I - ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, I)

II - repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social; (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, II)

III - criação de fundos especiais; e (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, III)

IV - parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, IV)

Parágrafo Único. Além das fontes de financiamento previstas neste artigo, poderão ser pactuados, nas instâncias intergestores, incentivos específicos para as ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador, a serem inseridos nos pisos variáveis dos componentes de vigilância e promoção da saúde e da vigilância sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Art. 18, Parágrafo Único)

ANEXO 1 DO ANEXO XV

Elementos Informativos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Origem: PRT MS/GM 1823/2012, Anexo 1)

ELEMENTOS INFORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Os elementos informativos consistem na apresentação de conceitos e contextualização de termos e conteúdos explicativos e conformadores da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Tem como finalidade precípua conferir caráter pedagógico e orientador à Política.

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário para atendimento da integralidade que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual conforme pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A organização e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, inclusive as de saúde do trabalhador, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários do SUS é objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

2. A participação da comunidade é um princípio fundante do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo relevância e especificidades na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Partindo deste principio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, no planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho. Cabe às diversas instâncias do SUS assumir como legítima a participação da sociedade nas decisões envolvendo as políticas de saúde do trabalhador, estabelecendo-se relações éticas entre os representantes da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, gestores e a equipe de saúde. A garantia da participação da comunidade e do controle social na formulação, no planejamento, no acompanhamento e na avaliação das políticas, contribui para o fortalecimento do exercício da cidadania pela sociedade.

3. Deve-se, no âmbito da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observar a diretriz organizativa da descentralização, o que requer a consolidação do papel do Município como instância efetiva de desenvolvimento das ações de atenção à saúde do trabalhador em seu território, de acordo com as necessidades e características de suas populações.

4. No que toca à diretriz da hierarquização, a construção da atenção integral à saúde do trabalhador passa pela integração de todos os níveis de atuação do SUS, em função de sua complexidade e densidade tecnológica, considerando sua organização em redes e sistemas solidários e compartilhados entre as três esferas de gestão e conforme a pactuação estadual e regional.

5. O direito à saúde constitui-se num direito social derivado do direito à vida, estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Resolução 217ª, III, da Assembleia Geral da ONU, 10/09/1948). No Brasil, segundo a Constituição Federal de 1988, o direito à saúde é um direito social (art. 6º) que decorre do princípio fundamental da dignidade humana (inciso III, art. 1º), cabendo ao Estado garanti-la 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 (art. 196). Dessa forma, é dever do poder público prover as condições e as garantias para o exercício do direito individual e coletivo à saúde, com a ressalva de que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (art. 2º, parágrafo 2º da Lei Nº 8.080/90). A responsabilidade sanitária é comum às três esferas de gestão do SUS - federal, estadual e municipal, e deve ser desempenhada por meio da formulação, financiamento e gestão de políticas de saúde que respondam às necessidades sanitárias, demográficas e sócio-culturais das populações e superem as iniquidades existentes. Nesse sentido, o caráter ético-político da ação sanitária em saúde do trabalhador compreende o entendimento de que o objetivo e a justificativa da intervenção é a melhoria das condições de trabalho e saúde. Refere-se ao compromisso ético, que devem assumir gestores e profissionais de saúde nas ações desenvolvidas, tanto no que diz respeito à dignidade dos trabalhadores, ao direito à informação fidedigna, ao sigilo, no que couber, das informações relativas ao seu estado de saúde e a sua individualidade, quanto em relação ao direito de conhecimento sobre o processo e os resultados das intervenções sanitárias, e de participação, inclusive na tomada de decisões.

6. A incorporação do princípio da precaução nas ações de saúde do trabalhador considera que, por precaução, medidas devem ser implantadas visando prevenir danos à saúde dos trabalhadores, mesmo na ausência da certeza científica formal da existência de risco grave ou irreversível à saúde. Busca, assim, prevenir possíveis agravos à saúde dos trabalhadores causados pela utilização de processos produtivos, tecnologias, substâncias químicas, equipamentos e máquinas, entre outros. Requer, na tomada de decisão em relação ao uso de determinadas tecnologias, que o ônus da prova científica passe a ser atribuído aos proponentes das atividades suspeitas de danos à saúde e ao ambiente.

7. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98). Apresenta como características gerais:

- O caráter transformador: a Vigilância em Saúde do Trabalhador constitui um processo pedagógico que requer a participação dos sujeitos e implica em assumir compromisso ético em busca da melhoria dos ambientes e processos de trabalho. Dessa maneira, a ação de VISAT deve ter caráter proponente de mudanças e de intervenção sobre os fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

- A importância das ações de promoção, proteção e prevenção: partindo do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, esta Política deve fomentar a substituição de matérias primas, de tecnologias e de processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos. As práticas de intervenção em VISAT devem orientar-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

- Interdisciplinaridade: a abordagem multiprofissional sobre o objeto da vigilância em saúde do trabalhador deve contemplar os saberes técnicos, com a concorrência de diferentes áreas do conhecimento e, fundamentalmente, o saber dos trabalhadores, necessários para o desenvolvimento da ação.

- Pesquisa-intervenção: o entendimento de que a intervenção, no âmbito da vigilância em saúde do trabalhador, é o deflagrador de um processo contínuo, ao longo do tempo, em que a pesquisa é sua parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção.

- Articulação intrasetorial: a Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se articular com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

- Articulação intersetorial: deve ser compreendida como o exercício da transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais, como Previdência, Trabalho e Meio Ambiente, e aquelas relativas ao desenvolvimento econômico e social, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

- Pluriinstitucionalidade: articulação, com formação de redes e sistemas no âmbito da vigilância em saúde e com as universidades, os centros de pesquisa e demais instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente.

8. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intra e intersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. A articulação intra e intersetorial deve buscar a adoção de estratégias que viabilizem a inserção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores nas políticas, públicas e privadas, mediante a garantia da participação do setor saúde/saúde do trabalhador na definição das políticas setoriais e intersetoriais. A indissociabilidade entre produção, trabalho, saúde e ambiente compreende que a saúde dos trabalhadores, e da população geral, está intimamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos recursos naturais e seus impactos no meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Nesta perspectiva, o princípio da precaução deve ser incorporado como norteador das ações de promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis, especialmente nas questões relativas à sustentabilidade socioambiental dos processos produtivos. Isto implica na adoção do conceito de sustentabilidade socioambiental, como integrador de políticas públicas, incorporando nas políticas de desenvolvimento social e econômico o entendimento de que a qualidade de vida e a saúde envolvem o direito de trabalhar e viver em ambientes saudáveis e com dignidade, e ao mesmo tempo, evitando o aprofundamento das iniquidades e das injustiças sociais. A dignidade no trabalho refere-se à garantia da manutenção de relações éticas e de respeito nos locais de trabalho, o reconhecimento do direito dos trabalhadores à informação, à participação e à livre manifestação. Compreende também o entendimento da defesa e da promoção da qualidade de vida e da saúde como valores absolutos e universais.

9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, incluindo ações de promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. Cumpre ressaltar que esta Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como componente estruturante a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de forma articulada com os demais componentes da Vigilância em Saúde e, especialmente, com a Atenção Primária à Saúde. A organização da atenção e o planejamento das ações de saúde do trabalhador devem contemplar as especificidades dos perfis das atividades produtivas e da população trabalhadora, considerando os problemas de saúde deles advindos, e sua distribuição nos territórios, em coerência à análise da situação de saúde dos trabalhadores.

10. Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde:

- Considerando que a vigilância em saúde do trabalhador compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, tradicionalmente reconhecida como vigilância epidemiológica; intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos, fica clara a existência de interfaces com os demais componentes da vigilância em saúde.

- Frequentemente os riscos advindos dos processos produtivos extrapolam os limites dos ambientes de trabalho e atingem, em maior ou menor grau, as comunidades e populações no entorno, ou até de locais mais distantes. Por outro lado, problemas de saúde, endemias e epidemias que atingem a população geral também afetam grupos de trabalhadores ou locais de trabalho específicos. Assim, pode-se observar certa superposição de ambientes, lugares e pessoas, que resultam na confluência de objetos e campos de atuação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e de saúde do trabalhador, incluindo o papel das redes, nacional e estadual, de laboratórios de saúde pública e dos setores responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das informações em saúde.

- O fortalecimento da capacidade de atuação e das competências técnicas e legais da vigilância em saúde do trabalhador e a integração das práticas entre as vigilâncias são, portanto, estratégicas para a obtenção de melhores resultados na proteção da saúde dos trabalhadores.

- Por outro lado, considerando a integralidade do cuidado e seu papel estruturante no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, cabe também à Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de ações de VISAT, em seu âmbito de atuação e complexidade, e conforme o perfil produtivo e da população trabalhadora em seu território. Para viabilizar essas ações é fundamental a integração das vigilâncias com a Atenção Primária à Saúde.

- A nova política nacional de atenção básica preconiza a inserção de profissionais especializados como uma possibilidade de apoio matricial a ser desenvolvido pelo NASF, conforme sua nova regulamentação, o que demanda a articulação entre as equipes técnicas envolvidas nas ações de saúde do trabalhador.

11. Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores: o conhecimento da situação de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção e sistematização das informações existentes em diversas fontes de dados e de interesse para o desenvolvimento das políticas de saúde do trabalhador, envolvendo o conhecimento sobre o perfil das atividades produtivas, da população trabalhadora, a realidade do mundo do trabalho, e a análise do perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e de outros indicadores sociais, nos territórios. A análise da situação de saúde dos trabalhadores visa subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores nas diversas esferas de gestão do SUS, assim como servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas e privadas, das empresas, dos trabalhadores e seus sindicatos, contribuindo inclusive na revisão, atualização e proposição de normas técnicas e legais. Para tal, as informações devem ser oportunas, fidedignas, inteligíveis e de fácil acesso.

12. Considerando o princípio de que a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo em que estes níveis de atenção se estabelecem com a lógica operacional da hierarquização e da regionalização, deve-se buscar o seu funcionamento enquanto rede solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento.

13. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde (APS):

A Atenção Primária em Saúde é ordenadora da Rede de Atenção à Saúde do SUS, conforme consta na Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Neste sentido, as equipes da APS e de saúde do trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A ação da APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Assim, cabe à APS considerar sempre que os territórios são espaços sócio-políticos dinâmicos, com trabalhadores residentes e não residentes, executando atividades produtivas e de trabalho em locais públicos e privados, peri e intradomiciliares.

14. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência:

Os pontos de atenção às urgências e emergências constituem lócus privilegiado para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador). Dada a frequência e gravidade desses casos, que são de notificação compulsória, aumenta a importância estratégica deste nível de atenção à saúde do SUS, possibilitando, a partir da notificação, o desencadeamento de medidas de prevenção e controle nos ambientes e locais de trabalho. Desse modo, a articulação desta Política com a Política Nacional de Urgência e Emergência e com a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e seus desdobramentos nos estados e municípios, são estratégicos para a garantia da integralidade da atenção à saúde do trabalhador.

15. Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar):

Considerando a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde, os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede, conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região.

16. Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial:

- A atuação intersetorial é pressuposto constituinte da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e condição para a obtenção de impactos positivos na intervenção nos determinantes das condições de saúde e trabalho.

- Deve ser entendida como a "... articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, saberes, poderes e vontades, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". (Rede Unida)

- Sua prática possibilita o estabelecimento de estratégias de planejamento conjunto e articulado entre as políticas públicas, de modo a garantir a transversalidade das questões de saúde do trabalhador, de forma complementar, cooperativa e solidária.

- A intersetorialidade permite o estabelecimento de espaços compartilhados entre instituições e setores de governos e entre diferentes esferas de governo - federal, estadual e municipal, que atuam na produção da saúde, na formulação, implementação e acompanhamento de políticas, públicas e privadas, que possam ter impacto sobre a saúde da população. Nos estados e municípios envolve órgãos dos governos locais, estaduais e municipais, estruturas derivadas dos ministérios que atuam nas regiões, tais como Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego

(SRTE), Superintendências Regionais do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e unidades descentralizadas da Fundacentro, Ministério Público, universidades, centros de pesquisas, entre outros.

17. Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social:

- O fortalecimento e a ampliação da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, na formulação, no planejamento, na gestão e no desenvolvimento das políticas e das ações em saúde do trabalhador, devem considerar as configurações do mundo do trabalho, as mudanças nos processos produtivos e na estrutura sindical, e o crescimento das relações informais e precárias de trabalho.

- Isso requer a busca de alternativas para a ampliação da representação dos trabalhadores nas instâncias de participação e controle social. Dessa forma, além dos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas organizações sindicais, sugerem-se esforços que equacionem a participação de outras representações sociais que congreguem os trabalhadores de setores da economia informal, de produção agrícola, pescadores, comunidades tradicionais, trabalhadores rurais sem terra, quilombolas, trabalhadores autônomos e outros; dos empregadores; de grupos sociais e movimentos ambientalistas; com vistas à identificação de soluções e compromissos que favoreçam a promoção e a proteção da saúde de todos os trabalhadores.

- A participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social em saúde do trabalhador deve ser concebida como parte do controle social do SUS e deve estar em consonância com os princípios e diretrizes da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

18. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

- A capacitação dos profissionais para o desenvolvimento das ações em saúde do trabalhador tem importância estratégica na operacionalização desta Política. Esta qualificação deverá considerar a necessidade de harmonização dos conceitos e valores, e de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas de saúde das equipes multiprofissionais nas três esferas de gestão do SUS, de modo a operar efetivamente como redes de atenção solidárias e compartilhadas e na perspectiva de viabilização de apoio institucional e matricial.

- Esse processo - abrangendo as esferas cognitivas e das competências, habilidades e atitudes - deverá proporcionar a preparação de profissionais, em quantidade suficiente, envolvendo a qualificação nas dimensões da gestão, planejamento e acompanhamento, da vigilância de agravos e dos ambientes e processos de trabalho, da assistência (diagnóstico, tratamento e reabilitação), da produção de informações e comunicação em saúde e da organização dos serviços. Entre as habilidades a serem incentivadas, figura a de permanente diálogo com as demais instituições responsáveis pelas ações de saúde dos trabalhadores, os trabalhadores e os empregadores, para que se efetive o controle social.

19. Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador

- O financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, conforme o disposto na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990. Por isso, o desenvolvimento da PNST no SUS deve ser garantido através das fontes de financiamento do próprio sistema de saúde, devendo ser contemplada de modo adequado e permanente nos orçamentos de saúde da União, Estados, Municípios e DF, além de outras fontes.

- As ações de saúde do trabalhador, a serem desenvolvidas conforme esta Política é as políticas estadual e municipal de saúde, deverão contar com a respectiva previsão orçamentária, definida nos planos e nas programações anuais de saúde, nas três esferas de gestão do SUS.

- Para a garantia do financiamento, as ações de promoção e vigilância, de atenção à saúde do trabalhador, de educação permanente, entre outras, devem ser incluídas nos planos de saúde com especificação das respectivas necessidades orçamentárias e financeiras em cada um dos blocos de financiamento do SUS, conforme legislação específica, uma vez que as ações de saúde do trabalhador devem ser executadas por todos os pontos da rede, conforme a complexidade e densidade tecnológica de cada uma delas.

ANEXO XVI

Regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Origem: PRT MS/GM 122/2012)

Art. 1º Fica aprovado o regulamento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Art. 2º Ficam definidas as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º)

Parágrafo Único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º)

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 4º As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1029/2014)

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) destes, obrigatoriamente, deverão estar entre aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I)

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, a)

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, I, b)

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) destes, obrigatoriamente, deverão estar aqueles descritos na alínea "a" abaixo e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas "a" e "b" a seguir: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II)

a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, a)

b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, II, b)

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, III)

Art. 5º As eCR poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º)

I - enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, I)

II - psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, II)

III - assistente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, III)

IV - terapeuta ocupacional; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IV)

V - médico; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, V)

VI - agente social; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VI)

VII - técnico ou auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VII)

VIII - técnico em saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, VIII)

IX - cirurgião dentista; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, IX) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

X - profissional/professor de educação física; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, X) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

XI - profissional com formação em arte e educação. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, XI) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1029/2014)

§ 1º Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de 2 (dois) profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 2º)

§ 3º As equipes de saúde da família que atendam pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para eCR, respeitados os parâmetros de adstrição de clientela e de composição profissional previstos para cada modalidade. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 4º No caso do § 3º, as eCR poderão ser contabilizadas no numero de equipes matriciadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 5º O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º)

I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, I)

II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, II)

III - dispensação de insumos de proteção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, III)

IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, IV)

V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 7º, V)

§ 8º Os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 8º)

§ 9º O técnico em saúde bucal da eCR será supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família (ESF) ou a outra equipe de atenção básica da área correspondente à área de atuação da eCR ou da UBS mais próxima da área de atuação, conforme definição do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 9º)

§ 10. A equipe de que trata o §9º também será responsável pelo atendimento da população e pela programação de atividades em conjunto com o técnico em saúde bucal da eCR. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 10)

§ 11. A supervisão do cirurgião-dentista, de que trata o § 9º, direta ou indireta, será obrigatória em todas as atividades realizadas pelo técnico em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 4º, § 11)

§ 12. As equipes dos Consultórios na Rua, Modalidade III ou Modalidade II, que tenham perdido 1 (um) ou mais profissionais por um período superior a 60 (sessenta) dias, serão consideradas, temporariamente, para fins de repasse financeiro, como Modalidade II ou Modalidade I, de acordo com os seguintes critérios a serem observados no SCNES: (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1922/2013)

I - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade I, sendo a mesma composta por 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) profissionais de nível médio; (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, a)

II - a soma das cargas horárias semanais dos membros da eCR deverá acumular, no mínimo, 180 (cento e oitenta) horas semanais para ser considerada temporariamente como Modalidade II, sendo a mesma composta por 3 (três) profissionais de nível superior e 3 (três) profissionais de nível médio. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 3º, § 12, b)

Parágrafo Único. O horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º As eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ressalvada a possibilidade das equipes enquadradas na Modalidade III optarem por profissional médico com carga horária semanal de 30 (trinta) horas ou por 2 (dois) médicos com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1922/2013)

Art. 7º Para cálculo do número máximo de eCR financiados pelo Ministério da Saúde por Município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficias e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º)

§ 1º O número de eCR por município será publicado em portaria específica da SAS/MS, de acordo com os censos populacionais vigentes relacionados à população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O parâmetro adotado será de uma eCR a cada 80 (oitenta) a 1.000 (um mil) pessoas em situação de rua, conforme faixas estabelecidas no Anexo 1 do Anexo XVI . (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 8º As eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, dentre outros, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 7º)

Art. 9º O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º)

Parágrafo Único. O veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 9º, Parágrafo Único)

Art. 10. Para implantação, credenciamento e liberação do financiamento das eCR, os municípios e o Distrito Federal seguirão os processos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para implantação das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 10)

Art. 11. O Ministério da Saúde publicará manual e documentos de apoio com vistas a auxiliar a implementação das eCR, disponibilizando-os no endereço eletrônico dab.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Art. 11)

CAPÍTULO II
DOS CRITÉRIOS DE CÁLCULO DO NÚMERO MÁXIMO DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA (ECR) POR MUNICÍPIO

Art. 12. Este Capítulo define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 1º)

Art. 13. Para o cálculo do número máximo de eCR por município serão considerados os seguintes dados: (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º)

I - para municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo DAB/SAS/MS; e (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, I)

II - para os municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, II)

Parágrafo Único. Os municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 14. Os 92 (noventa e dois) Consultórios de Rua existentes no País quando da publicação da Portaria nº 123/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, não serão considerados para efeito da contagem do número máximo de eCR por município. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º)

Parágrafo Único. Nos municípios onde houver Consultório de Rua, ele será somado ao número máximo de eCR obtido pelo cálculo definido neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 15. Observados os critérios de cálculo estabelecidos neste Capítulo, a relação completa do número máximo de eCR admitido por município será publicada no endereço eletrônico do DAB/SAS/MS, em www.saude.gov.br/dab. (Origem: PRT MS/GM 123/2012, Art. 4º)

CAPÍTULO III
DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Art. 16. Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, com a seguinte composição de representantes titulares: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º)

I - representantes de órgãos e entidades públicas: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, a)

b) 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, e)

f) 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, I, f)

II - representantes de entidades da Sociedade Civil Organizada: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II)

a) 3 (três) representantes do Movimento Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, a)

b) 2 (dois) representantes da Organização Médicos Sem Fronteiras, no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, b)

c) 2 (dois) representantes da Pastoral Nacional da População de Rua; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, c)

d) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, d)

e) 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 1º, II, e)

Art. 17. Constituem atribuições do Comitê Técnico de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º)

I - propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, II)

III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, IV)

V - colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, V)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo será realizada pelo representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e, na sua ausência ou impedimentos eventuais, por seu suplente. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º O Comitê poderá convidar entidades ou pessoas do setor público e privado, que atuem profissionalmente em atividades relacionadas ao tema, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance de seus objetivos. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A designação dos componentes do Comitê, titulares e respectivos suplentes, será feita mediante ato do titular da SGEP/MS, após a indicação dos órgãos e entidades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 2º, § 3º)

Art. 18. As reuniões ordinárias ocorrerão com frequência mínima de 3 (três) vezes ao ano. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 3º)

Art. 19. Os componentes do Comitê Técnico de Saúde de que trata este Capítulo não receberão nenhuma remuneração para o seu exercício, sendo considerado trabalho de relevante interesse social. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 4º)

Art. 20. O Comitê definirá, em sua primeira reunião, o cronograma de trabalho e sua agenda de atividades. (Origem: PRT MS/GM 3305/2009, Art. 5º)

ANEXO 1 DO ANEXO XVI

Número de Consultórios de Rua por Cidade (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 1)

Número de Consultórios de Rua por Cidade

Região	Estado	Município	nº CR
CENTRO OESTE	DF	Brasília	3
	GO	Anápolis	1
		Aparecida de Goiânia	1
		Goiânia	4
	MG	Cuiabá	1
	MT	Várzea Grande	1
	MS	Corumbá	1
		Ponta Porã	1
NORTE	AC	Rio Branco	1
	AM	Manacapuru	1
		Manaus	1
	AP	Macapá	1
	PA	Belém	1
		Santarém	1
	RO	Porto Velho	1
NORDESTE	AL	Maceió	4
	BA	Salvador	4
	CE	Fortaleza	3
	MA	Imperatriz	1
	PB	Campina Grande	1
		João Pessoa	2
	PE	Camaragibe	1
		Olinda	1
		Paulista	1
		Recife	1
	PI	Teresina	1
	RN	Natal	1
SUDESTE	ES	Serra	1
		Vila Velha	1
		Vitória	1
	MG	Barbacena	1
		Belo Horizonte	2
		Janaúba	1
		Juiz de Fora	1
		Montes Claros	1
		Uberaba	1
		Uberlândia	1

	RJ	Duque de Caxias	1
		Itaboraí	1
		Macaé	1
		Niterói	1
		Nova Iguaçu	1
		Resende	1
		Rio de Janeiro	2
	SP	Campinas	2
		Diadema	2
		Embu	1
		Guarulhos	2
		Jundiaí	1
		Osasco	1
		Ribeirão Preto	1
		Santos	1
		São Bernardo do Campo	1
		São José do Rio Preto	1
		São José dos Campos	1
		São Paulo	2
		Sorocaba	1
		Suzano	1
SUL	PR	Cascavel	1
		Curitiba	1
		Maringá	1
	RS	Caxias do Sul	1
		Pelotas	1
		Porto Alegre	2
		Uruguaiana	1
		Viamão	1
	SC	Blumenau	1
		Criciúma	1
		Florianópolis	1
		Joinville	1
TOTAL			92

ANEXO 2 DO ANEXO XVI

Número de equipes em função da população em situação de rua (Origem: PRT MS/GM 122/2012, Anexo 2)

Número de equipes em função da população em situação de rua

FAIXA	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	Nº DE EQUIPES
1	80 - 1000	1
2	1001 - 2000	2
3	2001 - 3000	3
4	3001- 4000	4
5	4001- 5000	5
6	5001- 6000	6
7	6001- 7000	7
8	7001- 8000	8
9	8001- 9000	9
10	9001- 10000	10
11	10001 -11000	11
12	11001 -12000	12
13	12001 - 13000	13
14	13001 - 14000	14
15	14001- 15000	15
16	15001 - 16000	16

ANEXO XVII

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (Origem: PRT MS/GM 1082/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Este Anexo define as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 1º)

Art. 2º Para fins do disposto neste Anexo, consideram-se as seguintes definições: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º)

I - adolescente em conflito com a lei: aquele que cometeu algum ato infracional e que cumpre medida socioeducativa em meio aberto ou fechado, em situação de privação de liberdade, conforme definido na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, I)

II - medida socioeducativa em meio aberto: aquela cumprida na forma de prestação de serviço à comunidade e de liberdade assistida, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, II)

III - privação de liberdade: cumprimento de medida socioeducativa de internação, de internação provisória e de semiliberdade, conforme definido no Estatuto da Criança e do Adolescente; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, III)

IV - Plano Operativo: documento que tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, descrevendo-se as atribuições e compromissos entre as esferas estadual e municipal de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, IV)

V - Plano de Ação Anual: documento elaborado anualmente que contém os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 2º, V)

Art. 3º A execução de medidas socioeducativas privativas de liberdade é de responsabilidade da Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, cabendo às Secretarias Municipais de Assistência Social as medidas em meio aberto. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º Ao adolescente em conflito com a lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, será garantida a atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, nas três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 4º)

Seção I

Dos Princípios
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 5º A organização das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será realizada de acordo com os seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º)

I - respeito aos direitos humanos e à integridade física e mental dos adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, I)

II - enfrentamento ao estigma e preconceito; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, II)

III - respeito à condição peculiar dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, III)

IV - garantia do acesso universal e integralidade na Rede de Atenção à Saúde, observando-se o princípio da incompletude institucional; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, IV)

V - reafirmação da responsabilidade sanitária da gestão de saúde nos municípios que possuem unidades socioeducativas em seu território; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, V)

VI - atenção humanizada e de qualidade a esta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VI)

VII - permeabilidade das instituições socioeducativas à comunidade e ao controle social; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VIII)

VIII - organização da atenção à saúde, com definição das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população adolescente em conflito com a lei. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 5º, VII)

Seção II

Dos Objetivos
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 6º A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 6º)

Art. 7º São objetivos específicos da PNAISARI: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º)

I - ampliar ações e serviços de saúde para adolescentes em conflito com a lei, em especial para os privados de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, I)

II - estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas para o cuidado dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, II)

III - incentivar a articulação dos Projetos Terapêuticos Singulares elaborados pelas equipes de saúde aos Planos Individuais de Atendimento (PIA), previstos no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), de modo a atender as complexas necessidades desta população; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, III)

IV - promover o acesso aos cuidados em saúde a essa população, sem quaisquer tipos de constrangimentos no acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, IV)

V - garantir ações da atenção psicossocial para adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, V)

VI - priorizar ações de promoção da saúde e redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VI)

VII - promover a reinserção social dos adolescentes e, em especial, dos adolescentes com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 7º, VII)

Seção III
Da Organização
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 8º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados os seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º)

I - promoção da saúde e prevenção de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, I)

II - ações de assistência e reabilitação da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, II)

III - educação permanente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 8º, III)

Art. 9º Na organização da atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei serão contemplados: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º)

I - o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, I)

II - a saúde sexual e a saúde reprodutiva; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, II)

III - a saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, III)

IV - a saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, IV)

V - a prevenção ao uso de álcool e outras drogas; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, V)

VI - a prevenção e controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VI)

VII - a educação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VII)

VIII - os direitos humanos, a promoção da cultura de paz e a prevenção de violências e assistência às vítimas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 9º, VIII)

Art. 10. A atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei será organizada e estruturada na Rede de Atenção à Saúde, garantindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10)

I - na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I)

a) as principais ações relacionadas à promoção da saúde, ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial, à prevenção e ao controle de agravos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, a)

b) as ações relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, com foco na ampla garantia de direitos; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, b)

c) o acompanhamento do pré-natal e a vinculação ao serviço para o parto das adolescentes gestantes, com atenção especial às peculiaridades advindas da situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, c)

d) o aleitamento materno junto às adolescentes, sobretudo às adolescentes puérperas e mães em situação de privação de liberdade, seguindo-se as diretrizes da Rede Cegonha; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, d)

e) os cuidados de saúde bucal; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, e)

f) o desenvolvimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, f)

g) a articulação com a RAPS, inclusive por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para possibilitar avaliações psicossociais que visem à identificação de situações de sofrimento psíquico, transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para a realização de intervenções terapêuticas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, g)

h) o desenvolvimento dos trabalhos com os determinantes sociais de saúde relacionados às vulnerabilidades pessoais e sociais desta população, além de outras ações que efetivamente sejam promotoras da saúde integral dos adolescentes em conflito com a lei; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, I, h)

II - na Atenção Especializada e Atenção às Urgências e Emergências: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II)

a) o acesso à assistência de média e alta complexidade na rede de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, a)

b) a implementação de estratégias para promoção de cuidados adequadas nos componentes ambulatorial especializado e hospitalar, considerando-se as especificidades de abordagem desta clientela e os agravos decorrentes da institucionalização; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, b)

c) o acesso aos cuidados em saúde nos pontos de atenção da Rede de urgência e Emergência, de modo a preservar suas especificidades; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, c)

d) acesso a Serviço Hospitalar de Referência, em caso de necessidade, para atenção aos adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com o oferecimento de suporte hospitalar por meio de internações de curta duração, respeitando-se as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os acolhendo em regime de curta permanência. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, II, d)

§ 1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 10, § 2º)

CAPÍTULO III
DA ATENÇÃO À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III)

Art. 11. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, ou seja, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, em função de suas características peculiares de maior vulnerabilidade, seguirá critérios e normas específicos constantes deste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 11)

Art. 12. A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12)

§ 1º Todas as unidades socioeducativas terão como referência uma equipe de saúde da Atenção Básica, conforme atribuições constantes do Anexo 1 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Nas situações em que houver equipe de saúde dentro da unidade socioeducativa, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência articular-se-á com a mesma para, de modo complementar, inserir os adolescentes na Rede de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 2º)

§ 3º Toda equipe de saúde existente dentro de unidade socioeducativa será cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 12, § 3º)

Art. 13. Para a atenção em saúde mental de adolescentes em situação de privação de liberdade, a equipe de saúde da Atenção Básica de referência para esta população poderá ser acrescida de: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13)

I - 1 (um) profissional de saúde mental, para atenção à unidade socioeducativa com população até 40 (quarenta) adolescentes; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, I)

II - 2 (dois) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população entre 41 (quarenta e um) e 90 (noventa) adolescentes; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, II)

III - 3 (três) profissionais de saúde mental, para atenção à unidade ou complexo socioeducativo com população, excepcionalmente, acima de 90 (noventa) adolescentes. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, III)

§ 1º Para fins do disposto neste artigo, compreende-se como profissionais de saúde mental médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, sendo necessário que os três últimos tenham especialização em saúde mental. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 1º)

§ 2º As equipes de Atenção Básica, sempre que possível, serão multiprofissionais, compondo-se com pelo menos 1 (um) psicólogo ou médico psiquiatra em cada equipe de saúde da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º Os profissionais de saúde mental que compuserem as equipes de saúde da Atenção Básica responsáveis pelas ações de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade deverão ser cadastrados no SCNES da equipe de saúde da Atenção Básica de referência, com possibilidade de serem vinculados ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 13, § 3º)

Seção I
Das Atribuições da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 14. A implementação da atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade ocorrerá com a participação conjunta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios onde se localizar a unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14)

Parágrafo Único. Os entes federativos mencionados no "caput" incluirão a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade nos seus respectivos planejamentos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. A Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizarem as unidades socioeducativas, em conjunto e em articulação com a Secretaria Estadual gestora do Sistema Socioeducativo, organizarão o provimento de ações contínuas para a atenção à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade na Rede de Atenção existente e conforme diretrizes contidas no Capítulo V da Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que institui o Sinase. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 15)

Art. 16. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16)

I - coordenar e apoiar a implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, I)

II - participar do financiamento tripartite para a atenção integral à saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, II)

III - prestar assessoria técnica aos estados, Distrito Federal e municípios no processo de discussão e implementação dos Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, III)

IV - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base os Planos Operativos e Planos de Ação, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, IV)

V - elaborar e disponibilizar diretrizes assistenciais a serem implementadas pelas unidades do sistema socioeducativo e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, V)

VI - padronizar as normas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde nas unidades de internação e internação provisória do sistema socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VI)

VII - apoiar tecnicamente o Ministério dos Direitos Humanos no planejamento e implementação das atividades relativas à criação ou melhoria da infraestrutura dos estabelecimentos de saúde das unidades de internação, compreendendo-se instalações físicas e equipamentos; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VII)

VIII - elaborar conteúdos mínimos de capacitação dos profissionais das equipes de saúde das unidades de internação e internação provisória, das redes de saúde e intersetoriais no âmbito da educação permanente a ser disponibilizada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 16, VIII)

Art. 17. Compete aos Estados, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17)

I - apoiar os municípios na implementação da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, I)

II - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, II)

III - apoiar e participar da elaboração e execução dos Planos Operativos e Planos de Ação Municipais, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, em consonância com o Plano Estadual de Atendimento Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, III)

IV - inserir no seu planejamento anual e no Plano Estadual de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IV)

V - apoiar e incentivar a inserção da população adolescente em conflito com a lei e a privada de liberdade nos programas e políticas da saúde promovidas pelo Estado e municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, V)

VI - apoiar tecnicamente o desenvolvimento das ações previstas no Plano de Ação Anual dos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VI)

VII - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VII)

VIII - participar da organização da referência e contrarreferência para a prestação da assistência de média e alta complexidade em parceria com a gestão municipal de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, VIII)

IX - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, IX)

X - prestar assessoria técnica aos Municípios no processo de discussão e implantação dos Planos Operativos e Planos de Ação Anuais; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, X)

XI - monitorar e avaliar a implementação das ações constantes no Plano de Ação Anual em conjunto com os Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 17, XI)

Art. 18. Compete aos Municípios, por intermédio das respectivas Secretarias de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18)

I - instituir Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), em articulação com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo, para a implementação e acompanhamento da PNAISARI; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, I)

II - elaborar e executar o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual, conforme Anexos 2 e 3 do Anexo XVII , em parceria com a Secretaria de Saúde Estadual e a Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, II)

III - inserir no seu planejamento anual e no Plano Municipal de Saúde as ações previstas no Plano de Ação de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de Privação de Liberdade; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, III)

IV - participar do financiamento tripartite das ações e serviços previstos neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IV)

V - inserir a população adolescente em conflito com a lei nos programas e políticas da saúde promovidas pelo município; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, V)

VI - garantir o abastecimento de medicamento e insumos de acordo com a com as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e e Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VI)

VII - capacitar as equipes de saúde das unidades de internação, internação provisória e semiliberdade, conforme pactuação tripartite; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VII)

VIII - monitorar, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas, tendo como base o Plano Operativo e o Plano de Ação Anual; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, VIII)

IX - participar da elaboração de diretrizes assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias de medidas socioeducativas e pelos serviços referenciados vinculados ao SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, IX)

X - inserir os adolescentes no processo de Cadastramento dos Usuários do SUS do município. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 18, X)

Art. 19. Ao Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, competem os direitos e obrigações reservados às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 19)

Art. 20. O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo, previstos na Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20)

Parágrafo Único. O Plano Operativo de que trata o "caput" tem prazo de validade de 4 (quatro) anos, e deve, ao final deste período, ser reapresentado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente e à Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ/DAPES/SAS/MS), nos moldes dispostos no Anexo 2 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 20, Parágrafo Único)

Art. 21. O Plano de Ação Anual deve ser apresentado por cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual de que trata o "caput" deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. A Secretaria de Saúde dos Estados, em casos excepcionais, poderá elaborar Plano Operativo e assumir a gestão das ações de atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade de Município localizado em seu território, mediante pactuação na CIB. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 22)

Seção II
Das Atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 23. Compete ao GTI instituído no âmbito do estado ou do município: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23)

I - a elaboração de Plano Operativo, conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, I)

II - a elaboração de Plano de Ação Anual, com definição das ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII ; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, II)

III - o acompanhamento e monitoramento da efetiva implementação da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, III)

IV - realização de diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, IV)

§ 1º Poderão integrar o GTI de que trata o "caput" representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º)

I - Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, a)

II - Secretaria Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, b)

III - Secretaria gestora do Sistema Socioeducativo em âmbito local; (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, c)

IV - unidades socioeducativas; e (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, d)

V - outras instituições e conselhos estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 1º, e)

§ 2º Constará no Plano Operativo a indicação da Secretaria de Saúde do ente federativo responsável pela gestão das ações de saúde para os adolescentes em situação de privação de liberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 2º)

§ 3º Dar-se-á ciência do Plano Operativo ao Conselho de Saúde e à CIB ou, quando for o caso, a Comissão Intergestores Regional (CIR). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 3º)

§ 4º O Plano Operativo deverá ser aprovado no Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 4º)

§ 5º A elaboração do Plano de Ação Anual deverá conter as ações de saúde e as metas físicas para o ano de exercício por município, conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 23, § 5º)

Seção III
Do Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 24. O ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade fará jus a incentivo financeiro de custeio, que será instituído e pago pelo Ministério da Saúde, para o desenvolvimento dessas ações junto às unidades socioeducativas de internação, internação provisória e semiliberdade. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24)

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de custeio de que trata o "caput" será instituído e regulamentado em ato específico do Ministro de Estado da Saúde e repassado em parcelas mensais e iguais pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 24, Parágrafo Único)

Art. 25. Para habilitar-se ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para os entes federativos responsáveis pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, o ente federativo interessado deverá atender às disposições do Anexo XVII, que redefine a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), e apresentar à CGSAJ/DAPES/SAS/MS os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º)

I - Plano Operativo elaborado conforme modelo constante do Anexo 2 do Anexo XVII ; e (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, I)

II - Plano de Ação Anual elaborado conforme modelo constante do Anexo 3 do Anexo XVII . (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, II)

§ 1º O Plano Operativo de que trata o inciso I do caput deverá ser encaminhado à CIB e, quando couber, à CIR para ciência, e aprovado pelo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, antes de ser enviado à CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os documentos de que tratam este artigo deverão ser encaminhados à CGSAJ/DAPES/SAS/MS por meio físico, pelos correios. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Plano Operativo e o Plano de Ação Anual serão documentos orientadores para a execução das fases de implementação da PNAISARI, assim como para o repasse de recursos, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 3º, § 3º)

Art. 26. A CGSAJ/DAPES/SAS/MS avaliará se a documentação de que trata o art. 25, encaminhada pelo ente federativo interessado, está correta e atende as exigências da PNAISARI, podendo aprova-la ou não. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º)

Parágrafo Único. Aprovada a documentação de que trata o "caput", será publicado ato específico do Ministro de Estado da Saúde com a relação dos entes federativos contemplados, as unidades socioeducativas beneficiadas e os valores que serão repassados mensalmente para cada unidade socioeducativa. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 27. O monitoramento e a avaliação da implementação da PNAISARI serão realizados por meio de sistemas de informação oficiais da saúde e do Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25)

Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que trata o "caput" serão realizados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 25, Parágrafo Único)

Art. 28. O monitoramento e avaliação da implantação e implementação da PNAISARI serão realizados pelo controle das equipes de saúde de referência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), pelo acompanhamento do Plano de Ação Anual e visitas técnicas "in loco", além de outros instrumentos que serão construídos pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º)

§ 1º O repasse do incentivo financeiro de custeio será suspenso nos casos em for constatada equipe de referência incompleta, pela ausência de profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista e/ou de saúde mental, por período superior a 60 (sessenta) dias. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 1º)

§ 2º O repasse do incentivo financeiro de custeio também será suspenso caso sejam constatadas outras irregularidades na implantação e implementação da PNAISARI, a critério da CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 2º)

§ 3º A suspensão de que trata os §§ 1º e 2º será mantida até a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 5º, § 3º)

Art. 29. O monitoramento da implantação e implementação da PNAISARI não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1083/2014, Art. 6º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1082/2014, CAPÍTULO V)

Art. 30. Os casos não previstos neste Anexo, relativos à atenção à saúde em favor dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, serão analisados pela CGSAJ/DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 26)

Art. 31. As ações de saúde previstas neste Anexo serão integrados aos Planos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, observada a legislação local específica. (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Art. 27)

ANEXO 1 DO ANEXO XVII
Atribuições das Equipes de Referência em Saúde e Responsabilidades Setoriais Interfederativas (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 1)

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA EM SAÚDE E RESPONDABILIDADES SETORIAIS INTERFEDERATIVAS

1. Atribuições das equipes de referência em saúde

As equipes de referência em saúde preconizadas nesta Portaria integram a organização da Atenção Básica no SUS. Além de cumprir os princípios constitucionais e legais, a opção decorre do fato de que as Equipes de Atenção Básica detêm responsabilidade sanitária pela população residente nas unidades socioeducativas do seu território adstrito.

As equipes de referência devem seguir as atribuições indicadas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011).

Nesse sentido, ainda que haja equipe de saúde lotada e atuando somente dentro da unidade socioeducativa, é de fundamental importância que se garanta uma referência na rede de atenção à saúde pública externa a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS.

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade.

O registro das condições clínicas e de saúde dos adolescentes deve fazer parte do Plano Individual de Atendimento (PIA), que deve ser acompanhado e avaliado periodicamente pela equipe multidisciplinar que os acompanha.

Ao compor o PIA, dados relativos às ações e avaliações em saúde desenvolvidas ou matriciadas pela equipe responsável também serão a base para os relatórios encaminhados ao juiz de execuções, bem como as suas modificações, que subsidiarão as decisões judiciais.

É importante, ainda, que a equipe de referência em saúde acompanhe a implementação das proposições do SINASE, que afetam direta e indiretamente a qualidade de vida e a produção de saúde da população.

1.1 Das atribuições específicas e do processo de trabalho dos profissionais de Saúde Mental

Os profissionais de saúde mental que integrarão as equipes de saúde de referência para o socioeducativo têm papel estratégico na garantia da produção de saúde dos adolescentes dessas instituições.

A inclusão de profissionais de saúde mental para atuarem junto às equipes de saúde se justifica em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização, da necessidade de tratamento adequado aos adolescentes com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e da demanda de acompanhamento psicossocial, conforme indicação dada pelos arts. 60 e 64 da Lei nº 12.594, de 18/01/2012.

Sabe-se que nos contextos de privação de liberdade é comum a existência de problemas que afetam a saúde mental em diversas ordens, inclusive com relação ao uso de álcool e outras drogas. É importante esclarecer que isso não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros.

As tecnologias desenvolvidas no campo da saúde mental podem contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada nas unidades socioeducativas. As chamadas "tecnologias leves" referem-se ao desenvolvimento de vínculos, ao acolhimento de demandas com escuta qualificada, ao trabalho de produção de saúde mental com os adolescentes internos e com as equipes responsáveis pelo cuidado, assim como a atenção a aspectos da dinâmica institucional que são produtores de adoecimento psíquico.

Toda a lógica de trabalho dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis pelas ações de saúde elencadas nestas diretrizes é baseada na estratégia do matriciamento. Isso significa que esses profissionais não têm como prioridade o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário. Seu papel principal é o matriciamento das ações de saúde mental junto às equipes da saúde e do socioeducativo.

Por matriciamento entende-se: i) discussão de casos clínicos; ii) participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, integrado ao PIA; iii) atendimento psicossocial conjunto com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; iv) colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde necessários; v) agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; vi) realização de visitas domiciliares conjuntas.

São atribuições dos profissionais de saúde mental e da equipe de saúde:

1) Realização de análise da situação de saúde mental da população socioeducativa para o planejamento das intervenções;

2) Articulação das redes de saúde e intersetorial disponíveis no território para atenção à saúde mental dos adolescentes;

3) Avaliação psicossocial dos adolescentes com indícios de transtorno mental e/ou agenciamento dos casos que dela necessitem na Rede de Atenção à Saúde;

4) Elaboração de estratégias de intervenção em saúde mental, em conjunto com a equipe de saúde responsável e a equipe do socioeducativo, a partir das demandas mais prevalentes;

5) Desenvolvimento de ações e articulação com a rede para atenção à saúde e cuidados com as equipes que atendem às unidades socioeducativas;

6) Fomento a discussões sobre a medicalização dos problemas de saúde mental no sistema socioeducativo;

7) Incentivo a intervenções e discussões sobre a dinâmica institucional para a produção de saúde mental no sistema socioeducativo;

8) Contribuir nas discussões sobre a desinstitucionalização de adolescentes com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

9) Provisão de subsídios para o Plano Individual de Atendimento (PIA) do adolescente;

10) Promoção do seguimento do cuidado em saúde mental dos adolescentes após o cumprimento da medida socioeducativa.

ANEXO 2 DO ANEXO XVII

Plano Operativo (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 2)

PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo tem por objetivo estabelecer diretrizes para a implantação e implementação de ações de saúde que incorporem os componentes da Atenção Básica, média e alta complexidade com vistas a promover, proteger e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória. Descreve as atribuições e compromissos entre as esferas municipal e estadual de saúde e da gestão do sistema socioeducativo estadual na provisão dos cuidados em saúde dos adolescentes.

O Plano Operativo integra e é parte complementar dos Planos de Atendimento Socioeducativo e, portanto, deve estar de acordo com as proposições neles inscritas. Tem prazo de 4 (quatro) anos, devendo, ao final deste período ser reapresentado nas instâncias previstas no art. 16, III desta Portaria. Posto isso, deve conter:

1. Apresentação

- Contextualização dos sistemas socioeducativo e de saúde para atenção a adolescentes e jovens no Município/Estado;

- Deve conter a média anual de adolescentes internados por unidade socioeducativa do Município/Estado;

- Indicação do Grupo de Trabalho intersetorial responsável pela elaboração do Plano Operativo.

2. Diagnóstico da situação de saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade

- Informações gerais sobre as condições de saúde da população adolescente em situação de privação de liberdade socioeducativa, com indicação dos principais agravos encontrados;

- Diagnóstico sobre as condições sanitárias, de saneamento e outras estruturais que afetam a salubridade na unidade socioeducativa;

- Informações sobre a organização do serviço de saúde, no âmbito físico, de processos e procedimentos com descrição dos ambientes disponíveis na Unidade socioeducativa, se houver.

3. Coordenação das Ações de Saúde:

Descrição de como as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria Gestora do Sistema Socioeducativo, irão coordenar o processo de implantação das diretrizes e de como pretendem gerir o Plano Operativo, com explicitação de competências e atribuições.

4. Equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa:

- Informações sobre a Rede de Atenção á Saúde disponível no território;

- Indicação do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal, de referência em saúde para cada unidade socioeducativa do município;

- Para o caso da equipe responsável ser do socioeducativo (atuação dentro das unidades): informações sobre a composição, carga horária e órgão responsável pelo contrato da equipe de saúde responsável pelo desenvolvimento do Plano de Ação nas unidades socioeducativas do município;

- Indicação do(s) profissional(is) de Saúde Mental que comporá(ão) a equipe de saúde de referência, com a(s) respectiva(s) carga horária.

- Indicação dos números do CNES referentes à unidade socioeducativa que possuir estabelecimento de saúde (código 109).

- Indicação do número atual de profissionais de saúde existentes em cada unidade socioeducativa.

5. Fluxo e contrafluxo do cuidado com adolescentes nos pontos de atenção à saúde

- Indicação dos serviços de Atenção Básica, média e alta complexidade que serão referências para a atenção integral aos adolescentes de cada unidade socioeducativa, respeitadas as pactuações de articulação e conectividade da Rede de Atenção à Saúde;

- Indicação da organização de fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

- Indicação de fluxos e compromissos intersetoriais para atenção à saúde mental de adolescentes;

- Quando necessário, podem ser considerados os serviços de saúde de referência da Região de Saúde pactuada por estados e municípios.

6. Assistência Farmacêutica e Insumos

- Estabelecimento dos fluxos de abastecimento de medicamentos e insumos destinados à atenção à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade. Programação para recebimento dos materiais;

- Indicação de responsabilidades e compromissos entre as esferas federativas para o suprimento das necessidades farmacêuticas;

- Fluxo para dispensação e administração de medicamentos.

7. Parcerias governamentais e não-governamentais previstas:

Apresentação das parcerias já existentes e as necessárias/fundamentais para a atenção à saúde integral de adolescentes em situação de privação de liberdade constantes no Plano de Ação, com as respectivas atribuições acordadas.

8. Financiamento:

Explicitação das participações de cada uma das Secretarias envolvidas e de outras instituições parceiras no financiamento para a realização do Plano de Ação e implementação das diretrizes:

9. Acompanhamento e Avaliação do Plano Operativo

- Descrição de como a Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como as secretarias gestoras do sistema socioeducativo - por meio do grupo gestor - farão o acompanhamento e avaliação da atenção à saúde dos adolescentes;

- Indicação dos responsáveis pela coleta de informações e envio de dados consolidados, de acordo com o monitoramento proposto;

- Indicação de como os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e os Conselhos de Saúde acompanharão a implementação do Plano Operativo.

ANEXO 3 DO ANEXO XVII

Plano de Ação (Origem: PRT MS/GM 1082/2014, Anexo 3)

PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação Anual deve conter os compromissos firmados anualmente entre gestores da saúde, do socioeducativo e equipe de referência em saúde para atenção aos adolescentes em regime de internação e internação provisória. As ações de saúde e as metas físicas previstas no Plano de Ação Anual deverão ser atualizadas segundo necessidades em saúde da população socioeducativa.

Cada Município onde se localiza a Unidade Socioeducativa de Internação, Internação Provisória e/ou Semiliberdade deve elaborar e desenvolver um Plano de Ação anual.

O planejamento anual deve ter a participação, sempre que possível, das equipes responsáveis pela atenção à saúde dos adolescentes. Modelo de Plano de Ação

I) Identificação do Município;

II) Identificação das Unidades Socioeducativas (USE):

a) nome das USE;

b) média de adolescentes atendidos no último ano

c) Indicação das equipes responsáveis pelo desenvolvimento das ações de saúde (equipe de atenção básica - incluindo os profissionais de saúde mental - e equipe de saúde da USE, quando houver) em cada USE do município, com o respectivo número do CNES;

III) Indicação dos principais agravos de saúde dos adolescentes no ano anterior: diagnóstico situacional de saúde;

IV) Indicação das ações a serem desenvolvidas em todas as unidades:

Linhas de Ação	Ação	Meta	Responsável
A)	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial		
B)	Saúde Sexual e Saúde Reprodutivos		
C)	Saúde bucal		
D)	Saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas		
E)	Prevenção e Controle de agravos		
F)	Educação em Saúde		
G)	Direitos Humanos, Promoção da Cultura de Paz, prevenção de violências e assistência a vítimas		

V - Assinatura pelo gestor municipal/estadual de saúde e gestor do sistema socioeducativo

ANEXO XVIII

Regulamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014 (Origem: PRT MS/GM 482/2014)

Art. 1º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014, observará o disposto neste Anexo.

CAPÍTULO I

DAS NORMAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL (PNAISP) NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 2º Ficam instituídas as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 1º)

Art. 3º Os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional e o funcionamento dos serviços, classificando-se em 3 (três) faixas: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º)

I - unidades prisionais que contenham até 100 (cem) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, I)

II - unidades prisionais que contenham de 101 (cento e um) a 500 (quinhentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 20 (vinte) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, II)

III - unidades prisionais que contenham de 501 (quinhentos e um) a 1200 (um mil e duzentos) custodiados: serviço de saúde com funcionamento mínimo de 30 (trinta) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Os serviços de saúde no sistema prisional observarão as normas sanitárias e de arquitetura penal vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 4º Os serviços de saúde de que trata o art. 3º serão prestados por equipes multiprofissionais, denominadas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), constituídas nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º)

I - para unidades com até 100 (cem) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I)

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, a)

b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, I, b)

II - para unidades que mantêm entre 101 (cento e um) até 500 (quinhentos) custodiados: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II)

a) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, a)

b) Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, II, b)

III - para unidades que mantêm entre 501 (quinhentos e um) até 1200 (um mil e duzentos) custodiados: Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, III)

§ 1º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º)

I - 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, I)

II - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, II)

III - 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, III)

IV - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, IV)

V - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 1º, V)

§ 2º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental terá a composição definida no § 1º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º)

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, I)

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 2º, II, f)

§ 3º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II terá composição mínima de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º)

I - 1 (um) assistente social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, I)

II - 1 (um) cirurgião-dentista; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, II)

III - 1 (um) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, III)

IV - 1 (um) médico; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, IV)

V - 1 (um) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, V)

VI - 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - 1 (um) profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, d)

e) nutrição; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, e)

f) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, f)

g) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 3º, VIII, g)

§ 4º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental terá a composição definida no § 3º deste artigo, acrescida no mínimo de: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º)

I - 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, I)

II - 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II)

a) assistência social; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, a)

b) enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, b)

c) farmácia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, c)

d) fisioterapia; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, d)

e) psicologia; ou (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, e)

f) terapia ocupacional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 4º, II, f)

§ 5º A Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III terá a mesma composição da Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, definida no §4º deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 5º)

§ 6º A classificação dos serviços de saúde previstos no art. 3º, para cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), será consignada em ato específico do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 6º)

§ 7º Os profissionais das ESP serão cadastrados no SCNES com as seguintes cargas horárias: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º)

I - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo I e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental, cada profissional cumprirá 6 (seis) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, I)

II - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo II e Equipes de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, II)

III - para as equipes de Atenção Básica Prisional tipo III, cada categoria profissional cumprirá carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais, ficando a critério do gestor de saúde distribuir a carga horária de cada profissional de modo que não seja inferior a 10 (dez) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 7º, III)

§ 8º Para serviço de saúde que referencie população acima de 1200 (um mil e duzentos) custodiados, a Equipe de Saúde no Sistema Prisional Tipo III será acrescida de profissionais de acordo com o incremento do número de custodiados, observando-se os critérios do art. 3º e a composição apresentada no Anexo 2 do Anexo XVIII . (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 8º)

§ 9º Os serviços de saúde no sistema prisional devem estar integrados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município em que estiver localizado o estabelecimento prisional. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 9º)

§ 10. Poderão ser alocados profissionais da rede local do SUS para a composição de Serviços e das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), desde que devidamente cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 10)

§ 11. Para a constituição de serviços de saúde que referenciem unidades prisionais com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade, a gestão e a assistência à saúde serão preferencialmente dos municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 11)

§ 12. Em unidades com até 100 (cem) pessoas privadas de liberdade que assistam preferencialmente pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, é recomendada a habilitação de Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II ou Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com saúde mental, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 3º, § 12)

Art. 5º Uma vez aprovada a documentação apresentada, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico de habilitação com indicação do serviço de saúde e a(s) unidade(s) prisional(is) referenciada(s) do ente federativo apto ao recebimento do incentivo financeiro de custeio mensal e o respectivo valor contemplado, segundo os parâmetros fixados nos Anexos VI, VII e VIII da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 6º)

Art. 6º O monitoramento e a avaliação dos serviços e das ações de saúde ofertadas pelas ESP dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º)

Parágrafo Único. O registro dos procedimentos das ações de saúde dos serviços será realizado no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), quando estiver aderido/implantado nos estados, Distrito Federal e municípios. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 7º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima nos casos em que for constatada, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta e/ou da auditoria do Ministério da Saúde ou do Ministério da Justiça e Segurança Pública ou da Secretaria Estadual de Saúde ou da Secretaria Estadual de Justiça, ou órgão congênere, ou ainda dos órgãos de controle competentes ou órgãos de fiscalização e monitoramento no âmbito da justiça criminal, qualquer uma das seguintes situações: (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º)

I - ausência, por um período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no art. 4º; (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, I)

II - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, II)

III - ausência de alimentação de dados no sistema de informação definidos pelo Ministério da Saúde, por 90 (noventa) dias consecutivos. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, III)

§ 1º A suspensão será mantida até que o gestor de saúde responsável informe ao Ministério da Saúde a adequação das irregularidades identificadas. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O gestor de saúde terá prazo máximo de 90 (noventa) dias consecutivos, após recebimento de notificação pela SAS/MS, para demonstrar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput". (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 2º)

§ 3º Para fins do disposto no § 2º, o Ministério da Saúde, após verificar a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", providenciará o restabelecimento do repasse dos recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 3º)

§ 4º Caso não demonstrada pelo gestor de saúde a regularização do cumprimento dos requisitos de que trata os incisos do "caput", o Ministério da Saúde providenciará a desabilitação do serviço, por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 4º)

§ 5º O gestor de saúde poderá solicitar nova habilitação, a qualquer tempo, do serviço desabilitado, desde que cumpridas as exigências constantes nas normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS. (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 9º, § 5º)

Art. 8º O monitoramento de que tratam as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no SUS não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Art. 13)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE PRISIONAL

Art. 9º Fica instituído o Comitê de Especialistas em Saúde Prisional, de caráter consultivo, com a finalidade de assessorar as ações de saúde prisional. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 1º)

Art. 10. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será composto por membros que representam os segmentos do poder público, da comunidade científica e da sociedade, oriundos de instituições públicas e privadas envolvidas em atividades de pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º)

§ 1º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, os mesmos deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terão mandato de 2 (dois) anos consecutivos, sendo que 1/3 (um terço) do total dos membros poderá ser reconduzido a mais um mandato. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação no Comitê de Especialistas em Saúde Prisional é considerada atividade de relevante interesse para o Ministério da Saúde e não será remunerada. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 2º, § 3º)

Art. 11. Compete ao Comitê de Especialistas em Saúde Prisional: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º)

I - contribuir na formulação da política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico, abrangendo o desenvolvimento de vacinas, microbicidas, medicamentos, insumos de prevenção, diagnóstico e monitoramento; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, I)

II - assessorar a Área de Saúde Prisional no acompanhamento, formulação, implementação e avaliação da sua agenda nacional de pesquisa, bem como nas estratégias de projetos específicos para o desenvolvimento tecnológico, de saúde mental, social, de educação para a saúde e de direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, II)

III - estimular a adequada incorporação dos resultados das pesquisas ao processo de tomada de decisão pelos diferentes níveis de governo, promovendo a melhoria da oferta e da qualidade dos serviços de saúde prisional, da reinserção social e dos direitos humanos; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, III)

IV - analisar e acompanhar projetos de pesquisa em áreas prioritárias e contribuir para a expansão da pesquisa nacional, a proteção aos direitos de propriedade intelectual e o respeito aos princípios éticos nos projetos submetidos à sua apreciação; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, IV)

V - contribuir para o fortalecimento da ética na pesquisa em estabelecimentos prisionais, conforme estabelecido em instrumentos normativos do Conselho Nacional de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 3º, V)

Art. 12. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional será coordenado pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS) com o apoio do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça e Segurança Pública (DEPEN/MJ), que terá as seguintes competências: (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º)

I - coordenar as reuniões do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, I)

II - indicar um técnico da área para desenvolver atividades necessárias ao funcionamento do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, II)

III - encaminhar atas e relatórios para apreciação do Secretário de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, III)

IV - submeter à apreciação Departamento de Ações Programáticas Estratégias/SAS/MS as recomendações oriundas das reuniões ordinárias e extraordinárias. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 4º, IV)

Art. 13. Os membros do Comitê de Especialistas em Saúde Prisional serão designados por portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 5º)

Art. 14. O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional reunir-se-á ordinariamente ou extraordinariamente, quando convocado pelo seu coordenador, com cronograma pactuado previamente entre os membros. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º)

§ 1º Os membros poderão deixar de integrá-lo a qualquer tempo a pedido do membro integrante ou a critério dos demais membros, mediante formalização da solicitação de desligamento feita pelo Coordenador do comitê ao DAPES/SAS/MS. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 1º)

§ 2º O Comitê de Especialistas em Saúde Prisional terá seu trabalho normatizado por Regimento Interno. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 6º, § 2º)

Art. 15. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em local a ser definido por decisão do coordenador. (Origem: PRT MS/GM 2613/2012, Art. 7º)

CAPÍTULO III

DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 16. Fica instituído no âmbito do SUS, o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º)

§ 1º O serviço referido no "caput" é parte da estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 1º)

§ 2º O serviço referido no "caput" é composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP). (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 1º, § 2º)

Art. 17. É considerada beneficiária do serviço consignado neste Capítulo a pessoa que, presumidamente ou comprovadamente, apresente transtorno mental e que esteja em conflito com a Lei, sob as seguintes condições: com inquérito policial em curso, sob custódia da justiça criminal ou em liberdade; ou, com processo criminal, e em cumprimento de pena privativa de liberdade ou prisão provisória ou respondendo em liberdade, e que tenha o incidente de insanidade mental instaurado; ou em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança; ou, com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 2º)

Art. 18. O Grupo Condutor Estadual, consignado na Portaria Interministerial nº 1/MS-MJ, de 2 de janeiro de 2014 que institui a PNAISP, deverá elaborar uma estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, e contribuir para a sua implementação. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º)

Parágrafo Único. Para a elaboração e implementação da estratégia estadual referida no "caput" desse artigo o Grupo Condutor Estadual deverá constituir comissão de trabalho específica podendo contar com a participação de representantes do Tribunal de Justiça, do Ministério Público Estadual, da Defensoria Pública Estadual, da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congênere, de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congênere e de Direitos Humanos ou congênere. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 19. A EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e terá as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º)

I - realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei nº 10.216, de 2001, e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS); (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, I)

II - identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, II)

III - estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, III)

IV - contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, IV)

V - acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, V)

VI - apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VI)

VII - contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos

das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, VII)

§ 1º Os procedimentos da EAP terão, preferencialmente, caráter de agendamento regulado e serão requisitados: pela Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local; pela equipe de saúde no sistema prisional (ESP); por determinação judicial; por requerimento apresentado pelo Ministério Público ou representante da pessoa beneficiária; por iniciativa dos serviços de referência para realização do PTS ou da própria EAP, desde que previamente acordado com as instâncias responsáveis pela custódia e/ou pela medida terapêutica destinada à pessoa a ser avaliada/acompanhada e com a devida comunicação à Coordenação da PNAISP, em âmbitos estadual ou local. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As avaliações decorrentes dos incidentes de insanidade mental deverão respeitar o caráter de urgência e as singularidades de cada caso, não podendo exceder a 30 (trinta) dias, a contar da data da sua instauração pelo judiciário. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Recomenda-se que o PTS seja elaborado pelo serviço de referência da rede, contando com subsídios da EAP, envolvendo, sempre que possível, a pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e suas referências familiares e comunitárias, visando à construção de correponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 3º)

§ 4º A EAP realizará um trabalho integrado com a área de atenção psicossocial da respectiva gestão e poderá articular-se com os Grupos de Monitoramento, e Fiscalização do Sistema Carcerário (GMFs), no âmbito dos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal, para identificação de pessoas com transtorno mental, em unidades de custódia, potencialmente destinatários de medidas terapêuticas, conhecimento dos aspectos jurídico-administrativos dos processos, para melhor integração das práticas inerentes à justiça criminal e à PNAISP e direcionamento de formas de atenção segundo as premissas consignadas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 4º)

§ 5º O encaminhamento do beneficiário ao serviço de referência, na RAS, observará o caráter de agendamento regulado, podendo ser também realizado emergencialmente, de acordo com necessidade definida pela EAP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 4º, § 5º)

Art. 20. O serviço, com carga horária semanal mínima de 30 (trinta) horas, deve ser constituído por equipe interdisciplinar, composta por 5 (cinco) profissionais, e com as seguintes formações em nível superior: 1 (um) Enfermeiro; 1 (um) Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental; 1 (um) Psicólogo ; 1 (um) Assistente Social ; e 1 (um) profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, preferencialmente Educação, Terapia Ocupacional ou Sociologia. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 5º)

Art. 21. A coordenação do serviço disposta neste Capítulo é de responsabilidade do gestor estadual da saúde, podendo haver pactuações especificas nas instâncias colegiadas. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 6º)

Art. 22. O cadastramento do serviço consignado neste Capítulo e respectivos profissionais será realizado por meio do SCNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A classificação desse serviço, para cadastramento no CNES, será estabelecida em norma própria. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 23. Cabe ao gestor responsável pelo serviço ora disposto definir as condições de ambiência e organizacionais para que a EAP realize suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 8º)

Art. 24. Para habilitação do serviço disposto neste Capítulo, a unidade federativa proponente deve observar os seguintes critérios básicos: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º)

I - apresentar Termo de Adesão, de acordo com o modelo constante no Anexo 3 do Anexo XVIII ; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, I)

II - apresentar Plano de Ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, conforme modelo constante no Anexo 4 do Anexo XVIII ; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, II)

III - cadastrar o serviço e a equipe no CNES. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, III)

§ 1º O serviço poderá ser constituído em unidades federativas qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) ou à PNAISP. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O Estado ou Distrito Federal terá um prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da habilitação do seu primeiro serviço, para apresentação do Plano de Ação para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 9º, § 2º)

Art. 25. A habilitação do serviço consignado neste Capítulo será promovida pelo Ministério da Saúde, com a publicação de portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 10)

Art. 26. Os procedimentos referentes ao serviço disposto nesta norma serão incluídos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e serão objeto de Portaria específica do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 12)

Art. 27. O monitoramento e avaliação do serviço disposto nesta norma dar-se-ão pelo registro dos procedimentos nos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde conforme critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais vigentes. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 13)

Art. 28. Para implantação e funcionamento do serviço disposto neste Capítulo, compete: (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14)

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, orientar o processo de planejamento e implantação do serviço e da estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, bem como financiar, monitorar e avaliar cada serviço constituído; (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, I)

II - ao estado ou Distrito Federal, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, propor a estratégia estadual para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, fomentar e apoiar o funcionamento do Grupo Condutor da PNAISP, cofinanciar, gerir, monitorar e avaliar o serviço, bem como articular à RAS, do SUAS e demais programas de direitos de cidadania; e (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, II)

III - ao município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, propiciar a realização do projeto terapêutico singular endereçado ao seu território, articulando os dispositivos das redes de atenção à saúde sob sua gestão, da assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania sob sua responsabilidade. (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Art. 14, III)

ANEXO 1 DO ANEXO XVIII

Modelo de termo de habilitação dos serviços e equipes em saúde no sistem prisional (ESP) (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 4)

MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL (ESP)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS

MODELO DE TERMO DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS E EQUIPES EM SAÚDE NO SISTEM PRISIONAL (ESP)

A Secretaria Estadual de Saúde de _____, CNPJ_____, a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária (ou congênere) de _____, CNPJ_____, e a Secretaria Municipal de Saúde de _____, CNPJ_____, (quando for o caso) solicitam habilitação do serviço para atenção à saúde da pessoa privada de liberdade no sistema prisional, caracterizado a seguir:

a) População privada de liberdade referenciada pelo serviço:

NOME DA UNIDADE DE CUSTÓDIA/ENDEREÇO	PROVISÓRIOS		CONDENADOS A PENA DE PRISÃO		MEDIDAS DE SEGURANÇA		TOTAL	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
TOTAL								

b) Quantidade de Recursos Humanos disponíveis por unidade de saúde prisional referenciada: Nome da Unidade de Custódia: _____

ÁREA DE ATUAÇÃO	TOTAL
Médico	
Médico Psiquiatra ou Médico com experiência em Saúde Mental	
Cirurgião Dentista	
Assistente Social	
Psicólogo	
Enfermeiro	
Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	
Técnico de Higiene Bucal/Auxiliar de Saúde Bucal	
Outros Profissionais de Nível superior (Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Nutricionista, Farmacêutico ou Enfermeiro)	
Demais trabalhadores em serviços penais/ segurança pública que atuam na(s) unidade(s) referenciada(s)	

Quando for o caso, acrescentar quadros referentes às outras unidades prisionais referenciadas pelo serviço a ser habilitado.

_____,___de _____ de 20__. (Local e data)

Secretaria Estadual de Saúde

Secretaria de Administração Penitenciária (ou assemelhado)

Secretaria Municipal de Saúde (quando for o caso)

ANEXO 2 DO ANEXO XVIII

Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados (Origem: PRT MS/GM 482/2014, Anexo 5)

Tabela de composição de um serviço habilitado, por número de custodiados referenciados

População referenciada por um serviço	Quantidade de equipes a serem habilitadas, em um serviço, por tipo		
	I	II	III
1-100	1	0	0
101-500	0	1	0
501-1200	0	0	1
1201-1300	1	0	1
1301-1700	0	1	1
1701-2400	0	0	2
2401-2500	1	0	2
2501-2900	0	1	2
2901-3600	0	0	3
3601-3700	1	0	3
3701-4100	0	1	3
4101-4800	0	1	4
4801-4900	1	0	4
4901-5300	0	1	4
5301-6000	0	0	5
6001-6100	1	0	5
6101-6500	0	1	5
6501-7200	0	0	6
7201-7300	1	0	6
7301-7700	0	1	6
7701-8400	0	0	7
8401-8500	1	0	7
8501-8900	0	1	7
8901-9600	0	0	8

ANEXO 3 DO ANEXO XVIII

Termo de adesão para implantação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 1)

TERMO DE ADESÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

O Estado _____ (ou Distrito Federal), por meio da Secretaria Estadual de Saúde, CNPJ nº. _____ com sede _____ _____CEP _____, pessoa jurídica de direito público interno, firma o presente Termo de Adesão para implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), sob o Código CNES _____, ativado em ___/____/_____, localizado em _____, assumindo os encargos e responsabilidades previstos na Portaria nº de de 2014, garantindo a seguinte abrangência sócio-territorial: __ Estadual __ Município (os) - especificar _____ Secretaria de Estado da Saúde

ANEXO 4 DO ANEXO XVIII

Plano de ação para estratégia para redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (Origem: PRT MS/GM 94/2014, Anexo 2)

PLANO DE AÇÃO PARA ESTRATÉGIA PARA REDIRECIONAMENTO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

1.Problematização e contextualização - descrever, sinteticamente, a problemática pertinente ao sistema de justiça criminal e as pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei, no estado ou Distrito Federal.

2.Caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de assistência social e demais programas para garantia de direitos de cidadania, no estado ou Distrito Federal, e no território de abrangência de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei planejado.

3.Caracterização da comissão de trabalho específica instituída pelo Grupo Condutor Estadual consignado na Portaria nº de de 2014, conforme art. 3º desta portaria.

4.Os critérios de avaliação e acompanhamento levarão em consideração os seguintes indicadores:

INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS A PARTIR DA INSTALAÇÃO

	1º semestre	2º semestre	3º semestre	4º semestre
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei atendidas pela EAP em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência.				
Proporção de Projetos Terapêuticos Singulares acompanhados, em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei do território de referência				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança sob cuidados do SUS em meio aberto em relação ao número total de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei em cumprimento de medidas de segurança no território de referência.				
Proporção de pessoas com transtorno mental em conflito com a Lei que cumpriam medidas de segurança em unidades do sistema de justiça criminal, efetivamente desinternadas, em relação ao número total no território de referência.				
Proporção de pareceres produzidos e acatados pelo sistema de justiça, em relação ao número de incidentes de insanidade mental				
Definir outros indicadores, de acordo com as singularidades locais				

5. Caracterização de cada serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei a ser constituído:

a) endereço principal;

b) Caracterização da infraestrutura alocada para funcionamento; e

c) Descrição da forma de organização e gestão.

6. Programação da aplicação dos recursos do Incentivo federal e formas de financiamento participativo pelo estado ou Distrito Federal;

7. Cronograma de ações gerais para o biênio.

ANEXO XIX

Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo 1 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 1º)

Art. 2º A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) articulará no âmbito do Ministério Saúde, junto às suas Secretarias e seus órgãos vinculados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Art. 2º)

Art. 3º Fica instituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2629/2014, Art. 1º)

Art. 4º Fica aprovado o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), nos termos do Anexo 2 do Anexo XIX . (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Art. 1º)

ANEXO 1 DO ANEXO XIX

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Origem: PRT MS/GM 992/2009, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Capítulo I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

1. Princípios Gerais

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, art. 194).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 1988, art. 1o, inc. II e III), do repúdio ao racismo (BRASIL, 1988, art. 4o, inc. VIII), e da igualdade (BRASIL, art. 5o, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (BRASIL, 1988, art. 3o, inc. IV).

Reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, constantes da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie"; b) a integralidade da atenção, "entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, art. 7o, inc. I, II, IV IX).

A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da "participação da comunidade" (BRASIL, 1990a, art. 7o, inciso VIII) e principal objeto da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu as conferências e conselhos de saúde como órgãos colegiados de gestão do SUS, com garantia de participação da comunidade (BRASIL, 1990b).

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/03, que criou a SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2006).

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente.

2. Marca

Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Capítulo II

DAS DIRETRIZES GERAIS E OBJETIVOS

1. Diretrizes Gerais:

I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;

II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;

III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;

IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;

V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e

VI - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

2. Objetivo Geral

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

3. Objetivos Específicos:

I - garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

II - garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;

III - incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

IV - identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;

V - aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;

VI - melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;

VII - identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

VIII - definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;

IX - monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

X - incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;

XI - monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e

XII - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Capítulo III

DAS ESTRATÉGIAS E RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

1. Estratégias de Gestão(*):

I - implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão;

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais;

III - fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei;

IV - estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas;

V - fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social;

VI - fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VII - qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios;

VIII - articulação e fortalecimento das ações de atenção às pessoas com doença falciforme, incluindo a reorganização, a qualificação e a humanização do processo de acolhimento, do serviço de dispensação na assistência farmacêutica, contemplando a atenção diferenciada na internação;

IX - inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

X - incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar;

XI - implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, nos Estados e Municípios, conforme a Portaria MS/GM no 936, de 19 de maio de 2004, como meio de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte, traumas ou incapacitação por causas externas (BRASIL, 2004a);

XII - elaboração de materiais de informação, comunicação e educação sobre o tema Saúde da População Negra, respeitando os diversos saberes e valores, inclusive os preservados pelas religiões de matrizes africanas;

XIII - fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços e ações de saúde;

XIV - garantia da implementação da Portaria Interministerial MS/SEDH/SEPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004, que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, no que diz respeito à promoção da equidade (BRASIL, 2004b);

XV - articulação desta Política com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial MS-MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003b);

XVI - articulação desta Política com as demais políticas de saúde, nas questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra;

XVII - apoio técnico e financeiro para a implementação desta Política, incluindo as condições para: realização de seminários, oficinas, fóruns de sensibilização dos gestores de saúde; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social; e

XVIII - estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e

à atenção e cuidado em saúde.

2. Responsabilidades das Esferas de Gestão

2.1. Gestor Federal:

I - implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - garantia da inclusão desta Política no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual - PPA setorial;

IV - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

V - garantia da inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS;

VI - identificação das necessidades de saúde da população negra e cooperação técnica e financeira com os estados, o Distrito Federal e os municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos;

VII - apoio técnico e financeiro para implantação e implementação de instâncias de promoção de equidade em saúde da população negra no Distrito Federal, nos estados e nos municípios;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - adoção do processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde integral da população negra, garantindo tecnologias adequadas;

X - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

XI - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XII - definição de ações intersetoriais e pluri-institucionais de promoção da saúde integral da população negra, visando à melhoria dos indicadores de saúde dessa população;

XIII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XIV - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XV - estabelecimento de parcerias governamentais e não- governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde integral da população negra no âmbito do SUS;

XVI - estabelecimento e revisão de normas, processos e procedimentos, visando à implementação dos princípios da equidade e humanização da atenção e das relações de trabalho; e

XVII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.2 Gestor Estadual:

I - apoio à implementação desta Política em âmbito nacional;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde, em âmbito estadual;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial estadual, em consonância com as realidades locais e regionais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância estadual de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - apoio à implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde da população negra;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

X - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XI - apoio aos processos de educação popular em saúde, referentes às ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XIII - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e

XIV - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

2.3 Gestor Municipal

I - implementação desta Política em âmbito municipal;

II - definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

IV - garantia da inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

V - identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

VI - implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII - estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

VIII - garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX - articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;

X - fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XI - elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII - apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

XIII - instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

ANEXO 2 DO ANEXO XIX

Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1)

Art. 1º Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) tem por finalidade assessorar tecnicamente o Ministério da Saúde dentro das seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º)

I - acompanhar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para negras e negros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, Plano Plurianual, Plano Operativo, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, II)

III - colaborar para a pactuação de propostas de intervenção com foco na promoção da equidade racial em saúde nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, III)

IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, IV)

V - participar do acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas do Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 1º, V)

Art. 2º CTSPN é composto por representantes, titular e suplente, dos seguintes órgãos, entidades e áreas de conhecimento: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I)

a) 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, a)

b) 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, b)

c) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, c)

d) 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, e)

f) 1 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, I, f)

II - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do segmento de usuários e componente da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra (CISPN/CNS); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Secretaria-Geral da Presidência da República (SG/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, IX)

X - 10 (dez) representantes do movimento social negro, atuantes no campo da saúde da população negra; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, X)

XI - 5 (cinco) representantes de especialistas, com conhe- cimento e atuação na área de saúde da população negra. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, XI)

§ 1º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, de que tratam os incisos X e XI do "caput", serão indicados pela SGEP/MS, após resposta a convite a eles encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 2º)

§ 3º A participação das entidades ou órgãos de que tratam os incisos IV, V, VII, VIII, IX, X e XI do "caput" será formalizada após resposta a convite a elas encaminhado pelo Secretário da SGEP/MS, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Os representantes suplentes substituirão os titulares em seus impedimentos eventuais ou permanentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 4º)

§ 5º O representante da SGEP/MS exercerá a coordenação do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 5º)

§ 6º A ausência, sem justificativa, a duas reuniões consecutivas do CTSPN determina a exclusão do membro e seu substituto, cabendo à SGEP/MS providenciar nova representação do órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 6º)

§ 7º A composição do CTSPN será renovada a cada 2 (dois) anos com a possibilidade de uma recondução por igual período. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 7º)

§ 8º Os órgãos e entidades referidos de que trata o "caput" poderão solicitar, a qualquer tempo, por intermédio da Coordenação do CTSPN, a substituição dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 2º, § 8º)

Art. 3º CTSPN funcionará por meio de reuniões plenárias, comissões especiais de trabalho e mecanismos de consulta. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º)

§ 1º As reuniões contarão com a participação dos membros titulares do CTSPN ou, na sua ausência, pelos respectivos suplentes, e serão realizadas preferencialmente em Brasília, ordinariamente 3 (três) vezes ao ano, e extraordinariamente, a qualquer tempo, mediante convocação da Coordenação do CTSPN ou da maioria absoluta de seus membros titulares. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O plenário do CTSPN será instalado na data e horário previstos na convocação, com um prazo de tolerância de 15 (quinze) minutos, independentemente do número de presentes. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O Comitê procurará formular propostas consensuais no âmbito de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º A pauta das reuniões plenárias será composta da seguinte maneira: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º)

I - socialização de informações consideradas relevantes para o interesse geral do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, I)

II - aprovação da memória executiva da reunião anterior visando ao monitoramento dos encaminhamentos eventualmente existentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, II)

III - desenvolvimento dos temas principais, incluindo as discussões e encaminhamentos correspondentes; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, III)

IV - concessão da palavra aos integrantes do Comitê para breves comunicados ou manifestações, observada a disponibilidade de tempo e a ordem dos trabalhos; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, IV)

V - preparação de esboço da pauta referente à próxima reunião ordinária. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, V)

Parágrafo Único. A pauta da reunião plenária poderá ser excepcionalmente alterada pela Coordenação por motivos de urgência ou relevância ou por consenso da maioria simples dos representantes do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º Ao término de cada reunião, será encaminhada a lista de presença dos representantes do CTSPN, assim como a memória executiva, contendo o registro sucinto da reunião, com suas demandas e encaminhamentos. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 5º)

Art. 6º Compete ao coordenador da CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º)

I - representar o CTSPN ou indicar representante nos atos e lugares que se fizerem necessários; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, I)

II - conduzir e supervisionar as atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, II)

III - convocar, coordenar e garantir as condições necessárias às reuniões da Plenária do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, III)

IV - convocar e coordenar reuniões preparatórias do seg- mento de representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde no CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IV)

V - instituir, organizar e prover as condições necessárias às comissões especiais de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, V)

VI - indicar, em comum acordo com o CTSPN, represen- tantes para participar de atividades ou comissões; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VI)

VII - solicitar estudos e pareceres aos representantes do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VII)

VIII - promover debates relacionados com os temas alvo das atribuições do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, VIII)

IX - articular com as áreas técnicas na busca de garantir os objetivos do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, IX)

X - expedir as declarações de participação aos interessados, sempre que requerido; e (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, X)

XI - apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSPN) nos estados, municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 6º, XI)

Art. 7º Compete aos membros do CTSPN: (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º)

I - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, I)

II - apresentar proposições sobre assuntos de interesse da saúde da população negra; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, II)

III - integrar comissões especiais de trabalho e colaborar com a execução das atividades do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, III)

IV - propor a convocação de reuniões extraordinárias ou a instituição de comissões especiais de trabalho, a serem acatadas sempre por maioria simples do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, IV)

V - realizar estudos e pareceres acerca das questões so- licitadas pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, V)

VI - desempenhar outras atribuições que lhe forem desig- nadas por consenso ou pela coordenação do CTSPN; (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VI)

VII - apoiar, monitorar e avaliar a implementação da PNSPN nos Estados, Municípios e Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 7º, VII)

Art. 8º O CTSPN contará com o apoio administrativo e financeiro da SGEP/MS, responsável pela operacionalização de todas as suas atividades. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 8º)

Art. 9º A elaboração das alterações deste Regimento Interno caberá à Coordenação do CTSPN e estas serão submetidas à aprovação do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 9º)

Art. 10. A participação nas reuniões do CTSPN, assim como as funções dos seus membros não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 10)

Art. 11. O CTSPN poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, de movimentos sociais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ou pertinente ao cumprimento de suas competências. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 11)

Art. 12. O plenário do CTSPN poderá deliberar sobre a instituição de comissões especiais de trabalho com o propósito de elaborar estudos, obter informações ou firmar posicionamentos acerca de temas relevantes, bem como acompanhar encaminhamentos específicos de interesse do CTSPN visando assegurar a efetividade no cumprimento de suas atribuições. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 12)

Art. 13. Os produtos e resultados da atuação do CTSPN serão devidamente divulgados em cumprimento ao princípio da publicidade com obrigatoriedade de menção da autoria coletiva. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 13)

Art. 14. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão solucionados pelo Plenário do CTSPN. (Origem: PRT MS/GM 1063/2015, Anexo 1, Art. 14)

ANEXO XX

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). (Origem: PRT MS/GM 2866/2011)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), com o objetivo de promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Art. 2º Para os fins da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º)

I - agricultura camponesa: aquela que considera as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades, bem como os saberes tradicionais, a partir da sua relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visando à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, I)

II - agricultura familiar: aquela que atende aos seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II)

a) não deter, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, a)

b) utilizar predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, b)

c) ter renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, c)

d) dirigir seu estabelecimento ou empreendimento com sua família, sendo que incluem-se nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preencham os requisitos previstos nas alíneas "b", "c" e "d" deste inciso; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, II, d)

III - assalariados e assalariadas rurais: trabalhadores e trabalhadoras com vínculo empregatício na agropecuária, em regime de trabalho permanente, safrista ou temporário, com ou sem Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) assinada, considerando-se que residem majoritariamente nas periferias das cidades pequenas e médias, sendo que parcela considerável desses trabalhadores migra entre as cidades e mesmo entre estados, de acordo com a sazonalidade das culturas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, III)

IV - camponeses e camponesas: aqueles e aquelas que, a partir de seus saberes e relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visam à produção para o autosustento e a comercialização de excedentes; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IV)

V - descentralização: processo de autonomia das esferas de gestão estaduais, distrital e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, V)

VI - direitos reprodutivos: direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsavelmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VI)

VII - direitos sexuais: direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VII)

VIII - diversidade: princípio que respeita as diferenças legitimadas por fundamentos éticos gerados na convivência democrática dos sujeitos e grupos sociais. A biodiversidade está associada à sociodiversidade e à diversidade cultural; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, VIII)

IX - equidade: promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, IX)

X - extrativismo: todas as atividades de coleta de produtos naturais, sejam animais, vegetais ou minerais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, X)

XI - extrativistas: pessoas e comunidades, com suas especificidades culturais, cuja produção de riquezas para o seu desenvolvimento tem por base a coleta de produtos de fontes naturais, como as matas, capoeiras, rios, igarapés, lagos, várzeas, manguezais, igapós, praias oceânicas e alto-mar, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XI)

XII - florestania: sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos apreendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XII)

XIII - integralidade: princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - intersetorialidade/transversalidade: abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas e as práticas de gestão dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIV)

XV - parceria: articulação de redes de solidariedade entre atores governamentais e não governamentais para integração e desenvolvimento de políticas públicas promotoras de equidade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XV)

XVI - populações do campo, da floresta e das águas: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

XVII - povos e comunidades tradicionais: grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - regiões de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - regionalização: princípio organizativo do SUS que garante acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal, orientando-se pelos modos de territorialização das populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reserva extrativista: unidade de conservação de uso sustentável, habitada por populações que utilizam os recursos naturais como meios de produção e renda familiar em manejo; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XX)

XXI - sustentabilidade: organização da sociedade e manejo dos recursos estratégicos, com garantia da continuidade e diversidade da vida, articulando as dimensões ambientais, econômicas, sociais, políticas e culturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - sustentabilidade econômica: capacidade de geração de riqueza superior às necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - sustentabilidade social: forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas dimensões econômica, cultural, entre outras; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIII)

XXIV - sustentabilidade política: condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIV)

XXV - sustentabilidade cultural: adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXV)

XXVI - sustentabilidade ambiental: modo de aproveitamento dos bens naturais e serviços com geração de benefícios sociais e econômicos, sem comprometer a conservação dos ecossistemas para as futuras gerações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVI)

XXVII - território: espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVII)

XXVIII - trabalho escravo: exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXVIII)

XXIX - universalidade: princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXIX)

XXX - violência no campo e na floresta: conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 2º, XXX)

Art. 3º A PNSIPCFA tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, I)

II - contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, II)

III - reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o advindo do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, III)

IV - contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IV)

V - reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, V)

VI - promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VI)

VII - incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VII)

VIII - apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, VIII)

IX - apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais e em outros espaços de gestão participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, IX)

X - promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, X)

XI - incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XI)

XII - promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 3º, XII)

Art. 4º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados os seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º)

I - saúde como direito universal e social; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, I)

II - inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltados às populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo, da floresta e das águas, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e

técnica; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, V)

VI - promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VI)

VII - apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo, da floresta e das águas, nas instâncias de controle social em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, VIII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IX - informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo, da floresta e das águas, para a produção de ferramentas de comunicação; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 4º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 5º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º)

I - garantir a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - apoiar a implementação da PNSIPCFA nos estados, Distrito Federal e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VI) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VII - fortalecer a intersetorialidade, mediante articulação com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, para o estabelecimento de metas e prioridades referentes às ações transversais prioritárias para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com especial articulação com os Ministérios do Desenvolvimento Social e Agrário, da Defesa, do Trabalho, do Meio Ambiente, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, e da Educação, com as Secretarias Especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, dentre outros; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VII) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VIII - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações, considerando os aspectos de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e inserir informações em saúde nos subsistemas sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, VIII)

IX - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, IX) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

X - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 5º, X) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

Art. 6º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VI)

VII - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VII)

VIII - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, VIII)

IX - viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para essas populações. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 6º, IX)

Art. 7º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º)

I - promover a implementação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

II - promover a inclusão da PNSIPCFA no Plano Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, II) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

III - promover a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCFA de forma participativa; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, III) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

IV - produzir dados estratificados sobre as populações do campo, da floresta e das águas e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, IV) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

V - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da PNSIPCFA; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, V) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

VI - viabilizar parcerias no setor público e privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações; (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; e (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VII)

VIII - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 7º, VIII)

Art. 8º À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) compete articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação da PNSIPCFA. (Origem: PRT MS/GM 2866/2011, Art. 8º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2311/2014)

CAPÍTULO II
DO GRUPO DA TERRA

Art. 9º Este Capítulo define a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Grupo da Terra: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º)

I - participar da formulação, do monitoramento e da avaliação das ações referentes à implantação e implementação da PNSIPCF, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com o objetivo de garantir a equidade na atenção à saúde para esses segmentos sociais; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, I)

II - articular e monitorar a implementação das ações decorrentes dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados do campo e da floresta; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, II)

III - participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde das Populações do Campo e da Floresta; e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, III)

IV - integrar saberes técnico-políticos provenientes de pesquisas e debates com os movimentos sociais para ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde das Populações do Campo e da Floresta. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 2º, IV)

Art. 11. O Grupo da Terra será composto por representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, II)

III - 3 (três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, III)

IV - 2 (dois) representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VII)

VIII - 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Comissão Pastoral da Terra (CPT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIII)

XIV - 1 (um) representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIV)

XV - 1 (um) representante do Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XV)

XVI - 1 (um) representante da Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar (FETRAF); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVI)

XVII - 1 (um) representante do Movimento dos Atingidos por Barragens/Brasil (MAB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVII)

XVIII - 1 (um) representante do Movimento de Luta pela Terra (MLT); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XVIII)

XIX - 1 (uma) representante do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XIX)

XX - 1 (um) representante do Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XX)

XXI - 1 (um) representante do Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXI)

XXII - 1 (um) representante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXII)

XXIII - 1 (uma) representante das Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento das Margaridas (MTRMM); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIII)

XXIV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXIV)

XXV - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXV)

XXVI - 1 (um) representante do Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais (DESER). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, XXVI)

§ 1º O Grupo da Terra será coordenado por um dos representantes da SGEP/MS. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Cada representante terá um suplente. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Um dos representantes da SAS/MS será do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os representantes serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Grupo da Terra. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O Grupo da Terra poderá convidar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão convidados preferencialmente representantes dos seguintes órgãos, entidades e movimentos sociais organizados: (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

I - Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, I)

II - Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, II)

III - Ministério do Meio Ambiente (MMA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, III)

IV - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IV)

V - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, V)

VI - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VI)

VII - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR-PR); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VII)

VIII - Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, VIII)

IX - Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); e (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, IX)

X - Federação dos Pescadores do Estado de Alagoas (FEPEAL). (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 4º, Parágrafo Único, X)

Art. 13. O Grupo da Terra reunir-se-á 3 (três) vezes ao ano, ordinariamente, com possibilidade de convocação, se necessário, de reuniões extraordinárias pela Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º)

Parágrafo Único. Os representantes dos órgãos do Ministério da Saúde no Grupo da Terra realizarão reuniões preparatórias para a organização das atividades do Grupo. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 14. Caberá ao Grupo da Terra a elaboração de seu Regimento Interno, a ser aprovado por ato do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 6º)

Art. 15. As funções dos membros e dos convidados no âmbito do Grupo da Terra não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 3071/2012, Art. 7º)

ANEXO XXI

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Origem: PRT MS/GM 2836/2011)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º)

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, I)

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, II)

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, III)

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IV)

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, V)

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados, na forma do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VI)

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VII)

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, VIII)

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, IX)

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, X)

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XI)

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XII)

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIII)

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIV)

XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XV)

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVI)

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVII)

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XVIII)

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XIX)

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XX)

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXI)

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXII)

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIII)

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 2º, XXIV)

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º)

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, I)

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, II)

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, III)

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IV)

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, V)

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VI)

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VII)

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, VIII)

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 3º, IX)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º)

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, II)

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, III)

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IV)

V - articular junto às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, V)

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VI)

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VII)

VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, VIII)

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, IX)

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, X)

XI - promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XI)

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XII)

XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIII)

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XIV)

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XV)

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 4º, XVI)

Art. 5º Compete aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º)

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, I)

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, II)

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, III)

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs); (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IV)

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, V)

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos estados e municípios; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VI)

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VII)

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, VIII)

IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, IX)

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 5º, X)

Art. 6º Compete aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º)

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, I)

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, II)

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, III)

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, IV)

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, V)

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VI)

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VII)

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 7º)

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2836/2011, Art. 8º)

CAPÍTULO II
DO COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (COMITÊ TÉCNICO LGBT)

Art. 9º Este Capítulo define o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 1º)

Art. 10. Compete ao Comitê Técnico LGBT: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º)

I - acompanhar e monitorar a implantação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde para esses grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, I)

II - apresentar subsídios técnicos e políticos para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no que tange à promoção, prevenção e atenção à saúde destes grupos populacionais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, II)

III - contribuir para a pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos diversos órgãos e entidades integrantes do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a produção de conhecimento sobre a saúde LGBT e o fortalecimento da participação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas instâncias de controle social no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, IV)

V - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 2º, V)

Art. 11. O Comitê Técnico LGBT será composto de 25 (vinte e cinco) integrantes, assim distribuídos: (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º)

I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), prioritariamente das áreas de apoio à gestão participativa e de articulação interfederativa; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, I)

II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), prioritariamente das áreas relativas à saúde da mulher, saúde do homem, atenção básica e média e alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), prioritariamente da área de ciência e tecnologia; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, III)

IV - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), prioritariamente da área de gestão da educação na saúde; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IV)

V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), prioritariamente da área relativa às DST/AIDS e Hepatites Virais; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, V)

VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VI)

VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VII)

VIII - 2 (dois) representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, VIII)

IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT/SDH/PR), prioritariamente do segmento LGBT; (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, IX)

X - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, X)

XI - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XI)

XII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR); (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XII)

XIII - 1 (um) representante do Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (FONGES-LGBT); e (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIII)

XIV - 7 (sete) representantes da sociedade civil de notório saber, com conhecimento e atuação na saúde de LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, XIV)

§ 1º A coordenação do Comitê Técnico LGTB e a respectiva suplência serão exercidas pelos representantes da SGEP/MS, conforme indicação do respectivo Secretário. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os integrantes do Comitê Técnico LGBT serão indicados pelos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Caberá à Coordenação do Comitê Técnico LGBT a indicação dos representantes da sociedade civil de notório saber, após consulta junto ao movimento social LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê Técnico LGBT poderá convidar servidores dos órgãos do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas, de outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, de entidades não governamentais, bem como especialistas em assuntos ligados ao tema, cuja presença seja considerada necessária ao cumprimento do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 3º, § 4º)

Art. 12. O funcionamento do Comitê Técnico LGBT observará agenda pactuada com seus representantes. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 4º)

Art. 13. Caberá à SGEP/MS fornecer o apoio técnico e administrativo para o funcionamento do Comitê Técnico LGBT. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 5º)

Art. 14. As funções dos membros do Comitê Técnico LGBT não serão remuneradas e seu exercício será considerado serviço público relevante. (Origem: PRT MS/GM 2837/2011, Art. 6º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) (Origem: PRT MS/GM 2803/2013)

Art. 1º Fica redefinido e ampliado o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 1º)

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º)

I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, I)

II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, II)

III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, III)

Parágrafo Único. Compreendem-se como usuários ou usuárias com demanda para o Processo Transexualizador os(as) transexuais e travestis. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 3º, II)

Art. 4º A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º)

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, I)

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 4º, II)

Art. 5º Para garantir a integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Especializada, serão definidas as seguintes modalidades: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º)

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI ; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, I)

II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador no SUS e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 5º, II)

Art. 6º A RAS é responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 6º)

Art. 7º Fica definido que, para fins de habilitação no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, os gestores de saúde interessados deverão cumprir as Normas de Habilitação previstas no Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI , conforme modalidade assistencial ambulatorial e/ou hospitalar do estabelecimento de saúde a ser habilitado, e encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º)

I - documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, I)

II - formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor de saúde, para habilitação do estabelecimento de saúde no Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , seja para modalidade ambulatorial e/ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 7º, II)

Art. 8º Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES as seguintes habilitações referentes ao Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º)

I - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, Pré e Pós-Operatório e Hormonioterapia, sob o código 30.02; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, I)

II - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório, sob o código 30.03. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 8º, II)

Art. 9º Os estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Código 30.01, até a presente data, nos termos do anexo IV da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008, continuam habilitados e deverão se adequar às novas habilitações conforme descrito nos arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI , sob pena de revogação da referida habilitação pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos descritos no Anexo C do Anexo 1 do Anexo XXI mantêm-se habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, e terão que se adequar, conforme descrito no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 9º, Parágrafo Único) (com redação dada pela PRT MS/GM 2736/2014)

Art. 10. Os procedimentos da modalidade ambulatorial e hospitalar serão realizados exclusivamente nos estabelecimentos de saúde habilitados nos Códigos 30.01, 30.02, 30.03 respectivamente. (Origem: PRT MS/GM

2803/2013, Art. 10)

Parágrafo Único. Os estabelecimentos de saúde serão habilitados considerando os arts. 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º do Anexo 1 do Anexo XXI para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador, seja na modalidade ambulatorial e/ou hospitalar, desde que cumpridas as exigências estabelecidas neste Anexo e: (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único)

I - para habilitação no Código 30.02, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade ambulatorial; (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, I)

II - para habilitação no Código 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos da modalidade hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, II)

III - para habilitação nos Códigos 30.02 e 30.03, cumprir as exigências do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXI e encaminhar formulário de vistoria do Anexo B do Anexo 1 do Anexo XXI , ambos das modalidades ambulatorial e hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 10, Parágrafo Único, III)

Art. 11. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem assistência a transexuais e travestis no âmbito do SUS submeter-se-ão à regulação, controle e avaliação dos seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 11)

Art. 12. Acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata Processo Transexualizador no SUS, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, deve ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes, submetidos à regulação de seus respectivos gestores de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 12) (com redação dada pela PRT MS/GM 807/2017)

Art. 13. O SUS realizará, em caráter experimental, os procedimentos de vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais em pacientes em readequação para o fenótipo masculino, nos termos da Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15)

Parágrafo Único. Os procedimentos descritos no "caput" somente poderão ser realizados em estabelecimentos definidos como hospitais de ensino, habilitados para realização da Atenção Especializada no Processo Transexualizador, bem como a partir da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente. (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 14. Os procedimentos descritos neste Anexo poderão ser realizados somente nos estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde para prestar Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme normas de habilitação estabelecidas nos Anexos A, B, C, D e E do Anexo 1 do Anexo XXI . (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Art. 16)

ANEXO A DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Normas de habilitação para a atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 1)

NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

1. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE AMBULATORIAL

1.1. A Modalidade Ambulatorial consiste nas ações de âmbito ambulatorial (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito abaixo.

1.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos

As Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para estruturar a atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

1.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais ou do Distrito Federal, em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria; e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade ambulatorial.

1.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II desta Portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

1.5. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) tomará as providências para a publicação da habilitação.

1.6 O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador modalidade ambulatorial - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente.

Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial; e

g. Sumário de alta e outros documentos tais como Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.

1.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá promover a atenção especializada referente aos procedimentos no processo Transexualizador definidos nesta portaria (acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia) de forma a oferecer assistência integral, através de:

a. Diagnóstico e tratamento clínico no processo transexualizador;

b. Atendimento da modalidade ambulatorial em atenção especializada dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c. acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e Hormonioterapia

d. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

1.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deve contar com um responsável técnico, de qualquer área da saúde, com nível superior e experiência comprovada na área do Processo Transexualizador. O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único Estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador- modalidade ambulatorial - deverá contar com no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral e 1 enfermeiro.

Os profissionais da área médica deverão possuir títulos de especialista emitidos pelo Conselho Regional de Medicina.

1.9. As instalações Físicas:

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

c. Resolução - RDC nº 306 de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

1.10. Materiais e Equipamentos:
O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento na modalidade ambulatorial no processo transexualizador, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as).

1.11. Manutenção da Habilitação:

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria.

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial.

2. NORMAS DE HABILITAÇÃO PARA A MODALIDADE HOSPITALAR

2.1. A Modalidade Hospitalar consiste nas ações de âmbito hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados, conforme descrito abaixo.

2.2. Planejamento/Distribuição dos Estabelecimentos: as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar a rede de atenção integral aos usuários(as) com indicação para a realização do Processo Transexualizador.

2.3. Processo de Habilitação

Entende-se por habilitação em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - o ato do Gestor Federal de ratificar o credenciamento realizado pelos Gestores Estaduais e Municipais e do Distrito Federal em conformidade com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O processo de habilitação, ao ser formalizado pelo respectivo Gestor do SUS, deverá ser instruído com:

a. Documento que comprove aprovação na CIB ou, quando for o caso, no Colegiado de Gestão da CGSES/DF sobre o Processo Transexualizador, conforme definidos nesta Portaria, e

b. Formulário de vistoria, devidamente assinado pelo gestor, para habilitação do estabelecimento de saúde na Atenção Especializada no Processo Transexualizador, conforme Anexo II a esta Portaria, para modalidade hospitalar.

2.4. O Ministério da Saúde avaliará o formulário de vistoria do Anexo II dessa portaria encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

2.5. Caso a avaliação seja favorável, a SAS tomará as providências para a publicação da habilitação.

2.6. O Registro das Informações do Paciente do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve possuir um prontuário único para cada paciente, que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico, contendo as seguintes informações:

a. Identificação (nome social e nome de registro);

b. Anamnese;

c. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar

d. Evolução;

e. Prescrição;

f. Exames; e

g. Sumário de alta; e outros documentos tais como: Consentimento Livre e Esclarecido e normativos definidos nesta Portaria.
Outros registros a constarem nos prontuários, tais como: descrição de cirurgia, fichas de infecção e acompanhamento ambulatorial.

2.7. Estrutura Assistencial

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - será referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), onde constará todo o processo de acompanhamento prévio do paciente.

Caberá ao Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - as avaliações e indicações cirúrgicas, devendo o mesmo realizar os exames pré e pós-operatório.

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas

a) Diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico do processo transexualizador;

b) Atendimento na modalidade hospitalar, incluindo procedimentos cirúrgicos, dos usuários(as) com demanda para o Processo Transexualizador, por meio de equipe multiprofissional;

c) Exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador-modalidade hospitalar;

2.8. Recursos Humanos

Responsável Técnico: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deve contar com um responsável técnico pelo serviço de cirurgia, médico com título de especialista em uma das seguintes especialidades:

Urologia ou Ginecologia ou Cirurgia Plástica e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina;

O Responsável Técnico do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - só poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo SUS, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.

A equipe cirúrgica deve contar com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório.

Equipe de Referência: O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá contar com, no mínimo, 1 médico urologista, ou 1 ginecologista ou 1 cirurgião plástico, com título de especialista da respectiva especialidade e comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista registrado no Conselho Regional de Medicina, para atendimento diário. A Equipe de Enfermagem deve contar com enfermeiros e técnicos de enfermagem dimensionados conforme Resolução COFEN 293 de 2004. Ainda, a equipe do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá contar no mínimo: 1 psiquiatra ou 1 um psicólogo, 1 endocrinologista, e 1 assistente social.

2.9. Instalações físicas

As instalações físicas do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverão possuir Alvará de Funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

a. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem acomplementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

b. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);

c. Resolução - RDC nº 306 de 6 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde;

A Farmácia Hospitalar deverá obedecer às normas estabelecidas na RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, da Anvisa ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.

2.10. Materiais e Equipamentos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - deverá dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários(as), que possibilitem o diagnóstico e o tratamento clínico e cirúrgico.

2.11. Recursos Diagnósticos e Terapêuticos

O estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar deverá:

a. Dispor de serviço de laboratório clínico em tempo integral;

b. garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar

c. Realizar tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas;

d. Possuir leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários(as) do Processo Transexualizador;

e. Garantir retaguarda de leito(s) de UTI tipo II ou III

f. Garantir acompanhamento ambulatorial para pré e pós operatório.

2.12. Manutenção da Habilitação

A manutenção da habilitação estará condicionada:

a. Ao cumprimento continuado pelo serviço das normas estabelecidas nesta Portaria;

b. O Departamento de Atenção Especializada e Temática/SAS/MS, por meio da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, poderá suspender a habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar, em caso de descumprimento das exigências contidas nesta Portaria;

c. Compete ao Gestor solicitante da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - seu monitoramento, avaliação e controle, bem como sua fiscalização local;

d. O gestor local poderá solicitar ao Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, a suspensão da habilitação do estabelecimento em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar.

Para determinado estabelecimento de saúde ser habilitado como modalidade assistencial ambulatorial e hospitalar, deve cumprir ambas as Normas supracitadas

ANEXO B DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

FFormulário de vistoria do gestor para habilitação do estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 2)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

(Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo Gestor e não deve ser modificado e/ou substituído)

I. MODALIDADE AMBULATORIAL:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____

CNPJ: _____ CNES: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF: _____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO: _____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor.)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade ambulatorial - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS

( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB

( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS

( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) garante atendimento e acompanhamento ambulatorial especializado e integral para o diagnóstico e tratamento clínico para os/as transexuais e travestis no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

b) atendimento em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

c) acompanhamento clínico.

( ) Sim ( ) Não

d) acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador

( ) Sim ( ) Não

e) hormonioterapia

( ) Sim ( ) Não

f) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade ambulatorial

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que possua todos os tipos de atendimento a ele referentes, contendo as

informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento:

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe do Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade ambulatorial:

( ) Sim ( ) Não

i) titulação do Responsável Técnico

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial:

( ) 01 psiquiatra ou psicólogo

( ) 01 assistente social;

( ) 01 endocrinologista ou 01 clínico geral; e

( ) 01 enfermeiro.

k) titulação dos profissionais que compõem a equipe

( ) Sim ( ) Não

l) acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade ambulatorial - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade ambulatorial no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

II- MODALIDADE HOSPITALAR:

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

CNPJ: _____

CNES:_____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____UF:_____

CEP:_____TELEFONES: ( ) _____

FAX: ( ) _____

E-MAIL: _____

DIRETOR TÉCNICO:_____

TELEFONE: ( )_____ FAX: ( )_____

E-MAIL: _____

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR (Deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(Este Formulário não deve modificado nem substituído) TIPO DE PRESTADOR (NATUREZA):

( ) Privado lucrativo ( ) Privado não lucrativo ( ) Filantrópico ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

TIPOS DE ASSISTÊNCIA:

( ) Ambulatorial

( ) Internação

( ) Atendimento de intercorrências no processo transexualizador

1. NORMAS GERAIS DE HABILITAÇÃO

1.1 - Consta no processo de habilitação do Estabelecimento de Atenção Especializada no Processo Transexualizador - Modalidade Hospitalar - a documentação comprobatória do cumprimento das exigências para as habilitações estabelecidas no Anexo I, tais como:

a) Parecer conclusivo do respectivo Gestor do SUS ( ) Sim ( ) Não

b) Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB ( ) Sim ( ) Não

c) Termos de compromissos firmados com o gestor local do SUS. ( ) Sim ( ) Não

2. ESTRUTURA ASSISTENCIAL

2.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar- cumpre e oferece os requisitos abaixo:

a) ser referência para a atenção de pacientes regulados e encaminhados com relatório médico detalhado de necessidade de procedimentos da modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório).

( ) Sim ( ) Não

b) oferece assistência especializada e integral por ações diagnósticas e terapêuticas na modalidade hospitalar do processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

c) garante atendimento e acompanhamento hospitalar especializado e integral, para o procedimento cirúrgico e acompanhamento pré e pós-operatório no processo transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

d) atendimento na modalidade hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório) em atenção especializada dos usuários/as com demanda para o processo Transexualizador por meio de equipe multiprofissional.

( ) Sim ( ) Não

e) garante acesso a exames laboratoriais e de imagens necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar.

( ) Sim ( ) Não

f) realiza acompanhamento pré e pós-operatório no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

g) possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório), contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

( ) Sim ( ) Não

h) possui Responsável Técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador -modalidade hospitalar, com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina nas especialidades médicas de urologia ou ginecologia ou cirurgia plástica:

( ) Sim ( ) Não ( )

i) o médico responsável técnico pela equipe médica do estabelecimento de atenção Especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - é responsável por um único estabelecimento habilitado em Atenção Especializada no Processo Transexualizador - modalidade hospitalar - pelo Sistema Único de Saúde e reside no mesmo município ou cidade circunvizinha.

( ) Sim ( ) Não

j) possui equipe mínima assistencial com no mínimo*:

( ) 01 urologista ou 01 ginecologista ou 01 cirurgião plástico;

( ) enfermeiros (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) técnicos de enfermagem (dimensionados conforme Resolução COFEN 293/2004);

( ) 01 psiquiatra ou 01 psicólogo;

( ) 01 endocrinologista;

( ) 01 assistente social.

*A equipe mínima assistencial médica com certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas no respectivo Conselho Regional de Medicina. A equipe assistencial de profissionais enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos deverão apresentar graduação reconhecida pelo Ministério da Educação e pelo respectivo conselho de classe.

A equipe assistencial de técnicos de enfermagem deverá ter formação reconhecida pelo respectivo conselho de classe.

k) possui equipe cirúrgica com profissionais capacitados no Processo Transexualizador, garantindo a intervenção de forma articulada nas intercorrências cirúrgicas e clínicas do pré e pós-operatório:

( ) Sim ( ) Não

l) possui equipe mínima assistencial treinada para atendimento de pacientes no Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

m) garantia de sala de cirurgia para atendimento ao paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

n) garantia de leitos cirúrgicos de enfermaria para os usuários/ as do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

o) garantia de leitos de UTI tipo II ou III para paciente do Processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

p) garantia de acesso a exames laboratoriais e de imagem necessários ao processo transexualizador na modalidade hospitalar:

( ) Sim ( ) Não

q) possui serviço de laboratório clínico:

( ) Sim ( ) Não

r) realiza tipagem sanguínea e tratamento hemoterápico, inclusive para complicações hemorrágicas:

( ) Sim ( ) Não

s) garantia de acompanhamento ambulatorial para pré e pós-operatório para os usuários/as atendidos no processo Transexualizador.

( ) Sim ( ) Não

t) possui acesso às Centrais de Regulação para encaminhamento dos casos de maior complexidade:

( ) Sim ( ) Não

3. INSTALAÇÕES FÍSICAS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

3.1 - O estabelecimento de atenção especializada no processo transexualizador - modalidade hospitalar - cumpre e oferece as instalações físicas, materiais e equipamentos abaixo:

a) possui Formulário de Vistoria da Vigilância Sanitária

( ) Sim ( ) Não

b) possui Alvará de Funcionamento (Licença Sanitária)

( ) Sim ( ) Não

c) possui Materiais e Equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade da assistência aos usuários/as na modalidade hospitalar no processo transexualizador:

( ) Sim ( ) Não

Data de Emissão: ____/_____ / _____

INTERESSE DO GESTOR DE SAÚDE NA HABILITAÇÃO:

De acordo com a vistoria realizada in loco, a instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº , de de 2013, para a habilitação solicitada.

( ) Sim ( ) Não DATA:_____/_____/_____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR:

ANEXO C DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 3)

Estabelecimentos habilitados em Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador

UF	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO - RAZÃO SOCIAL
RS	Porto Alegre	2237601	Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Porto Alegre (RS)
RJ	Rio de Janeiro	2269783	Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Rio de Janeiro(RJ)
SP	São Paulo	2078015	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina FMUSP/Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS - São Paulo/SP
GO	Goiânia	2338424	Hospital das Clinicas - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO)

ANEXO D DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Alteração na Tabela de Serviço/classificação do SCNES (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 4)

Alteração na Tabela de Serviço/Classificação do SCNES

		Código da Classificação	Descrição	Grupo	CBO	Descrição
153	Atenção Especializada no Processo Transexualizador	001	Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.	1	225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					251605	Assistente Social
				2	251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					225125	Médico Clínico

					223505	Enfermeiro
					251605	Assistente Social
		002	Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.	3	225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					225133	Médico psiquiatra
					225155	Médico Endocrinologista
					225285	Médico Urologista
					251605	Assistente Social
				4	225285	Médico Urologista
					225250	Médico ginecologista obstetra
					225235	Médico Cirurgião Plástico
					223505	Enfermeiro
					251510	Psicólogo
					225155	Médico Endocrinologista
					251605	Assistente Social

ANEXO E DO ANEXO 1 DO ANEXO XXI

Inclusão de Procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Origem: PRT MS/GM 2803/2013, Anexo 5)

Inclusão de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Procedimento:	03.01.13.004-3 - Acompanhamento do usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório
Descrição:	Consiste no acompanhamento mensal de usuário(a) no Processo Transexualizador, no máximo dois atendimentos mensais, durante no mínimo de 2 (dois) anos no pré-operatório e por até 1 ano no pós-operatório.
Origem SIGTAP	03.01.13.002-7
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (Individualizado)

Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Sexo:	Ambos
Valor Ambulatorial SA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$0,00
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	02
CBO:	225133, 225155, 225250, 225285, 251510, 225235, 251605, 223810,, 225125.
CID:	F64.0
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 153/002 (Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório).
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia; 30.03 Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e Acompanhamento Pré e Pós-Operatório

Procedimento:	03.03.03.009-7- Tratamento hormonal no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na utilização de terapia medicamentosa hormonal disponibilizada mensalmente para ser iniciada após o diagnóstico no Processo Transexualizador (estrógeno ou testosterona).
Origem SIGTAP	03.03.03.007-0
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 50,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 50,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador) - Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.02 Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-peratório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.09.05.014-8 - Redesignação sexual no sexo masculino
Descrição:	Consiste na orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina).
Origem SIGTAP	04.09.05.012-1
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 528,06
Valor Hospitalar SH:	R$ 760,22
Valor Hospitalar Total:	R$ 1288,28
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino

Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	8
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03.- Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.04.01.056-3 - Tireoplastia
Descrição:	Consiste na cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador.
Origem SIGTAP	04.04.01.042-3
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 236,60
Valor Hospitalar SH:	R$ 181,88
Valor Hospitalar Total:	R$ 418,48
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	01
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225275; 225215; 225235
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço Atenção Especializado no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador; 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador, realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	03.03.03.008-9 - Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador.
Descrição:	Consiste na terapia medicamentosa hormonal a ser disponibilizada mensalmente no período de 2 anos que antecede a cirurgia de redesignação sexual no Processo Transexualizador (ciproterona).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA-I (individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 65,52

Sexo:	Masculino
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)

Quantidade Máxima:	01
CBO:	225155, 225250, 225285, 225125
CID:	F64.0 e F64.9
Serviço/Classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.019-7 - Mastectomia simples bilateral em usuária sob processo transexualizador
Descrição:	Procedimento cirúrgico que consiste na ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo mamilar.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 284,93
Valor Hospitalar SH:	R$ 524,96
Valor Hospitalar Total:	R$ 809,89
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	03
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250, 225255
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	04.09.06.029-1 - Histerectomia c/ anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias sob processo transexualizador.
Descrição:	Procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 511,90
Valor Hospitalar SH:	R$ 683,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.195,80
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 - Admite permanência à maior
Sexo:	Feminino
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	03
Pontos:	300
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225250
CID:	F64.0

Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03
	Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório

Procedimento:	04.09.05.013-0 - Cirurgias complementares de redesignação sexual
Descrição:	Consiste em cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fístulectomia.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 214,67
Valor Hospitalar SH:	R$ 183,38
Valor Hospitalar Total:	R$ 398,05
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	21 Ano(s)
Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Média Permanência:	05
Pontos:	270
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225285, 225250
CID:	F64.0
Serviço / Classificação:	153/002 - Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento clínico pré e pós-operatório.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

Procedimento:	03.01.13.003-5 - Acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador exclusivamente para atendimento clínico.
Descrição:	Consiste no acompanhamento de usuário(a) no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional, diferente do acompanhamento exclusivo das etapas no pré ou pós operatório no processo transexualizador.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA-I (Individualizado)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Ambulatorial SIA:	R$ 39,38
Valor Ambulatorial Total:	R$ 39,38
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	18 Ano(s)
Idade Máxima:	110 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	225133, 225155, 251510, 251605,223810,
CID:	F64.0, F64.9
Serviço/classificação:	153/001 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.02 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando acompanhamento Clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia.

Procedimento:	04.10.01.020-0- Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo transexualizador
Descrição:	Consiste em cirurgia Plástica mamária reconstrutiva bilateral complementar ao processo de redesignação sexual no sexo masculino no processo transexualizador, incluindo implante de prótese mamária de silicone bilateral.
Complexidade:	Media Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Valor Hospitalar SP:	R$ 140,02
Valor Hospitalar SH:	R$ 1.663,90
Valor Hospitalar Total:	R$ 1803,92
Atributo Complementar:	001 - Inclui valor da anestesia, 004 -Admite permanência à maior
Sexo:	Masculino

Idade Máxima:	75 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
Media Permanência:	02
Pontos:	250
Especialidade do Leito:	01 - Cirúrgico
CBO:	225235, 225250
Serviço / Classificação:	153/002 - (Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador). Cirurgia e Acompanhamento pré e pós-operatório.
CID	F64.0
Habilitação:	30.01 - Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador 30.03 - Atenção Especializada no Processo Transexualizador realizando Cirurgias e acompanhamento pré e pós - operatório.

ANEXO XXI-A
(Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO POVO CIGANO/ROMANI
(Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 2º São eixos-estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - fortalecimento da atenção à saúde integral do Povo Cigano/Romani em todas as fases do curso de vida, considerando as necessidades de adolescentes, jovens e adultos em conflito com a lei; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - fortalecimento da rede de atenção à saúde integral da mulher e da criança de etnia Cigana, qualificando a atenção obstétrica e infantil por intermédio de um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir o acolhimento, a ampliação do acesso e a qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, além da prevenção e do tratamento oncológico; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - fortalecimento e garantia da saúde sexual e reprodutiva do homem e da mulher de etnia Cigana, considerando suas especificidades culturais e as questões de gênero e geracional; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnicas nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades regionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas, IST/HIV/Aids, tuberculose, hanseníase, câncer de colo uterino, câncer de mama, glaucoma, hipertensão e transtorno mental; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, da primeira infância, crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes da discriminação étnica e a exclusão social, bem como transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - garantia da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal para o Povo Cigano/Romani, com mais investimentos financeiros e de pessoal nos estados e municípios e propiciar a ampliação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - elaboração de informações sobre indicadores e determinantes sociais da saúde do Povo Cigano/Romani, como forma de introduzir e acompanhar os dados sobre este grupo étnico no SUS. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani tem como objetivo geral promover a saúde integral do Povo Cigano/Romani, respeitando suas práticas, saberes e medicinas tradicionais, priorizando a redução e o combate à ciganofobia ou romafobia. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 4º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - garantir e ampliar o acesso do Povo Cigano/Romani às ações e serviços de saúde do SUS, considerando os territórios que habitam e/ou usam, como áreas urbanas, regiões periféricas dos grandes centros, acampamentos, barracas, ranchos, entre outros; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - identificar, combater e prevenir situações de violência contra o Povo Cigano/Romani como abuso, exploração e assédio nas ações e serviços de saúde do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - contribuir com o enfrentamento das discriminações de gênero, étnica, território, com destaque para as interseções com a saúde do Povo Cigano/Romani, nos processos de educação permanente para gestores, trabalhadores da saúde, atores sociais e conselheiros de saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - incentivar o protagonismo do Povo Cigano/Romani no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados, considerando o Povo Cigano/Romani uma etnia; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - estabelecer estratégias e ações de planejamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, construídas de forma participativa com atores da sociedade civil; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - monitorar e avaliar indicadores e metas para a saúde do Povo Cigano/Romani, visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, municipais e estaduais; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IX - fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito Nacional e Internacional; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

X - garantir, ainda na maternidade e demais localidades, o registro do recém-nascido, observada a legislação aplicável. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 5º São diretrizes gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - ampliação e qualificação do acesso aos serviços do SUS, com ênfase nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e humanização, respeitando as diversidades ambientais, sociais e sanitárias em conformidade com o modo de vida do Povo Cigano/Romani, promovendo o acesso às ações e serviços de saúde de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - inclusão dos temas Racismo e Saúde do Povo Cigano/Romani nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - fortalecimento das instâncias de controle social do SUS e a fomentação da participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - criação e implementação de Comitês Técnicos de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani no Ministério da Saúde, nos estados, municípios e no Distrito Federal; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aquelas preservadas pelas comunidades tradicionais; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes do combate ao racismo e à redução das desigualdades étnicas no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - implementação de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam a identidade positiva do Povo Cigano/Romani, respeitando suas diversidades étnico-culturais e favoreçam o protagonismo e autonomia do Povo Cigano/Romani no SUS. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 6º Compete ao Ministério da Saúde: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - garantir a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - apoiar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani nos estados, municípios e Distrito Federal; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - definir e gerir os recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani, considerando os aspectos gênero, geracional e etnia, e inserir informações em saúde no sistema sob responsabilidade do Ministério da Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - garantir a inclusão do quesito etnia Cigana nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IX - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

X - incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani, de acordo com os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XI - fortalecer as instâncias de controle social do SUS e a fomentar a participação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos de Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XII - criar e implementar o Comitê Técnico Nacional de Saúde Integral do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XIII - instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XIV - elaborar e publicar materiais de informação, comunicação e educação sobre a Saúde Integral do Povo Cigano/Romani, respeitando seus modos de vida, culturas, tradições, saberes e valores; XV - elaborar materiais de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XV - implantar e implementar ações de saneamento para prevenção e controle de doenças, bem como fomentar ações de promoção e proteção à saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XVI - promover o apoio técnico e financeiro para implementação desta Política; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XVII - fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não-governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento e qualificação das ações em saúde para o Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 7º Compete à gestão estadual de saúde: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - implementar a Política de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - promover a inclusão desta Política no Plano Estadual de Saúde, em consonância com as realidades locais e regionais, e no Plano Plurianual - PPA setorial estadual, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito estadual; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito estadual e cooperação técnica e financeira com os Municípios, para que possam fazer o mesmo, considerando as oportunidades e os recursos; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IX - incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani de forma participativa; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

X - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores da saúde, voltadas para as especificidades do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XI - desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XII - estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e nas Conferências de Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XIII - apoiar a implantação e implementação de instâncias municipais de promoção da equidade em saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XIV - instituir mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XV - adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XVI - prestar apoio e cooperação técnica aos municípios e viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XVII - fomentar a articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de efetivação desta Política; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XVIII - incentivar e participar da elaboração dos Planos Municipais de Saneamento Básico para a promoção e proteção à saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 8º Compete à gestão municipal de saúde: (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

I - promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani no âmbito municipal; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

II - implementar as ações de combate ao racismo institucional nas ações e serviços de saúde em relação ao Povo Cigano/Romani, para redução das iniquidades em saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

III - implementar as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde para o Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IV - definir e gerir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuada na Comissão Intergestores Bipartite - CIB; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

V - promover a inclusão desta Política no Plano Municipal de Saúde, em consonância com as realidades e a necessidades locais, e no Plano Plurianual - PPA setorial, quando envolver despesas relativas aos programas de duração continuada, nos termos do § 1º do art. 165 da Constituição; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VI - coordenar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani em consonância com o Pacto pela Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VII - identificar as necessidades de saúde desta população no âmbito municipal, considerando as oportunidades e os recursos; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

VIII - produzir dados estratificados sobre o Povo Cigano/Romani e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

IX - estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

X - desenvolver ações de educação permanente para os trabalhos de saúde voltados para as especificidades do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XI - promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais voltadas para as especificidades de saúde voltadas para o Povo Cigano/Romani, com base nos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XII - adotar ações de divulgação, visando à socialização da informação e das ações de saúde para a promoção da saúde integral do Povo Cigano/Romani, com destaque para a produção dos conhecimentos sobre racismo institucional e seu impacto na atenção à saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XIII - estimular e fortalecer a representação do Povo Cigano/Romani no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XIV - instituir de mecanismos de fomento à produção dos conhecimentos sobre racismo e saúde do Povo Cigano/Romani; (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XV - fomentar a saúde integral e propiciar uma melhor condição de vida para o Povo Cigano/Romani, por meio da Politicas de Saneamento Básico para promoção, prevenção e controle de doenças e agravos; e (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

XVI - articular de forma intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo

Cigano/Romani. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Art. 9º Os órgãos do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, deverão promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades a fim de adequá-los às diretrizes e responsabilidades estabelecidas nesta Portaria. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

Parágrafo único. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP/MS articulará, no âmbito do Ministério da Saúde, junto às demais Secretarias e entidades vinculadas, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. (Incluído pela PRT nº 4.384 GM/MS nº 31.12.2018)

ANEXO XXII

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Origem: PRT MS/GM 2436/2017)

Art. 1º Este Anexo aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 1º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º)

§ 1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 2º)

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 3º)

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 2º, § 4º)

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º)

I - princípios: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I)

a) universalidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, a)

b) equidade; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, b)

c) integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, I, c)

II - diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II)

a) regionalização e hierarquização: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, a)

b) territorialização; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, b)

c) população adscrita; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, c)

d) cuidado centrado na pessoa; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, d)

e) resolutividade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, e)

f) longitudinalidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, f)

g) coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, g)

h) ordenação da rede; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, h)

i) participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 3º, II, i)

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º)

Parágrafo Único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos neste Anexo e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 5º)

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com Anexo XXII serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS). (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º)

Parágrafo Único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 6º, Parágrafo Único)

Seção I
Das Responsabilidades
(Origem: PRT MS/GM 2436/2017, CAPÍTULO I)

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º)

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, I)

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, II)

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, III)

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IV)

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, V)

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VI)

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VII)

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, VIII)

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, IX)

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, X)

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XI)

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XII)

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIII)

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIV)

XV - estimular a participação popular e o controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XV)

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVI)

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e

diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da União, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVII)

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XVIII)

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XIX)

XX - articulação com o subsistema indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 7º, XX)

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º)

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, I)

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, II)

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, III)

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, IV)

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, V)

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VI)

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VII)

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 8º, VIII)

Art. 9º Compete às secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos estados e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º)

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos estados e Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, I)

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, II)

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, III)

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IV)

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, V)

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VI)

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VII)

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, VIII)

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, IX)

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as secretarias municipais de saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, X)

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 9º, XI)

Art. 10. Compete às secretarias municipais de saúde a co-ordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10)

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, I)

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, II)

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, III)

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IV)

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, V)

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VI)

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VII)

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, VIII)

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, IX)

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, X)

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XI)

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XII)

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIII)

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIV)

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XV)

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVI)

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação; (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVII)

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XVIII)

XIX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 10, XIX)

Art. 11. A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo 1 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Art. 11)

CAPÍTULO II
DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Seção I

Do processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal

Art. 12. A implantação e o credenciamento das Equipes de Atenção Básica pelos Municípios pelo Distrito Federal passam a obedecer ao seguinte fluxo: (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º)

I - elaboração do Projeto de Implantação das Equipes de Atenção Básica, respeitados os itens mínimos descritos na Política Nacional de Atenção Básica e seu envio à respectiva Secretaria Estadual de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, I)

II - no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data do protocolo de entrada do projeto de implantação das Equipes de Atenção Básica elaborado pelos Municípios/Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverão proceder à análise e posterior encaminhamento dos mencionados projetos para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, II)

III - a Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, após aprovação na CIB, informará ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de equipes, suas diferentes modalidades e composições de profissionais com as respectivas cargas horárias, que farão jus ao recebimento de incentivos financeiros da atenção básica; e (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, III)

IV - para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal deverão cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado/Distrito Federal conforme decisão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, e, ainda, alimentar os dados no sistema de informação, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, IV)

Parágrafo Único. As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 2887/2012, Art. 1º, Parágrafo Único)

Seção II

Dos NASF

Art. 13. Ficam definidos os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 1º)

Art. 14. Ficam criados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 (NASF 3). (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º)

§ 1º O NASF 3 é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Os critérios para implantação, características específicas, composição das ocupações e recursos financeiros federais para os NASF 3 encontram-se definidos no art. 15. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 2º, § 2º)

Art. 15. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família podem ser organizados, com financiamento federal, nas modalidades NASF 1, NASF 2 e NASF 3, seguindo os parâmetros e critérios abaixo estabelecidos: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º)

I - a modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, I, c)

II - cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, II)

III - a modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, III, c)

IV - cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);

(Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, IV)

V - a modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V)

a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais; (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, a)

b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, b)

c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, V, c)

VI - cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, VI)

§ 1º A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O número máximo de NASF 2 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 2º)

§ 3º O número máximo de NASF 3 ao qual o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 3º)

§ 4º Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio, que serão transferidos a cada mês tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES, serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3124/2012, Art. 3º, § 4º)

Seção III

Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense

Art. 16. Esta Seção define o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 1º)

Art. 17. Constituem ESFR as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º)

Parágrafo Único. As ESFR são vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 18. A ESFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º)

I - 1 (um) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, I)

II - 1 (um) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, II)

III - 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 3º, III)

Art. 19. As ESFR e as ESFF podem contar com os seguintes profissionais de saúde bucal, dependendo da modalidade de equipe: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º)

I - 1 (um) cirurgião dentista generalista ou em saúde da família; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, I)

II - 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 4º, II)

Art. 20. Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR e as ESFF podem contar, ainda, com: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º)

I - até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, I)

II - até 12 (doze) Microscopistas, nas regiões endêmicas; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, II)

III - até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, III)

IV - 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. As ESFR e as ESFF poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior a sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos termos da Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 21. As ESFR e as ESFF deverão seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerando a importância da territorialização, manutenção do vínculo, cuidado integral e longitudinal, identificação de risco e vulnerabilidade. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 6º)

Art. 22. As ESFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias, e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º)

Parágrafo Único. A determinação de que trata o "caput" é aplicável aos profissionais que compõem a equipe mínima de que tratam os arts. 18 e 19 do Anexo XXII e a até 2 (dois) técnicos de enfermagem, quando houver. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 23. Os Agentes Comunitários de Saúde, os Auxiliares/Técnicos de enfermagem extras e os Auxiliares/Técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 8º)

Art. 24. Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, as ESFR e ESFF adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 9º)

Art. 25. Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFR e as ESFF receberão incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10)

I - até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, I)

II - até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, II)

§ 1º As unidades de apoio e as embarcações para o deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 1º)

§ 2º Para efeito desta Seção, consideram-se unidades de apoio os estabelecimentos que servem para atuação das ESFR e ESFF e que não possuem outras equipes de Saúde Família vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 10, § 2º)

Art. 26. As ESFR farão jus ao financiamento vigente para Equipes de Saúde da Família modalidade I. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 11)

Art. 27. As ESFR e ESFF poderão agregar ao seu financiamento: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12)

I - incentivo para cada profissional acrescido à composição mínima prevista no art. 20; e/ou (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, I)

II - incentivo para o custeio da logística, baseado no número de unidades de apoio ou embarcações de que trata o art. 25. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, II)

§ 1º Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica ao qual as ESFR ou ESFF estão vinculadas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 1º)

§ 2º Ato do Ministro de Estado da Saúde regulamentará os incentivos financeiros de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 12, § 2º)

Art. 28. Para implantação de ESFR, os Municípios observarão o fluxo previsto na Seção I do Capítulo II. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13)

§ 1º O projeto de implantação da ESFR conterá: (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas e os rios do circuito de deslocamento; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFR a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - descrição da organização das ofertas e ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - descrição de como a gestão municipal do SUS apoiará a ESFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - nos arranjos em que a ESFR contar com Unidades de Saúde de Apoio para o atendimento, relação da quantidade e as comunidades em que estão localizadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a

qual esta equipe está vinculada no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - nos arranjos em que a ESFR contar com embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relação da quantidade e seus respectivos números, no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a ESFR atender mais de um Município; e (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - indicação de como garantirá a referência dos usuários aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, a organização da rede para o atendimento de urgência às comunidades ribeirinhas. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º O projeto de que trata o § 1º deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) para habilitação. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 2º)

§ 3º As diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovadas pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 13, § 3º)

Art. 29. Recomenda-se que os Municípios utilizem o Telessaúde articulado à Regulação para aumentar a resolubilidade, qualificar os encaminhamentos e organizar o acesso à atenção especializada, considerando o desenho regional. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 14)

Art. 30. As ESFR e as ESFF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento formal que formalize a relação entre os Municípios, devidamente aprovado na respectiva CIR e CIB, e devem garantir a alimentação das informações de saúde referentes à sua área de abrangência no Sistema de Informação vigente para a Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15)

Parágrafo Único. Nos termos do art. 12, IV, para recebimento dos incentivos correspondentes às Equipes de Atenção Básica efetivamente implantadas, os Municípios e o Distrito Federal, além de cadastrar no SCNES os profissionais integrantes das equipes previamente credenciadas pelo Estado ou Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades, ficando sujeito a suspensão caso o sistema não seja alimentado e devidamente validado por 3 (três) meses. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 15, Parágrafo Único)

Art. 31. As normas para o cadastramento das unidades de apoio ou satélites e embarcações vinculadas a Estabelecimentos de Saúde de Atenção Básica onde as equipes estão vinculadas e alterações nas regras de cadastramento das ESFR e ESFF, com ou sem Saúde Bucal, além da definição dos prazos de implementação no SCNES, serão estabelecidas por ato do Secretário de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 837/2014, Art. 16)

Seção IV
Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais

Art. 32. Esta Seção estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 73 da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 1º)

Art. 33. Para fins de habilitação das UBSF, os Municípios interessados deverão providenciar os seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º)

I - projeto de implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF) com itinerário da UBSF, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, I)

II - Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos); e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, II)

III - Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) ou legislação que venha a substituí-la. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 2º, III)

Art. 34. O projeto de implantação da ESFF a que se refere o art. 33, I, deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º)

I - indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, I)

II - número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação de cada (ACS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, II)

III - programação de viagens em cada ano, com itinerário das comunidades atendidas, considerando-se o retorno da ESFF a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, III)

IV - circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios em que a UBSF percorrerá; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IV)

V - proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando-se, principalmente, como será garantido atendimento de urgência, inclusive por meio da disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, V)

VI - descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das ESFF; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VI)

VII - listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população, com observância da composição mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VII)

VIII - descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, VIII)

IX - descrição de como a gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) apoiará a ESFF no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, IX)

X - planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos, obedecendo-se a estrutura física mínima exigida nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, e equipamentos que estarão disponíveis na UBSF; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, X)

XI - indicação do Município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a USFF atender mais de um Município. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 3º, XI)

Art. 35. O processo de habilitação da UBSF compreenderá as seguintes etapas: (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º)

I - reunião dos documentos exigidos nos termos do art. 33; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, I)

II - submissão do projeto de implantação da ESFF à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, II)

III - envio do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde para aprovação da CIB ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, III)

IV - envio da resolução da CIB ou, se houver, da CIR e dos documentos exigidos nos termos do art. 33 ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, IV)

V - emissão de parecer técnico pelo Ministério da Saúde que ateste, a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, se a estrutura física da unidade e os equipamentos disponíveis atendem os requisitos mínimos estabelecidos pelo art. 34, X; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, V)

VI - publicação do ato de habilitação da UBSF pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VI)

VII - cadastramento da UBSF e da ESFF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos Portaria nº 941/SAS/MS, de 22 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VII)

§ 1º Os recursos serão repassados aos Municípios após o cadastramento a que se refere o inciso VII do "caput". (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no inciso V do "caput", o Ministério da Saúde poderá emitir seu parecer com base em prévia manifestação técnica da Secretaria Estadual de Saúde efetuada a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, a respeito do atendimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pela estrutura física da unidade e pelos equipamentos ali disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 3º Caso o plano da embarcação apresentado não seja suficiente para verificação do cumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde notificará a Secretaria Municipal de Saúde para complementação de documentos. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 4º Após a complementação de que trata o art. 35, § 3º , o Ministério da Saúde emitirá o parecer técnico sobre o cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 5º Em caso de emissão de parecer técnico favorável, o Ministério da Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde poderá, a qualquer momento, realizar verificação "in loco" do cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 6º Para os fins do disposto no art. 35, § 5º , a Secretaria Estadual de Saúde comunicará imediatamente o Ministério da Saúde no caso de verificação do descumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 7º)

Art. 36. Para as embarcações já existentes e que não contarem com ambiente para dispensação de medicamentos e laboratório, os Municípios deverão apresentar, obrigatoriamente, no projeto de implantação da ESFF, a forma como será garantida a distribuição de medicamentos e a coleta/entrega de exames laboratoriais aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 5º)

Art. 37. Os Municípios com Equipes de Saúde da Família que já exerçam atividades em embarcações com a estrutura física mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica, poderão solicitar a adequação de modalidade para ESFF, observado o regramento previsto nos arts. 33, 34 e 35 do Anexo XXII . (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. Aplica-se às embarcações previstas no "caput" deste artigo o disposto no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 38. As UBSF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize essa relação entre os Municípios, devidamente aprovado pela CIB ou, se houver, pela CIR. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 7º)

Art. 39. Para manutenção dos repasses financeiros, a(s) ESFF deve(m) alimentar, mensalmente, o sistema de informação da atenção básica disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 8º)

Art. 40. As UBSF devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 9º)

CAPÍTULO III
DOS PROFISSIONAIS

Seção I
Das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico

Art. 41. Esta Seção estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 42. As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre o seguintes: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º)

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, I)

II - população sem cobertura de planos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, II)

III - percentual da população residente na área rural; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, III)

IV - percentual da população em extrema pobreza; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, IV)

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, V)

VI - percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada 1.000 (mil) habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VI)

VII - percentual de leitos para cada 1.000 (mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VII)

VIII - indicador de rotatividade definido em função do quantitativo de contratações, extinção de vínculos de emprego e número de equipes de Saúde da Família incompletas, em conformidade com os dados extraídos dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, VIII)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicar a relação das áreas e regiões de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 43. Para obter a extensão do prazo de carência do respectivo financiamento por todo o período de duração da residência médica, o estudante graduado em Medicina deverá optar pelo ingresso em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e em especialidade médica cuja prioridade para o SUS será definida pelo Ministério da Saúde com observância dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º)

I - especialidades definidas como pré-requisito para o credenciamento dos serviços, sobretudo na alta complexidade; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, I)

II - especialidade necessária a uma dada região segundo avaliação da demanda decorrente da evolução do perfil sócio-epidemiológico da população, principalmente relacionadas ao envelhecimento populacional e ao aumento de morbimortalidade decorrente de causas externas; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, II)

III - especialidades necessárias à implementação das políticas públicas estratégicas para o SUS, tais como a Política de Atenção Básica, de Urgência e Emergência, de Saúde Mental, Atenção à Mulher e Criança, Oncológica e Atenção ao Idoso; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, III)

IV - especialidades consideradas escassas ou com dificuldade de contratação em uma dada região segundo análise dos sistemas de informação disponíveis, realização de pesquisa ou demanda referida por gestores da saúde daquela região. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, IV)

Parágrafo Único. Caberá à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) publicar a relação das especialidades médicas prioritárias de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 44. O requerimento de carência estendida de que trata o art. 43 deverá ser preenchido pelo profissional médico beneficiário de financiamento concedido com recursos do FIES por meio de solicitação expressa, em sistema informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, II)

III - data de nascimento; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, III)

IV - correio eletrônico; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, IV)

V - Programa de Residência Médica e instituição a que está vinculado. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, V)

§ 1º O Programa de Residência Médica ao qual o profissional médico esteja vinculado deverá ter início no período de carência previsto no contrato de financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 1º)

§ 2º O coordenador da Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição a qual está vinculado o Programa de Residência Médica é responsável pela validação e atualização das informações prestadas pelo profissional médico beneficiário do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 2º)

§ 3º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a relação de médicos considerados aptos para a concessão da carência estendida por todo o período de duração da residência médica. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 3º)

§ 4º Após ser comunicado, nos termos do § 3º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a efetivação das medidas relativas à concessão da carência estendida. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 3º-A, § 4º)

Art. 45. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou as Coordenações dos Programas de Residência Médica deverão validar e manter cadastro com informações atualizadas dos financiados do FIES sobre o seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou sua participação em Programa de Residência Médica, respectivamente. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º)

Parágrafo Único. Caso solicitado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação (MEC), as Secretarias ou as Coordenações deverão avaliar se as informações prestadas pelo financiado do FIES àquela entidade, referentes ao seu exercício profissional nas equipes de saúde da família ou à sua participação em Programa de Residência Médica, estão em consonância com o cadastro de que trata o caput. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 46. A operacionalização do abatimento do saldo devedor consolidado de que trata o 'caput' do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 2001, será executada pelo FNDE e demais normas do FIES, além do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 47. O profissional médico deverá atuar como integrante de ESF pelo período de, no mínimo, 1 (um) ano ininterrupto como requisito para requerer o abatimento mensal do saldo devedor consolidado do financiamento concedido com recursos do FIES. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-A)

Art. 48. Para requerer o abatimento de que trata esta Seção, o profissional médico preencherá solicitação expressa, em sistema informatizado específico disponibilizado pelo Ministério da Saúde, contendo, dentre outras, as seguintes informações: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B)

I - nome completo; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, I)

II - CPF; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, II)

III - data de nascimento; e (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, III)

IV - correio eletrônico. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, IV)

§ 1º Os gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal deverão confirmar que o solicitante está em exercício ativo das suas atividades como médico integrante da ESF. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 1º)

§ 2º Recebida a solicitação, o Ministério da Saúde comunicará ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), autarquia vinculada ao Ministério da Educação, a relação de médicos considerados aptos para a concessão do abatimento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 2º)

§ 3º Após ser comunicado, nos termos do §2º, o FNDE notificará o agente financeiro responsável para a suspensão da cobrança das prestações referentes à amortização do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 3º)

§ 4º Anualmente, as informações sobre o exercício ativo do profissional médico integrante da ESF deverão ser atualizadas pelo financiado e validadas pelos respectivos gestores de saúde dos Municípios e do Distrito Federal, nos termos do §5º. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 4º)

§ 5º O abatimento mensal de que trata este artigo será operacionalizado anualmente pelo FNDE. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 5º-B, § 5º)

Art. 49. Os critérios e as relações das áreas e regiões e das especialidades médicas prioritárias poderão sofrer alterações e revisões periódicas de acordo com as necessidades do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º)

Parágrafo Único. A alteração de que trata o "caput" não se aplica àquele já em gozo da extensão do prazo de carência e do abatimento do saldo devedor consolidado do financiamento. (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 6º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 203/2013)

Seção II

Das especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico

Art. 50. Ficam instituídas as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 1º)

Art. 51. A instituição das especificações "preceptor" e "residente" de que trata o art. 50 tem os seguintes objetivos: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º)

I - identificar os médicos residentes e seus preceptores no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins de pagamento dos incentivos financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família e acompanhamento das atividades desempenhadas no âmbito da residência médica; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, I)

II - estimular a ocupação das vagas atualmente disponíveis nos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 2º, II)

Art. 52. É obrigatório o cadastramento no SCNES pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais dos médicos residentes e preceptores nas diversas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 3º)

Art. 53. As Secretarias de Saúde distrital e municipais poderão cadastrar no SCNES médicos residentes nas modalidades de Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica em compatibilidade com a carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais de atuação dos médicos residentes na Unidade Básica de Saúde (UBS) nos termos da Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006, da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º)

Parágrafo Único. A cobertura populacional da Equipe de Saúde da Família com médico residente deve ser de, no máximo, o mínimo recomendado na Política Nacional de Atenção Básica, considerando as diversas modalidades previstas de equipes. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 54. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º)

I - cadastrar os médicos residentes e seus preceptores no SCNES; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, I)

II - adequar a cobertura populacional conforme modalidade de Equipe de Saúde da Família e limite de usuários por equipe com médico residente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, II)

III - assegurar o cumprimento mínimo das 30 (trinta) horas semanais de atuação pelo médico residente na Equipe de Saúde da Família, em atendimento ao disposto na Resolução nº 2/CNRM, de 2006; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, III)

IV - atender aos compromissos e contratualizações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de que trata a Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IV)

V - viabilizar adequadas condições de trabalho e ambiência aos médicos residentes e seus preceptores, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Básica, com adesão, se necessário, ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma, de que trata a Seção I do Capítulo II do Título II da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, V)

VI - apoiar os preceptores no seu aprimoramento técnico-científico, sempre que necessário, para melhor desenvolvimento de suas funções, por meio da inclusão em processos de educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VI)

VII - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VII)

VIII - conceder, se possível, aos médicos residentes a mesma remuneração conferida aos médicos que trabalham na Atenção Básica com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, considerando-se a proporcionalidade da carga horária de atuação; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, VIII)

IX - estimular e apoiar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 5º, IX)

Art. 55. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º)

I - monitorar e acompanhar o desenvolvimento dos PRMFC; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, I)

II - fomentar a formação de especialistas no Estado como estratégia de fixação dos profissionais, buscando modificar o quadro de ociosidade dos PRMFC e a força de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, II)

III - cofinanciar o desenvolvimento dos PRMFC, quando for o caso; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, III)

IV - promover a inclusão dos preceptores em processos de educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, IV)

V - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 6º, V)

Art. 56. Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º)

I - adequar o SCNES conforme as disposições desta Seção; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, I)

II - avaliar e monitorar a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, II)

III - habilitar a participação das Equipes de Saúde da Família que possuam médicos residentes do PRMFC no PMAQ-AB a partir da solicitação de adesão realizada pelas Secretarias de Saúde distrital e municipais e Equipes de

Saúde da Família, considerando-se, ainda, o atendimento das regras previstas na Seção II do Capítulo I do Título IV da Portaria de Consolidação nº 5; (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, III)

IV - priorizar a entrada das Equipes de Saúde da Família com médicos residentes no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, mantidos os critérios de seleção ao programa; e (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, IV)

V - efetuar o custeio das bolsas pagas aos médicos residentes em atuação, conforme vagas e programas aprovados no Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), criado pela Portaria Interministerial nº 1.001 MEC-MS, de 22 de outubro de 2009. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 7º, V)

Art. 57. Os gestores de saúde federal, estaduais, distrital e municipais deverão promover a articulação dos PRMFC com os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e incentivar a integração dos PRMFC com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional Telessaúde Brasil REDES (Telessaúde Brasil Redes) e o internato médico nas UBS com PRMFC. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 8º)

Art. 58. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os meios para identificação dos médicos residentes e seus preceptores no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 3147/2012, Art. 9º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXII

Política Nacional de Atenção Básica - Operacionalização (Origem: PRT MS/GM 2436/2017, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1- PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1- Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos,

da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2- Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

IV- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

V - Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI.- Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII.- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII.- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX.- Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2- A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o Distrito Federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

a. Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;

b. Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e

c. Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3- INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1. Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

3.2. Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. Consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de

curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outro ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-X para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se :

i.- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: População/2.000.

iv)- Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

- Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o País, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;

- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;

- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;

- Relação de serviços disponíveis; e

- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4- Tipos de Equipes:

1.- Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2.- Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3.- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do territórios.

5- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

a. a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c. o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d. o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

e. cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e

h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5- Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde à populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6- ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1.- Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do País:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os NASF-AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1.- Equipe de Consultório na Rua (eCR) - equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1.- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1. Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX .Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XXIV-A Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1- Médico:

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2- Cirurgião-Dentista:

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3- Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5- Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I.- Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II.- Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III.- Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV.- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V.- Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI.- O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como:

1- consulta ou procedimento imediato;

1-A. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII.- Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII.- Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII.- Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX.- Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou

pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X.- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI.- Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII.- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quartenária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e

d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII.- Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV.- Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV.- Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI.- Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6- DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I.- Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II.- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III.- Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV.- Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V.- Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I- Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

3. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

4. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF-AB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/Distrito Federal;

a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e

c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III.- O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV.- Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde , num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II :

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, 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 ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

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

II.- ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, 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 das equipes; e

IV.- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2- Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;

- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e

- enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.

Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

ANEXO 2 DO ANEXO XXII

Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 1)

Teto financeiro por unidade da federação dos recursos referentes ao incentivo para as equipes de SF que incorporarem os ACE na sua composição:

UF	Estado	Teto financeiro por estado
DF	DISTRITO FEDERAL	R$ 73.600,00
GO	GOIÁS	R$ 864.000,00
MT	MATO GROSSO	R$ 454.400,00
MS	MATO GROSSO DO SUL	R$ 339.200,00
AL	ALAGOAS	R$ 614.400,00
BA	BAHIA	R$ 2.064.000,00
CE	CEARÁ	R$ 1.462.400,00
MA	MARANHÃO	R$ 1.456.000,00
PB	PARAÍBA	R$ 1.033.600,00
PE	PERNAMBUCO	R$ 1.500.800,00
PI	PIAUÍ	R$ 892.800,00
RN	RIO GRANDE DO NORTE	R$ 710.400,00
SE	SERGIPE	R$ 454.400,00
AC	ACRE	R$ 108.800,00
AP	AMAPÁ	R$ 118.400,00
AM	AMAZONAS	R$ 422.400,00
PA	PARÁ	R$ 720.000,00
RO	RONDÔNIA	R$ 185.600,00
RR	RORAIMA	R$ 80.000,00
TO	TOCANTINS	R$ 313.600,00
ES	ESPÍRITO SANTO	R$ 448.000,00

MG	MINAS GERAIS	R$ 3.340.800,00
RJ	RIO DE JANEIRO	R$ 1.222.400,00
SP	SÃO PAULO	R$ 2.643.200,00
PR	PARANÁ	R$ 1.411.200,00
RS	RIO GRANDE DO SUL	R$ 985.600,00
SC	SANTA CATARINA	R$ 1.078.400,00
Brasil	Total	R$ 24.998.400,00

ANEXO 3 DO ANEXO XXII

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da Família (Origem: PRT MS/GM 1007/2010, Anexo 2)

Proposta de Incorporação do Agente de Controle de Endemias nas equipes de Saúde da FamíliaCaracterização Geral

Município _____

UF _____

Código IBGE_____

1.Número total de equipes de SF do Município:

2.Número de equipes de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

3.Identificação das equipe(s) de Saúde da Família que estarão incorporando ACE:

a) Nome da equipe e número no SCNES

b) Nome da equipe e número no SCNES

c) (identificar todas as equipes)

4.Modalidade das equipes de Saúde da Família referida no item 2

Número de equipes Modalidade I:

Número de equipes Modalidade II:

5.Descrição do processo de trabalho a ser implementado:

Local e Data:

_____

Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 4 DO ANEXO XXII

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 1)

Número máximo de microscopistas pelos quais os Municípios poderão fazer jus ao recebimento de incentivo financeiro

UF	Cód. Município	Município	Total Total
RO	110002	ARIQUEMES	11
RO	110010	GUAJARÁ-MIRIM	5
RO	110013	MACHADINHO D'OESTE	4
RO	110020	PORTO VELHO	21
RO	110026	RIOCRESPO	1
RO	110033	NOVA MAMORE	2
RO	110040	ALTO PARAISO	3
RO	110045	BURITIS	7
RO	110070	CAMPO NOVO DE RONDONIA	3
RO	110080	CANDEIAS DO JAMARI	3
RO	110094	CUJUBIM	2
RO	110110	ITAPUA DO OESTE	2
RO	110160	THEOBROMA	4
RO	110175	VALEDOANARI	2
AC	120001	ACRELANDIA	3
AC	120020	CRUZEIRO DO SUL	13
AC	120033	MANCIO LIMA	2

AC	120038	PLACIDO DE CASTRO	4
AC	120039	PORTO WALTER	1
AC	120042	RODRIGUES ALVES	3
AC	120060	TARAUACA	5
AM	130140	EIRUNEPÉ	10
AM	130220	JURUÁ	3
AM	130280	MARAA	7
AM	130370	SANTO ANTÔNIO DO IÇÁ	11
AM	130390	SAO PAULO DE OLIVENÇA	4
AM	130002	ALVARAES	4
AM	130014	APUÍ	5
AM	130020	ATALAIA DO NORTE	2
AM	130030	AUTAZES	7
AM	130040	BARCELOS	5
AM	130063	BERURI	3
AM	130080	BORBA	13
AM	130083	CAAPIRANGA	2
AM	130090	CANUTAMA	4
AM	130110	CAREIRO	9
AM	130115	CAREIRO DA VÁRZEA	3
AM	130120	COARI	18
AM	130165	GUAJARA	3
AM	130170	HUMAITÁ	8
AM	130180	IPIXUNA	4
AM	130185	IRANDUBA	9
AM	130190	ITACOATIARA	15
AM	130200	ITAPIRANGA	2
AM	130230	JUTAÍ	7
AM	130240	LABREA	6
AM	130250	MANACAPURU	18
AM	130255	MANAQUIRI	5
AM	130260	MANAUS	42
AM	130270	MAN ICORE	9
AM	130320	NOVO AIRAO	2
AM	130330	NOVO ARIPUANA	5
AM	130353	PRESIDENTE FIGUEIREDO	5
AM	130356	RIO PRETO DA EVA	7
AM	130360	SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	3
AM	130380	SAO GABRIEL DA CACHOEIRA	9
AM	130395	SAO SEBASTIAO DO UATUMA	2
AM	130400	SILVES	1
AM	130410	TAPAUÁ	3
AM	130420	TEFE	14
AM	130426	UARINI	2
RR	140002	AMAJARI	2
RR	140015	BONFIM	3
RR	140017	CANTA	2
RR	140020	CARACARAÍ	3
RR	140023	CAROEBE	1
RR	140028	IRACEMA	2
RR	140030	MUCAJAÍ	3
RR	140047	RORAINOPOLIS	2
RR	140050	SAO JOAO DA BALIZA	1
PA	150530	ORIXIMINA	11
PA	150470	MOJU	15

PA	150345	IPIXUNA DO PARA	5
PA	150060	ALTAMIRA	11
PA	150070	ANAJAS	3
PA	150085	ANAPU	3
PA	150195	CACHOEIRA DE PIRIA	6
PA	150309	GOIANESIA DO PARA	4
PA	150360	ITAITUBA	24
PA	150375	JACAREACANGA	3
PA	150503	NOVO PROGRESSO	2
PA	150548	PACAJA	10
PA	150550	PARAGOMINAS	13
PA	150600	PRAINHA	6
PA	150780	SENADOR JOSE PORFIRIO	3
PA	150810	TUCURUI	13
AP	160005	SERRA DO NAVIO	1
AP	160015	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	2
AP	160020	CALCOENE	1
AP	160023	FERREIRA GOMES	1
AP	160040	MAZAGAO	4
AP	160050	OIAPOQUE	3
AP	160053	PORTO GRANDE	2
AP	160070	TARTARUGALZINHO	1
MT	510325	COLNIZA	5
MT	510757	RON DOLANDIA	1

ANEXO 5 DO ANEXO XXII

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 2)

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica

São ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF E/OU Equipes de agentes comunitários de Saúde.

A - COLETAR MATERIAL BIOLÓGICO

1. Atender o paciente;

2. Ponderar o pedido de exame;

3. Certificar-se do preparo do paciente;

4. Posicionar o paciente de acordo com o exame;

5. Identificar o material biológico do paciente;

6. Efetuar assepsia na região de coleta;

7. Puncionar polpa digital;

8. Acondicionar amostra para transporte.

B - RECEBER MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confrontar material biológico com o pedido;

2. Conferir as condições do material biológico.

C - PREPARAR AMOSTRA DO MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confeccionar lâminas (esfregaço);

2. Preparo do esfregaço delgado, quando indicado;

3. Corar lâminas.

D - AJUSTAR EQUIPAMENTOS ANALÍTICOS E DE SUPORTE

1. Executar manutenção preventiva do equipamento;

2. Calibrar o equipamento;

3. Ao final do dia, fazer manutenção e limpeza do microscópio;

4. Providenciar manutenção corretiva do equipamento.

E - REALIZAR EXAMES CONFORME O PROTOCOLO

1. Dosar volumetria de reagentes e soluções para exames;

2. Realizar análise macroscópica;

3. Avaliar a qualidade de coloração da gota espessa;

4. Avalair a qualidade de coloração do esfregaço;

5. Identificar a parasitemia para a malária e demais agravos passíveis de diagnóstico por meio do exame da gota espessa, aos quais estiver capacitado;

6. Realizar análise microscópica e quantificação da parasitemia;

7. Uso de testes rápidos para o diagnóstico de malária (quando se aplica);

8. Comparar resultados com os parâmetros de normalidade;

9. Dispensar ao paciente com malária os medicamentos necessários ao tratamento, de acordo com a espécie parasitária identificada no exame microscópico, conforme preconiza o Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde, se necessário;

10. Comparar o resultado do exame com resultados anteriores;

11. Comparar resultado do exame com os dados clínicos do paciente;

12. Liberar exames para responsável que estiver acompanhando o paciente.

F - ADMINISTRAR O SETOR

1. Organizar o fluxograma de trabalho juntamente com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

2. Organizar o local de trabalho;

3. Gerenciar estoque de insumos;

4. Abastecer o setor;

5. Armazenar as amostras;

6. Consumir os kits por ordem de validade;

7. Encaminhar equipamento para manutenção;

8. Participar e promover atividades de capacitação e educação permanente junto à Equipe de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde;

9. Supervisionar as atividades de coleta de exames de gota espessa realizadas pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

10. Elaborar controles estatísticos e epidemiológicos por meio das fichas do SIVEP - Malária.

G - TRABALHAR COM SEGURANÇA E QUALIDADE

1. Usar equipamento de proteção individual (EPI);

2. Seguir procedimentos e protocolos em caso de acidente;

3. Submeter-se a exames de saúde periódicos;

4. Tomar vacinas;

5. Aplicar normas complementares de biossegurança;

6. Verificar as condições de uso do equipamento;

7. Acondicionar material para descarte;

8. Descartar resíduos químicos e biológicos;

9.Verificar a validade dos reagentes;

10. Descartar kits com validade vencida;

11. Precaver-se contra efeitos adversos dos produtos;

12. Desinfectar instrumental e equipamentos.

H - COMUNICAR-SE

1. Dialogar com o paciente;

2. Orientar o paciente sobre os procedimentos da coleta do material;

3. Registrar a ação da coleta;

4. Anotação do resultado no Boletim de Notificação de Casos de Malária:

a. Método tradicional em cruzes (avaliação semiquantitativa);

B. Método de avaliação quantitativa pela contagem de 100 campos microscópicos.

5. Registrar a medicação que o paciente está tomando no Boletim do SIVEP-Malária;

6. Anotação do resultado no "Livro do Laboratório";

7. Envio das lâminas examinadas para o Laboratório de Revisão (100% das lâminas positivas e 10% das lâminas negativas);

8. Enviar os Boletins de Notificação de Casos de Malária para digitação;

9. Trocar informações técnicas;

10. Consultar o médico, se necessário;

11. Realizar investigação do caso (UF provável de infecção; Município provável de infecção; localidade provável de infecção) junto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, quando necessário;

12. Ao suspeitar de malária grave, providenciar, em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde, o encaminhamento urgente do doente para a assistência médico-hospitalar;

13. Se o resultado for negativo, encaminhar o paciente à unidade de saúde de referência para o esclarecimento diagnóstico;

14. Fazer o agendamento para o acompanhamento com as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), se necessário;

15. Solicitar material ao almoxarifado;

16. Transcrever resultados observados

ANEXO XXIII

Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Origem: PRT MS/GM 1044/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Art. 2º Poderão aderir, voluntariamente, à política ora instituída, os Municípios e Estados que tiverem sob sua gestão estabelecimento hospitalar que preencha os seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º)

I - ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, I)

II - estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, II)

III - possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, III)

IV - estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 2º, IV)

Art. 3º São requisitos necessários para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º)

I - estar habilitado segundo as condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência - NOB/96 ou na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS - 01/2002; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, I)

II - comprovar a operação do Fundo de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, II)

III - comprovar o funcionamento do Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, III)

IV - apresentar Plano de Trabalho aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, IV)

V - formalizar Termo de Adesão junto ao Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. As orientações para o desenvolvimento do Termo de Adesão e do Plano de Trabalho serão objeto de Instrução Normativa a ser publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá aos estabelecimentos de saúde, de acordo com normatização vigente: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º)

I - adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I)

a) especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica); (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, a)

b) saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, b)

c) pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, c)

d) urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrante do sistema regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, I, d)

II - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, de acordo com a realidade locorregional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, II)

III - participar da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, III)

IV - cumprir o Contrato de Metas firmado com o gestor local de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, IV)

V - desenvolver ações de qualificação da gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, V)

VI - regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VI)

VII - participar na composição do Conselho Gestor do Contrato de Metas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VII)

VIII - alimentar, sistematicamente, os sistemas de informações do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, VIII)

Parágrafo Único. O perfil assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte poderá ser adequado de forma alternativa, a critério do gestor de saúde, desde que sejam respeitados os requisitos técnicos e a legislação pertinente nas áreas fins. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 5º A oferta quantitativa de leitos dos Hospitais de Pequeno Porte será ajustada tomando como parâmetro: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 5% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, III)

§ 1º Os parâmetros de que trata este artigo expressam-se na fórmula Necessidade de Leitos = Necessidade de Internações Programadas/Capacidade de Internação por Leito, conforme orientações do Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 1º)

§ 2º Esses parâmetros serão reavaliados periodicamente pelo Ministério da Saúde, podendo ser atualizados na medida da necessidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 5º, § 2º)

Art. 6º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, caberá ao responsável pela gestão do sistema hospitalar: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º)

I - apresentar diagnóstico da rede hospitalar e sua integração com o sistema de atenção local e regional; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, I)

II - elaborar Plano de Trabalho a ser submetido ao respectivo Conselho de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, contendo o detalhamento das metas, ações e programações a serem implementadas nas unidades de saúde que preencherem os critérios de seleção; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, II)

III - desenvolver a capacitação institucional e modernização da gestão visando à qualificação permanente das ações integradas de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, III)

IV - pactuar com os gestores municipal e estadual os mecanismos de referência e contra-referência para atendimento à população em sua microrregião, em consonância com as diretrizes da regionalização dos Estados; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, IV)

V - elaborar relatório semestral contendo avaliação das ações realizadas, a ser apresentado ao respectivo Conselho de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, V)

VI - acompanhar e avaliar o desempenho dos estabelecimentos de saúde e o cumprimento do Contrato de Metas; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VI)

VII - monitorar a alimentação das informações nos bancos de dados do SUS, por parte dos estabelecimentos de saúde contratados; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VII)

VIII - garantir a integração do hospital com a rede de atenção básica e a implementação das políticas de saúde prioritárias do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, aos Estados caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º)

I - oferecer cooperação e assessoria técnica aos municípios para a elaboração do diagnóstico e dos "Planos de Trabalho"; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, I)

II - desenvolver e implementar projetos estratégicos para a capacitação de gestores municipais e gerentes das unidades hospitalares de pequeno porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, II)

III - encaminhar ao Ministério da Saúde, após apreciação pela CIB, a formalização da adesão do Estado à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte e os Planos de Trabalho formulados pelos Municípios ou pelo próprio Estado; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, III)

IV - participar no financiamento, conforme estabelecido no art. 10, § 1º ; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, IV)

V - acompanhar, supervisionar e avaliar os projetos, encaminhando ao Ministério da Saúde os relatórios semestrais contendo avaliação do impacto das ações realizadas; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, V)

VI - estimular o processo de descentralização das unidades sob gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 7º, VI)

Art. 8º Em relação à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, ao Ministério da Saúde caberá: (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º)

I - implementar políticas e estratégias em conjunto com Estados e municípios, resultantes da pactuação entre as três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, I)

II - oferecer assessoria técnica a Estados e municípios para a elaboração e implantação dos Planos de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, II)

III - desenvolver e implementar projetos estratégicos, em parceria com Estados e municípios, para a capacitação de gestores estaduais e municipais; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, III)

IV - monitorar, controlar e avaliar a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte; (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, IV)

V - analisar e encaminhar os projetos para homologação na Comissão Intergestores Tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, V)

VI - aprimorar e utilizar os sistemas de informação existentes para o acompanhamento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 8º, VI)

Art. 9º A alocação de recursos de custeio aos estabelecimentos de saúde que atenderem aos critérios definidos no art. 2º será efetuada por Orçamento Global, mediante Contrato de Metas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º)

§ 1º O valor correspondente ao custeio global dos hospitais de pequeno porte, em conformidade com o art. 5º, será normatizado pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 1º)

§ 2º O repasse dos recursos de custeio será realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais, de acordo com as normas vigentes para tal finalidade. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A adesão e o valor de contrato destinado a cada estabelecimento de saúde, bem como os valores a serem repassados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde serão publicados no Diário Oficial da União. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. O Ministério da Saúde utilizará como base para a execução da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte o montante de recursos utilizados para o pagamento da produção apresentada pelos estabelecimentos de saúde no ano de 2003, acrescido do impacto financeiro de todos os reajustes concedidos até a data da contratação desses hospitais. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10)

§ 1º Os recursos financeiros necessários à cobertura da diferença entre o faturamento SUS pago no ano de 2003 para cada estabelecimento e o valor previsto para a orçamentação global por meio do Contrato de Metas serão divididos igualmente entre o Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 1º)

§ 2º Excepcionalmente, poderão ser apresentadas, para apreciação e deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), propostas de custeio prevendo a participação de municípios, pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 10, § 2º)

Art. 11. Os recursos financeiros de investimento necessários deverão estar em conformidade com o Plano Diretor de Investimentos dos Estados. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11)

Parágrafo Único. Os projetos de investimento deverão ser apresentados de acordo com a Cartilha de Apresentação de Propostas do Ministério da Saúde, mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres, conforme a normatização vigente e disponível no endereço eletrônico portalfns.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 12. O acompanhamento do Contrato de Metas será realizado por Conselho Gestor a ser instituído pelo respectivo Conselho de Saúde ou por Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas no âmbito do respectivo Conselho de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12)

Parágrafo Único. O Órgão Colegiado de Acompanhamento de que trata o caput deste artigo deverá efetuar o acompanhamento mensal do Contrato de Metas e avaliar os relatórios semestrais das atividades desenvolvidas pelo estabelecimento de saúde, incluindo a análise de documentos contábeis, balancetes e outros julgados cabíveis. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 12, Parágrafo Único)

Art. 13. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) definirá, em portaria complementar, os parâmetros e indicadores para acompanhamento e avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde, visando à manutenção do repasse de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13)

§ 1º O não cumprimento das obrigações previstas na Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte e no Contrato de Metas implicará na suspensão das transferências financeiras pactuadas. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde apresentará, para aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite, a desqualificação dos Estados e municípios que não comprovarem o cumprimento de suas responsabilidades. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 13, § 2º)

Art. 14. Fica vedado o credenciamento pelo SUS de novos hospitais de pequeno porte em todo o território nacional, bem como o investimento do SUS para construção desse tipo de unidade, levando em consideração os parâmetros de necessidade de leitos, e o disposto no art. 5º. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 14)

Art. 15. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias para a operacionalização da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. (Origem: PRT MS/GM 1044/2004, Art. 15)

CAPÍTULO II
DA PARTICIPAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL PARA OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Seção I
Disposições Gerais

Art. 16. A critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, fica facultada a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte que detenham as características constantes dos itens abaixo, desde que cumpridos os demais critérios de seleção estabelecidos pelo Anexo XXIII: (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º)

I - estabelecimentos de saúde com mais de 30 leitos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, após o ajuste de leitos definidos pelo art. 5º apresentar necessidade de até 30 leitos; (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, I)

II - estabelecimentos de saúde que estão localizados em municípios com cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) menor que 70% poderão apresentar planos de trabalho para adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, a vigência do efeito financeiro só terá início mediante a adequação da cobertura do PSF maior que 70%, comprovada por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB; e (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, II)

III - estabelecimentos de saúde que apresentam valores financeiros da AIH 2004 maior que o definido pela Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, poderão aderir, considerando a base da AIH 2004 como seu valor de custeio correspondente. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 1º, III)

Art. 17. O disposto no art. 14 não se aplica aos estabelecimentos de saúde públicos e filantrópicos, construídos, até a data de publicação da Portaria nº 852/GM/MS, de 07 de junho de 2005, e operacionalizados com recursos públicos, ainda não cadastrados no CNES, e considerados relevantes para o sistema local de saúde pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º)

Parágrafo Único. As unidades que se enquadram no disposto neste artigo deverão aderir à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, mediante justificativa do gestor estadual de saúde, apresentada à Secretaria de Atenção à Saúde, para análise aprovação e registro no CNES. (Origem: PRT MS/GM 852/2005, Art. 2º, Parágrafo Único)

Seção II
Dos critérios da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal

Art. 18. Para a alocação de recursos financeiros dos hospitais de Pequeno Porte dos estados integrantes da região da Amazônia Legal, será considerada a oferta quantitativa do ajuste de leitos/necessidade de leitos, conforme o definido no Capítulo II do Título IV da Portaria de Consolidação nº 1, tomando como parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º)

I - a necessidade de internações de baixa e média complexidade, estimada em 6% da população da área de abrangência/ano; (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, I)

II - taxa de ocupação de 80%; e (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, II)

III - média de permanência de 5 dias. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 1º, III)

Art. 19. Poderão aderir à Política Nacional, a critério dos gestores estaduais e municipais de saúde, os hospitais de pequeno porte da Amazônia Legal localizados em municípios que ainda não atingiram a cobertura mínima de 70% por Equipes de Saúde da Família (ESF). (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º)

Parágrafo Único. A adequação do critério de cobertura populacional por ESF terá efeito para estados/municípios que apresentem em seus planos municipais de saúde ações e metas progressivas de qualificação da atenção básica, demonstrando a integração/interface entre a atenção básica e a atenção hospitalar, nesse nível de complexidade, dentro da lógica do Pacto de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 20. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) será a instância de pactuação, avaliação e deliberação da análise e definição das propostas apresentadas com vistas à participação dos estabelecimentos de saúde/municípios na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte da Amazônia Legal. (Origem: PRT MS/GM 1955/2006, Art. 3º)

ANEXO XXIV

Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Origem: PRT MS/GM 3390/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições regulamentares da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 2º)

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica especifica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 3º)

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º)

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Para efeito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º)

I - acessibilidade hospitalar: a condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos do hospital por uma pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, I)

II - acolhimento: a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, II)

III - apoio matricial: o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, III)

IV - auditoria clínica: a análise crítica e sistemática da qualidade de atenção à saúde prestada no hospital, incluindo-se os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, uso dos recursos e os resultados para os usuários; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IV)

V - classificação de risco: protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, V)

VI - clínica ampliada: dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VI)

VII - diretrizes terapêuticas: recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VII)

VIII - gerência: administração de uma unidade ou órgão de saúde, tais como ambulatório, hospital, instituto e fundação, que se caracteriza como prestador de serviços do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, VIII)

IX - gestão: atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, distrital, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, envolvendo as macrofunções de formulação de políticas/planejamento, financiamento,

coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados e prestação direta de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, IX)

X - gestão da clínica: práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, X)

XI - gerenciamento de leitos: dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XI)

XII - horizontalização do cuidado: a forma de organização do trabalho em saúde, na qual existe uma equipe multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XII)

XIII - linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIV)

XV - Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH): Núcleo composto por profissionais das diversas áreas do hospital cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma do Título I do Livro II do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 3; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XV)

XVI - modelo de atenção: forma como é organizado o sistema de saúde a partir da compreensão do processo de saúde e doença, do modo como se organiza a oferta de serviços e suas formas de intervenção por meio dos modelos de práticas profissionais e institucionais estruturadas para o atendimento de necessidades individuais e coletivas, específicas para um determinado contexto histórico e social; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVI)

XVII - Plano Terapêutico: plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional, com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVII)

XVIII - ponto de atenção: espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, como uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XVIII)

XIX - prontuário único: o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XIX)

XX - Portas Hospitalares de Urgência e Emergência: serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XX)

XXI - protocolo clínico: documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXI)

XXII - RAS: malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXII)

XXIII - visita aberta: o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 5º, XXIII)

CAPÍTULO II
DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO II)

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º)

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, I)

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, II)

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, III)

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IV)

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, V)

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VI)

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VII)

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, VIII)

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, IX)

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, X)

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XI)

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XII)

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIII)

XIV - monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 6º, XIV)

CAPÍTULO III
DOS EIXOS ESTRUTURANTES
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III)

Art. 7º São eixos estruturantes da PNHOSP: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º)

I - Assistência Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, I)

II - Gestão Hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, II)

III - Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, III)

IV - Financiamento; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, IV)

V - Contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, V)

VI - Responsabilidades das Esferas de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 7º, VI)

Seção I
Do Eixo de Assistência Hospitalar
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 8º A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 8º)

Art. 9º A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras politicas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 9º)

Art. 10. A assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas, será prestada em Regime de Hospital Dia, nos termos do Anexo 1.

Art. 11. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10)

§ 1º O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonancia com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 2º)

§ 3º A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 10, § 3º)

Art. 12. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11)

§ 1º A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia

de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 2º)

§ 3º A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 3º)

§ 4º O Plano Terapêutico será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 4º)

§ 5º As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 5º)

§ 6º O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 6º)

§ 7º Cabe ao hospital implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/ANVISA, de 25 de julho de 2013, de forma a elaborar um Plano de Segurança do Paciente, bem como garantir a implantação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 7º)

§ 8º Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 8º)

§ 9º Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde deverão ser implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 11, § 9º)

Art. 13. Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 12)

Art. 14. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 13)

Art. 15. Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. O direito de crianças e adolescentes de brincar será assegurado, assim como o direito de estudar, que será implementado de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Educação Estadual, Distrital e Municipal em articulação com gestor de saúde local. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 16. A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo a cada 2 (dois) anos, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 15)

Art. 17. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16)

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, I)

II - articulaçao da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, II)

III - implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 16, III)

Seção II
Do Eixo de Gestão Hospitalar
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 18. A gestão da atenção hospitalar será pautada: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17)

I - na garantia do acesso e qualidade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, I)

II - no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, II)

III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, III)

IV - no planejamento participativo e democrático. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 17, IV)

Art. 19. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18)

I - o papel do hospital na rede; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, I)

II - a implementação de fluxos regulatórios; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, II)

III - a contratualização; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, III)

IV - os critérios de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, IV)

§ 1º O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, utilizando-se de protocolos assistenciais e de critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades, conforme pactuação da CIB ou da CIR, quando existir, para proporcionar acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 1º)

§ 2º Os hospitais disponibilizarão ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 18, § 2º)

Art. 20. O Plano Diretor e os contratos internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19)

§ 1º Cabe aos hospitais desenvolver estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 1º)

§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 2º)

§ 3º A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 3º)

§ 4º Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 19, § 4º)

Art. 21. A administração dos hospitais será profissionalizada por meio de ações de indução e apoio à formação de competências específicas de profissionais que ocupem cargos de direção e de gerência intermediária. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 20)

Art. 22. A administração dos insumos, da infraestrutura, de recursos financeiros e a gestão da força de trabalho serão direcionados para o cumprimento do papel do hospital na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 21)

Art. 23. Para efeito de investimento pelo SUS, a direção do hospital pactuará junto aos gestores do SUS a demanda para ampliação ou reforma da capacidade instalada e incorporação de tecnologias que impliquem em acréscimos na contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 22)

Seção III

Dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar

Art. 24. Ficam instituídos os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º)

Parágrafo Único. São consideradas como Centros Colaboradores aquelas instituições hospitalares, integrantes do Sistema Único de Saúde que tenham comprovada experiência e qualidade na gestão organização assistencial e, portanto, estejam aptas a desenvolver ações de assessoria/consultoria a outros hospitais, igualmente integrantes do Sistema. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 25. Compete aos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar o desenvolvimento de atividades de assessoria/consultoria, nas áreas em que forem selecionados, junto a hospitais predefinidos pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS e integrantes do Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 2º)

Art. 26. A Secretaria de Atenção à Saúde deve estabelecer critérios de seleção para os hospitais que atuarão como Centros Colaboradores, celebrando, com os mesmos, Termos de Cooperação Técnica para a execução das atividades de assessoria/consultoria, bem como adote todas as demais providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 3º)

Art. 27. Será concedido, por meio de ato próprio, às Instituições selecionadas que firmarem o Termo de Cooperação Técnica, de que trata o art. 26, e atuarem como Centros Colaboradores, o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, que terá validade pelo período de 01 (um) ano. (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º)

Parágrafo Único. As instituições tituladas como Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar serão priorizadas no estabelecimento de outras parcerias com o Ministério da Saúde na área de assistência hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 582/2000, Art. 4º, Parágrafo Único)

Seção IV

Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 28. Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do SUS desempenhar um importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23)

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 1º)

§ 2º Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 23, § 2º)

Art. 29. Os hospitais adotarão as seguintes estratégias de valorização dos trabalhadores: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24)

I - avaliação de desempenho; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, I)

II - educação permanente; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, II)

III - avaliação da atenção à saúde do trabalhador. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, III)

§ 1º A avaliação de desempenho dos trabalhadores pressupõe a existência de oportunidades sistemáticas para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores, buscando a corresponsabilização das equipes com as avaliações. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º O programa de educação permanente em saúde deve ser oferecido aos profissionais de saúde das equipes dos hospitais, baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais e das equipes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 2º)

§ 3º A atenção à saúde do trabalhador contemplará ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 24, § 3º)

Art. 30. A gestão da força de trabalho na atenção hospitalar no SUS será direcionada para aperfeiçoar mecanismos de provimento, fixação e habilitação de profissionais, buscando atender aos pressupostos da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 25)

Seção V
Do Eixo de Financiamento
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 31. O financiamento da assistencia hospitalar será realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS e o disposto no Anexo 3. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 26)

Art. 32. A busca da sustentabilidade será uma das bases do custeio dos hospitais, considerando a sua população de referência, o território de atuação, a missão e o papel desempenhado na RAS, pactuados regionalmente. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27)

§ 1º Todos os recursos que compõem o custeio das ações e serviços para a atenção hospitalar constarão em um único instrumento formal de contratualização, mediado pelo cumprimento de metas qualiquantitativas de assistência, gestão e ensino/pesquisa. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 1º)

§ 2º As regiões com populações dispersas e rarefeitas em grandes extensões territoriais, como a Amazônia Legal, terão mecanismos de custeio que considerem as especificidades regionais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 27, § 2º)

Art. 33. Os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais, de acordo com os seguintes critérios de priorização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28)

I - estar em consonância com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, I)

II - contemplar os projetos de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritárias do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, II)

III - priorizar regiões remotas com grandes vazios assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 28, III)

Seção VI
Do Eixo de Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção V)

Art. 34. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29)

Parágrafo Único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 29, Parágrafo Único)

Art. 35. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com o disposto no Anexo 2 e as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30)

I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, I)

II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, II)

III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas qualiquantitativas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, III)

IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, IV)

V - efetivação do controle social e garantia de transparência. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 30, V)

Art. 36. O gestor local levará em consideração os seguintes critérios de priorização para a contratualização: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31)

I - hospitais públicos, quais sejam federais, estaduais, distrital ou municipais; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, I)

II - hospitais de direito privado sem fins lucrativos, que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, II)

III - hospitais de direito privado sem fins lucrativos que prestam o mínimo de 60% (sessenta por cento) dos seus serviços ao SUS; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, III)

IV - demais hospitais privados sem fins lucrativos; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, IV)

V - hospitais privados com fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 31, V)

Seção VII
Do Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO III, Seção VI)

Art. 37. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32)

§ 1º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º)

I - definir, implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP em consonância com os princípios da universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização com direção única em cada esfera de governo, da forma pactuada na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - estabelecer, no Plano Nacional de Saúde, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar em todo território nacional; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - definir, monitorar e avaliar a contratualização da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IV)

V - estabelecer diretrizes nacionais para a educação permanente em saúde na atenção hospitalar, de acordo com a pactuação na CIT; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, V)

VI - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VI)

VII - fomentar a gestão de tecnologias em saúde direcionadas para a atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VII)

VIII - articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, VIII)

IX - estabelecer, de acordo com a pactuação na CIT, mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho, de processos e de resultados; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, IX)

X - ser copartícipe da contratualização dos hospitais sob sua gerência com os gestores locais e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, X)

XI - organizar, executar e avaliar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XI)

XII - prestar assessoria técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios no processo de qualificação da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XII)

XIII - prestar assessoria técnica aos hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIII)

XIV - viabilizar parcerias com organismos internacionais e o setor privado para o fortalecimento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 1º, XIV)

§ 2º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º)

I - coordenar, no âmbito estadual ou do Distrito Federal, a implantação, o monitoramento e a avaliação da PNHOSP, de forma pactuada na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, I)

II - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual ou do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, II)

III - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IV)

V - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, V)

VI - organizar, executar e/ou gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua responsabilidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VI)

VII - elaborar as prioridades e fomentar a realização de ensino e pesquisa que fortaleçam a assistência hospitalar aos usuários do SUS, em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VII)

VIII - estabelecer, de forma pactuada com os Municípios, os mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar, por meio de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, VIII)

IX - prestar assessoria técnica aos Municípios e hospitais no processo de qualificação da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, IX)

X - propor diretrizes estaduais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 2º, XI)

§ 3º Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal: (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º)

I - coordenar, no âmbito municipal e do Distrito Federal, a implantação, execução, monitoramento e avaliação da PNHOSP, de acordo com o pactuado na CIB e na CIR; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, I)

II - estabelecer, no Plano Municipal e do Distrito Federal de Saúde, as metas e prioridades para a organização da atenção hospitalar no seu território; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, II)

III - estabelecer de forma pactuada com os Estados, o desenho da RAS, definindo os pontos de atenção hospitalar e suas atribuições; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, III)

IV - cofinanciar a atenção hospitalar, de forma tripartite; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IV)

V - organizar, executar e gerenciar os serviços de atenção hospitalar sob sua gerência; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, V)

VI - estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua gestão e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas no instrumento contratual; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VI)

VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VII)

VIII - prestar assessoria técnica aos hospitais sob sua gestão no processo de qualificação da atenção e gestão hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, VIII)

IX - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação; (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, IX)

X - propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, X)

XI - registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais no âmbito do seu território nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 32, § 3º, XI)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 38. A implementação da PNHOSP será gradual, a partir da celebração de novas contratualizações, com prioridade para os hospitais que fazem parte das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 33)

Art. 39. Fica instituído o Comitê Gestor da Atenção Hospitalar, com composição tripartite, que monitorará e avaliará a PNHOSP periodicamente, além de estudar e aprofundar as discussões para o aprimoramento de seus eixos estruturantes. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34)

§ 1º O Comitê Gestor de que trata o "caput" deverá aprofundar as discussões para reformulação da modelo de financiamento da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 1º)

§ 2º Ato específico do Ministro de Estado da Saúde regulamentará o funcionamento e disporá acerca da composição e competências do Comitê de que trata o "caput". (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 34, § 2º)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 3390/2013, CAPÍTULO V)

Art. 40. As unidades hospitalares certificadas como Hospitais de Excelência, nos termos do Anexo XCIII da Portaria de Consolidação nº 5, obedecerão à regulamentação aplicável à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) quando atuarem na prestação de ações e serviços de saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 35)

Art. 41. A SAS/MS publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações especificas para a execução da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 36)

ANEXO 1 DO ANEXO XXIV
Da modalidade de assistência em regime de hospital-dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001)

Art. 1º Fica aprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a modalidade de assistência - Hospital Dia. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 1º)

Art. 2º O Regime de Hospital Dia é definido como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 2º)

Art. 3º Para a realização de procedimentos em regime de Hospital Dia as Unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), deverão cumprir os requisitos abaixo descritos, sendo a vistoria realizada pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde e os relatórios encaminhados à Secretaria de Atenção à Saúde para providências relativas à publicação de ato normativo: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º)

I - condições gerais da unidade: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I)

a) recepção com sala de espera; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, a)

b) vestiário masculino e feminino; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, b)

c) sanitários para pacientes, acompanhantes e funcionários; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, c)

d) oferecer refeições adequadas durante o período de permanência do paciente na Unidade; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, d)

e) equipe de plantão com no mínimo 01 (um) médico, 01 (uma) enfermeira e auxiliares de enfermagem em número suficiente e correspondente aos leitos disponíveis, durante todo o período de funcionamento da unidade para prestar assistência aos pacientes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, e)

f) garantir vaga na própria unidade de saúde ou referência para transferência, quando necessário, de pacientes para outras unidades hospitalares mais complexas ou unidade de tratamento intensivo, quando não possuir; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, f)

g) garantir a continuidade e assistência após alta ou em decorrência de complicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, g)

h) obedecer os parâmetros constantes da Portaria GM/MS nº 1.884/94; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, I, h)

II - condições e requisitos específicos para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos em regime de atendimento em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II)

a) centro cirúrgico com sala(s) cirúrgica(s) devidamente equipada(s); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, a)

b) centro de esterilização e desinfecção de materiais einstrumentos de acordo com normas vigentes; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, b)

c) condições mínimas para realização do ato anestésico, conforme Resolução nº 1.363/93 do Conselho Federal de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, c)

d) enfermaria masculina, feminina e pediátrica quando for o caso, para recuperação e observação pós-anestésica devidamente equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências, etc; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, II, d)

III - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária de 08 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, a)

b) situar-se em área específica independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de assistência à saúde mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, d)

e) recursos humanos: a equipe mínima, por turno de 04 horas, para atendimento de 30 pacientes dia, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, III, e)

IV - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional , em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada à rede hierarquizada de atendimento ao paciente com AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente com AIDS na comunidade e sua inserção social; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, d)

e) recursos Humanos: a equipe mínima, deve ser composta por: 01 médico, 01 enfermeiro e 04 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização das atividades); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, IV, e)

V - Condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V)

a) possuir estrutura assistencial para os idosos realizarem ou complementarem tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos ou de reabilitação; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, a)

b) planta física adequada para receber o paciente idoso, equipada com todos os aparelhos necessários para garantir o cumprimento dos planos terapêuticos indicados; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, b)

c) recursos humanos: 01 Geriatra; 02 enfermeiros; 07 auxiliares de enfermagem; 01 assistente social; outros membros da equipe multiprofissional ampliada e equipe consultora, conforme necessidade detectada pela equipe básica. A equipe multiprofissional ampliada não necessita ser exclusiva do serviço, devendo ser composta por: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e odontólogo. A equipe consultora será envolvida somente nos casos em que a equipe básica estabelecer como necessário e apropriado; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, V, c)

VI - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI)

a) desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, em até 05 dias semanais (de 2ª a 6ª feira) com carga horária no máximo de 12 horas diárias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, a)

b) situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar, contando com consultório médico, consultório para psicólogo, sala para serviço social, sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, b)

c) recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado, atendendo à população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, c)

d) desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); visitas domiciliares; atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, d)

e) recursos humanos: pediatra; pneumologista; gastroenterologista; cardiologista; otorrinolaringologista; fisioterapeuta; enfermeiro; psicólogo; assistente social; outros profissionais necessários à realização das atividades; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VI, e)

VII - condições e requisitos específicos para realização do atendimento em regime de Hospital Dia em intercorrências após Transplante de Medula Óssea e outros precursores hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII)

a) estar integrado à Unidade de Transplante de Medula Óssea, com acesso aos seguintes serviços do Hospital Geral: radiologia; laboratórios; serviço de endoscopia gástrica enteral e brônquica; transporte; farmácia (que deve fornecer os medicamentos para o tratamento do transplantado quando internado e domiciliado); (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, a)

b) instalações físicas: o serviço de Hospital Dia deverá contar com as seguintes instalações: consultórios para atendimento; sala de procedimentos; quartos para repouso, administração de medicação e precursores hematopoiéticos; posto de enfermagem; e sala com poltronas para administração de medicações; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, b)

c) recursos humanos: hematologista ou oncologista ; pediatra; enfermeiro, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; oftalmologista; nutricionista; assistente social; psicólogo; fisioterapeuta; odontólogo; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, c)

d) procedimentos diagnósticos: a unidade de saúde deverá possuir capacidade para realização dos seguintes procedimentos: biópsias de medula óssea; biópsia de pele; biópsia hepática; inserção de cateter venoso em veia central; coleta de sangue e fluídos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 3º, VII, d)

Art. 4º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º)

I - procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, I)

II - procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, II)

III - procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, III)

IV - obrigatoriamente para todo paciente será aberto prontuário constando de: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatórios, o qual ficará arquivado na unidade de saúde à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde, pelo período que a legislação estabelece. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 4º, IV)

Art. 5º Ficam estabelecidos os seguintes critérios para seleção dos pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º)

I - paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, I)

II - paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 5º, II)

Art. 6º Ficam estabelecidos os seguintes critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º)

I - lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, I)

II - sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, II)

III - ausência de náuseas e vômitos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, III)

IV - capacidade de ingerir líquidos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, IV)

V - ausência de sangramento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, V)

VI - micção espontânea; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VI)

VII - acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VII)

VIII - orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós-operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 6º, VIII)

Art. 7º Ficam estabelecidos as seguintes formas de pagamento para os procedimentos realizados em regime de Hospital Dia: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º)

I - atendimento em regime de Hospital Dia em Saúde Mental: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos em regime de Hospital Dia em Saúde Mental as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, b)

c) as diárias serão pagas em 05 dias úteis semanais, sendo a validade da AIH de 45 dias; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia em Saúde Mental; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, I, e)

II - atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, a)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais da AIH deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, b)

c) as diárias serão pagas por 05 dias úteis semanais, pelo máximo de 45 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, c)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, d)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos realizados em regime de Hospital Dia - AIDS; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, II, e)

III - atendimento em regime de Hospital Dia em Geriatria: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria as Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, a)

b) a AIH para atendimento em regime de Hospital Dia Geriátrico terá validade de 30 dias, devendo ser lançado na primeira linha do campo serviços profissionais o número de diárias utilizadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, b)

c) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia - Geriátrico; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, III, d)

IV - atendimento em regime de Hospital Dia - Fibrose Cística: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV)

a) somente poderão ser efetuadas cobranças dos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística as Unidades previamente habilitadas e que comprovadamente realizem atendimento ambulatorial especializado ao portador de Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, b)

b) na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o código do procedimento realizado e o quantitativo de diárias utilizados no período de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, c)

c) as diárias serão pagas por no máximo 05 dias úteis por semana, pelo máximo de 30 dias corridos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, d)

d) caso seja necessária a continuidade do tratamento poderá ser emitida nova AIH-1, mediante autorização do gestor; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, e)

e) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia em Fibrose Cística; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, IV, f)

V - atendimento em regime de Hospital Dia - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V)

a) a cobrança dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, constantes do Anexo A do Anexo 1 do Anexo XXIV e dos que posteriormente venham a ser incluídos nesta modalidade de assistência, será efetuada por meio de AIH; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, a)

b) somente poderão ser efetuadas cobranças de procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos por Unidades previamente habilitadas; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, b)

c) para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para cobrança em AIH deverá ser lançado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de: 1.1 - Eletivo - Atendimento em regime de Hospital Dia; 2.1 - Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência - Atendimento em regime de Hospital Dia; 4.1 - Câmara de Compensação de Alta Complexidade - Atendimento em regime de Hospital Dia; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, c)

d) não será permitida cobrança de permanência à maior nos procedimentos de Atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, V, d)

VI - atendimento em Regime de Hospital Dia para intercorrências após transplante de medula óssea e outros órgãos hematopoiéticos: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI)

a) autogênico: o limite de cobrança por AIH, para o procedimento é de 07 (sete) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência à maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIH, para o paciente, até completar 06 (seis) meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, a)

b) alogênico aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 15 (quinze) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 meses da realização do transplante; (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, b)

c) alogênico não aparentado: o limite de cobrança por AIH, é de 30 (trinta) dias, não sendo permitida a cobrança de permanência a maior e diária de UTI. Será, entretanto, permitida a cobrança dos medicamentos previstos para as intercorrências pós-transplante, hemoterapia e demais procedimentos especiais. Em caso de necessidade de continuação do tratamento, poderão ser emitidas novas AIHs, para o paciente, até completar 24 (vinte e quatro) meses da realização do transplante. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 7º, VI, c)

Art. 8º A modalidade de assistência - Hospital Dia obedecerá ao que se segue: (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º)

I - as unidades cadastradas somente no SIA/SUS, deverão solicitar à Secretaria Estadual de Saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, o cadastramento no SIH/SUS, para cobrança dos procedimentos na modalidade de atendimento em regime de Hospital Dia, desde que demonstrem capacidade para o cumprimento dos requisitos específicos para cada área. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, I)

II - a Secretaria Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde estabelecerá as rotinas de supervisão, acompanhamento, avaliação, controle e auditoria pertinentes, providenciando o treinamento e apoio técnico necessário para promover a qualidade da atenção à saúde nesta modalidade. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 8º, II)

Art. 9º Ficam mantidas as habilitações dos Hospitais autorizados para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia em Geriatria, Saúde Mental e AIDS. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 9º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde deverá efetuar a atualização dos procedimentos relativos à assistência em regime de Hospital Dia sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Art. 11)

ANEXO A DO ANEXO 1 DO ANEXO XXIV

Procedimentos de Atendimento em Regime de Hospital Dia (Origem: PRT MS/GM 44/2001, Anexo 1)

CODIGO	PROCEDIMENTO
31001050	Biopsia da prostata
31001084	Epididimo Deferente Neostomia
31001092	Espermatocelectomia
31002048	Extirpacao De Glandula De Cowper
31002056	Incisao E Drenagem De Abscesso Prostatico
31002064	Exploracao Cirurgica Da Bolsa Escrotal
31002072	Tratamento cirurgico da hidrocele
31002080	Epididimectomia
31002099	Exerese de cisto do cordao espermatico
31003060	Incisao e drenagem de abscesso da bolsa escrotal
31003079	Tratamento cirurgico da varicocele
31003095	Exerese De Tumor Do Cordao Espermatico
31004067	Plastica da bolsa escrotal
31004075	Orquiectomia unilateral
31004083	Epididimectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005047	Incisao E Drenagem De Abscesso Periuretral
31005063	Resseccao parcial da bolsa escrotal
31005071	Orquiectomia Com Esvaziamento Ganglionar
31005080	Exerese de cisto do epididimo
31005098	Vasectomia Parcial Ou Completa
31007040	Resseccao da caruncula uretral
31008046	Resseccao de prolapso da mucosa da uretra
31009077	Reparacao E Operacao Plastica Do Testiculo

31013031	Tratamento Cirurgico Da Cistocele
31014046	Uretroplastia (Resseccao De Corda)
31018041	Meatotomia
32001010	Biopsia Do Miocardio
32002033	Biopsia Do Conduto Linfatico
32003030	Exerese de ganglio linfatico
32004036	Incisao E Drenagem De Ganglio Linfatico
32005016	Introducao De Eletrodo Temporario De Marca Passo
32013019	Marcapasso (Troca De Gerador De Estimulo)
32013035	Biopsia Pre-Escalenica
32014015	Marcapasso Cardiaco (Epicardico)
32015011	Marcapasso Cardiaco (Intracavitario)
32030010	Estudo Eletrofisiologico (E. Terapeutico)
32031017	Estudo Eletrofisiologico Diagnostico E Terapeutico
32033010	Cardioversor Desfibrilador - Troca De Gerador
32042043	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Unilateral
32043040	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Externa Bilateral
32044046	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna Unilateral
32045042	Tratamento Cvirurgico De Varizes Da Safena Interna Bilateral
32046049	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Unilateral
32047045	Tratamento Cirurgico De Varizes Da Safena Interna E Externa Bilateral
32056044	Instalacao de cateter venoso de longa permanencia totalmente implantavel
32057040	Instalacao De Cateter Venoso De Media Permanencia Totalmente Implantavel
33001057	Biopsia Do Estomago Via Laparotomia
33002029	Excisao De Glandula Sublingual
33002070	Esfincteroplastia anal
33003025	Excisao de glandula submaxilar
33003076	Esfincterotomia interna e tratamento de fissura anal
33004021	Excisao de ranula
33004072	Exerese de malformacao anal
33005028	Excisao de tumor de glandula parotida
33005079	Fistulectomia Anal
33005117	Herniorrafia crural (unilateral)
33006016	Resseccao De Lesao Maligna
33006024	Excisao de tumor de glandula sublingual
33006032	Excisao De Lesao Localizada
33006075	Esfincterotomia Anal
33006113	Herniorrafia crural (bilateral)
33007020	Excisao De Tumor De Glandula Submaxilar
33007071	Fistulectomia Ou Fistulotomia Anal
33008078	Incisao e drenagem de abscesso anal
33009082	Biopsia Do Figado Por Laparotomia
33009112	Herniorrafia epigastrica
33010021	Incisao e drenagem de abscesso da parotida
33010072	Plastica anal externa
33010110	Herniorrafia Incisional
33011117	Herniorrafia inguinal (unilateral)
33012113	Herniorrafia inguinal (bilateral)
33013071	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Membranosa Do Anus
33014027	Extirpacao da glandula salivar
33014078	Tratamento cirurgico do prolapso anal mucoso
33014116	Herniorrafia recidivante
33015082	Colecistectomia Videolaparoscopica
33015112	Herniorrafia umbilical
33016070	Incisao de lesao anal

33017077	Criptectomia uni ou multipla
33018073	Excisao de papila hemorroidaria
33023077	Incisao e drenagem de abscesso isquiorretal
33023115	Reparacao outras hernias (inclui herniorrafia muscular)
33024073	Fissurectomia com ou sem esfincterectomia
33025118	Herniorrafia inguinal videolaparoscopica
33026114	Herniorrafia Umbilical Videolaparoscopica
33027072	Tratamento cirurgico da trombose hemorroidaria externa
33027110	Herniorrafia epigastrica videolaparoscopica
33028117	Laparotomia Videolaparoscopica Para Drenagem E/Ou Biopsia
33030073	Hemorroidectomia
33044074	Tratamento Cirurgico Da Atresia Congenita Anus Retal
33045062	Enterorrafia videolaparoscopica
33045070	Tratamento Cirurgico De Outras Anomalias Congenitas Anus -Retal
34001018	Bartolinectomia
34003045	Salpingectomia videolaparoscopica
34004025	Colpoperineocleise
34004041	Salpingoplastia Videolaparoscopica
34005013	Marsupializacao de glandula de Bartholin
34005021	Colpoperineorrafia Nao Obstetrica
34005030	Curetagem semiotica com ou sem dilatacao do colo uterino
34007016	Vulvectomia Simples
34008012	Tratamento Cirurgico Da Coadaptacao De Ninfas
34008039	Extirpacao de polipo uterino
34009019	Alargamento da entrada vaginal
34010017	Exerese de glandula de Skene
34011013	Episioperineorrafia nao obstetrica
34018026	Tratamento Cirurgico Da Vagina Septada Ou Atresica
34020020	Exerese de cisto vaginal
34020039	Curetagem uterina por mola hidatiforme
35014016	Curetagem pos aborto
35016019	Reducao Manual Inversao Uterina Aguda Pos-Parto
35018011	Cerclagem do colo uterino
35019018	Sutura De Laceracoes Do Trajeto Pelvico
36001015	Cirurgia do pterigio
36001023	Cauterizacao da cornea
36001040	Capsulectomia do cristalino
36001058	Retirada De Cisticerco Intra-Ocular
36001066	Sutura de esclera
36001074	Enucleacao do globo ocular
36001082	Ciclodialise
36001104	Retinopexia primaria
36001112	Tratamento cirurgico do estrabismo
36001120	Dacriocistorrinostomia
36002011	Exerese de tumor de conjuntiva
36002020	Ceratectomia superficial
36002038	Retirada de corpo estranho da camara anterior do olho
36002054	Retirada De Corpo Estranho Intravitreo
36002070	Evisceracao do globo ocular
36002089	Ciclodiatermia
36002097	Exerese de calazio
36002100	Endofotocoagulacao a laser
36002119	Exenteracao De Orbita
36002127	Extirpacao de glandula lacrimal

36003018	Sutura de conjuntiva
36003034	Reconstrucao de camara anterior do olho pos-trauma
36003050	Vitrectomia Posterior (Alterar Valor Para 734,63)
36003069	Biopsia da esclera
36003093	Simblefaroplastia
36003115	Exerese De Tumor Maligno Intra-Ocular
36003123	Extirpacao do saco lacrimal
36004014	Reconstituicao de cavidade
36004022	Retirada de corpo estranho da cornea
36004049	Facectomia Sem Implante De Lente Intra-Ocular
36004057	Vitrectomia anterior
36004065	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura da esclera
36004073	Crioterapia De Tumores Intra-Oculares
36004103	Crio-retinopexia
36004111	Orbitotomia
36005010	Biopsia da conjuntiva
36005029	Recobrimento conjuntival
36005061	Transplante de esclera
36005088	Iridectomia cirurgica
36005096	Tratamento cirúrgico do Entropio e Ectropio
36005100	Reoperacao E Retinopexia Com Vitreo Intervencao
36005126	Drenagem de abscesso lacrimal
36006017	Reconstituicao de fornix conjuntival
36006025	Sutura de cornea
36006068	Introflexao escleral
36006114	Reconstituicao Da Parede Da Orbita
36006122	Canaliculotomia
36007021	Implante Interlamelar De Cornea
36007048	Explantacao e/ou substituicao de lente intra-ocular
36007064	Transplante De Periosteo Em Esclerомalacia
36007099	Tratamento da ptose e coloboma de palpebra
36007110	Biopsia de tumor extra-ocular
36007129	Oclusao de ponto lacrimal
36008060	Cirurgia fistulizante antiglaucomatosa
36008087	Tratamento cirurgico da hernia de iris
36008095	Cirurgia da triquiase
36008117	Injecao retrobulbar ou peribulbar
36008125	Sondagem das vias lacrimais
36009024	Biopsia da cornea
36009067	Implantacao de protese antiglaucomatosa
36009083	Sinequiotomia cirurgica
36009113	Desnervacao quimica
36009121	Reconstituicao do canal lacrimal
36010022	Transplante De Cornea
36010065	Aplicacao De Placa Radioativa Episcleral
36010081	Biopsia da iris e corpo ciliar
36010090	Drenagem de abscesso palpebral
36010111	Tratamento Cirurgico De Hipertropias
36011029	Tratamento cirurgico do astigmatismo secundario
36011061	Cirurgia Do Glaucoma Congenito
36011096	Miiase palpebral
36011118	Descompressao Da Orbita
36012025	Tratamento cirurgico da deiscencia de sutura de cornea
36012084	Trabeculotomia
36012092	Epilacao de cilios

36013021	Ceratoprotese
36013099	Sutura de palpebra
36014087	Iridociclectomia
36014095	Cirurgia do xantelasma
36015024	Transplante De Cornea Em Reoperacoes
36015091	Blefarocalase
36016020	Transplante De Cornea Em Cirurgias Combinadas
36016098	Reconstituicao parcial da palpebra
36017027	Epiceratofacia
36017094	Cirurgia De Coloboma Palpebral Congenito
36018023	Topoplastia Do Transplante
36020052	Facectomia para implante de lente intra-ocular
36701033	Paracentese De Camara Anterior
37001019	Antrotomia Da Mastoide (Drenagem De Otite No Lactente)
37001035	Incisao e drenagem de abscesso periamigdaliano
37001051	Osteostomia Do Maxilar Inferior
37002031	Adenoidectomia
37003020	Tratamento Cirurgico Da Rinofima
37003038	Amigdalectomia com ou sem adenoidectomia
37003054	Retirada De Corpo Estranho Na Intimidade Dos Ossos Da Face
37004026	Tratamento Cirurgico Da Imperfuracao Coanal -Unilateral
37006029	Cirurgia de ozena
37007041	Laringoscopia direta para retirada de corpo estranho
37009044	Laringoscopia com exerese de papiloma
37011030	Amigdalectomia
37011057	Reducao cirurgica da fratura dos ossos proprios do nariz
37012053	Reducao Cirurgica Da Luxacao Temporo Mandibular (Recidivante Ou Nao)
37020021	Turbinectomia
37021028	Septoplastia (desvio do septo)
37023012	Timpanoplastia (Tipo I - unilateral)
38001080	Alongamento De Columela
38001101	Tratamento cirurgico nao estetico da orelha
38002078	Tratamento cirurgico do gigantismo ao nivel da mao
38002086	Tratamento cirurgico da perfuracao do septo nasal
38002124	Exerese de cisto tireoglosso
38002132	Exerese e plastica de cisto sacro coccigeo
38003074	Tratamento cirurgico da polidactilia articulada
38003082	Rinoplastia para defeito(s) pos-traumatico(s)
38003090	Tratamento cirurgico do epicanto
38003104	Reconstrucao de helix da orelha
38004046	Tratamento cirurgico da hipertrofia dos pequenos labios
38004054	Excisao e reconstrucao total de labio
38004062	Tratamento cirurgico da retracao cicatricial do cotovelo
38004089	Rinoplastia reparadora nao estetica
38004097	Tratamento cirurgico do lagoftalmo
38004100	Reconstrucao de lobulo da orelha
38004135	Plastica mamaria masculina (ginecomastia)
38005050	Reconstrucao do sulco gengivo labial
38005077	Suturas e reparacoes de perda de substancia da mao
38005107	Reconstrucao do polo superior da orelha
38005123	Retracao Cicatricial - Correcao Em Um Estagio
38006057	Reconstrucao parcial do labio
38006073	Retracao cicatricial dos dedos da mao sem comprom tendinoso
38006103	Reconstrucao Total Da Orelha (Multiplos Estagios)

38006111	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois intra digitos)
38007010	Excisao E Sutura Com Plastica Em Z Na Pele
38007070	Tratamento cirurgico da sindactilia (dois digitos)
38008114	Retracao cicatricial dos dedos do pe sem comprometimento tendinoso
38010097	Reconstrucao total da palpebra
38015013	Exerese de cisto dermoide
38023016	Extirpacao e supressao de lesao da pele e do tecido
38703050	Excisao Em Cunha De Labio E Sutura
39001040	Biopsia Do Omoplata
39001105	Amputacao ao nivel dos metacarpianos
39001199	Resseccao cisto sinovial
39001202	Retirada de corpo estranho intra-articular
39001237	Curetagem de tumor osseo com enxertia
39002110	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39002195	Abertura de bainha tendinosa
39002217	Retirada de fio de Kirschner trans-osseo
39003086	Biopsia Do(S) Osso(S) Do Antebraco
39003108	Amputacao do dedo (cada)
39003116	Biopsia Da Articulacao Sacro Iliaca
39003132	Biopsia Do Femur
39003205	Retirada de corpo estranho intra-osseo
39003213	Retirada de parafuso
39004023	Biopsia Do Corpo Vertebral
39004058	Biopsia Da Articulacao Escapulo Umeral
39004066	Biopsia Do Umero
39004090	Biopsia Do Punho
39004180	Miotomia
39004210	Retirada de placa e parafuso
39005100	Artrodese interfalangiana
39005127	Biopsia Da Articulacao Coxo Femoral
39005143	Biopsia Do Joelho
39005151	Biopsia Do(S) Osso(S) Da Perna
39005186	Resseccao muscular
39005216	Retirada de pino de Steinnan
39005232	Resseccao Simples De Tumor Osseo
39006026	Biopsia Da Lamina Vertebral
39006077	Biopsia Do Cotovelo
39006085	Resseccao Da Apofise Estiloide Do Radio
39006107	Artrodese metacarpo falangiana
39006212	Retirada De Haste
39006239	Resseccao de exostose
39007022	Biopsia Do Pediculo Vertebral
39007162	Biopsia Do Tornozelo
39007197	Exploracao cirurgica de tendao
39008177	Osteotomia do(s) osso(s) do pe
39010074	Resseccao Da Bolsa Sinovial Do Cotovelo (Olecranio)
39010090	Tratamento cirurgico da sindrome do canal carpiano
39010198	Tenoplastia ou enxerto de tendao ao nivel da mao
39011100	Capsulectomia das articulacoes da mao
39011194	Tenoplastia ou enxerto de tendao em outras regiäes
39012115	Reducao incruenta da disjuncao ao nivel da pelve
39012123	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (central)
39012174	Tratamento cirurgico do dedo em martelo
39012190	Tenorrafia
39013111	Reducao incruenta da fratura ao nivel da pelve

39013197	Tenotomia
39014126	Reducao incruenta da luxacao coxo femoral (traumatica)
39014177	Reducao cirurgica da fratura do(s) metatarsiano(s) com fixacao
39014193	Transposicao de tendao
39017168	Reducao incruenta da luxacao do tornozelo
39018105	Reducao Cirurgica De Fratura Das Falanges, Com Fixacao
39018148	Reducao incruenta da fratura do joelho
39019063	Reducao incruenta da fratura da diafise do umero
39019136	Reducao incruenta da fratura da diafise do femur
39019179	Reducao cirurgica da luxacao do(s) metatarsiano(s)
39021106	Tratamento cirurgico do dedo em gatilho
41002040	Biopsia da tireoide
42001021	Biopsia da pleura com agulha
42001030	Traqueoscopia e exerese de papilomas
42001072	Biopsia da mama
42002036	Traqueoscopia e retirada de corpo estranho
42002079	Extirpacao de tumor ou adenoma da mama
42003075	Incisao e drenagem de abscesso da mama
42004047	Broncoscopia e exerese de papilomas
42006074	Extirpacao de mama supranumeraria
44001053	Reducao incruenta da fratura unilateral da mandibula
44006055	Reducao Incruenta Da Fratura Do Maxilar Superior - Le Fort I

ANEXO 2 DO ANEXO XXIV

Diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 3410/2013)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam estabelecidas as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 1º)

Art. 2º As disposições deste Anexo se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º)

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, I)

II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, II)

III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 2º, III)

Art. 3º Os entes federativos formalizarão a relação com os hospitais públicos e privados integrantes do SUS sob sua gestão, com ou sem fins lucrativos, por meio de instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º)

Parágrafo Único. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 3º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO II

DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO II)

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º)

I - estabelecer requisitos mínimos para os instrumentos formais de contratualização, com vistas à qualidade e segurança na atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, I)

II - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizados, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, II)

III - estabelecer financiamento específico, de fonte federal, para a atenção à saúde indígena nos hospitais; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, III)

IV - acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização e realizar auditorias, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IV)

V - desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos da contratualização por meio de indicadores gerais e indicadores das redes temáticas e Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, V)

VI - garantir a manutenção, adequação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação em saúde no âmbito da atenção hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VI)

VII - realizar cooperação técnica aos Estados, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VII)

VIII - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, VIII)

IX - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, IX)

X - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 4º, X)

Art. 5º Compete aos entes federativos contratantes: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º)

I - definir a área territorial de abrangência e a população de referência dos hospitais sob sua gestão, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, I)

II - definir as ações e serviços a serem contratados de acordo com o perfil assistencial do hospital e as necessidades epidemiológicas e sóciodemográficas da região de saúde, conforme pactuação na CIB e na CIR, bem como nos Planos de Ação Regional das Redes Temáticas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, II)

III - financiar de forma tripartite as ações e serviços de saúde contratualizadas, conforme pactuação, considerada a oferta das ações e serviços pelos entes federados, as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários e a escala econômica adequada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, III)

IV - prever metas e compromissos específicos para a atenção à saúde indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e suas especificidades socioculturais, conforme pactuaçao no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IV)

V - gerenciar os instrumentos formais de contratualização sob sua gestão, visando à execução das ações e serviços de saúde e demais compromissos contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, V)

VI - realizar a regulação das ações e serviços de saúde contratualizados, por meio de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI)

a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, a)

b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, b)

c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VI, c)

VII - instituir e garantir o funcionamento regular e adequado da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VII)

VIII - controlar, avaliar, monitorar e auditar, quando couber, as ações e serviços de saúde contratualizadas, na forma de: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII)

a) dispositivos de autorização prévia dos procedimentos ambulatoriais e de internação hospitalar, salvo em situações em que fluxos sejam definidos "a priori" com autorização "a posteriori"; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, a)

b) monitoramento da produção, avaliando sua compatiblidade com a capacidade operacional e complexidade do hospital e de acordo com o previsto no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, b)

c) monitoramento e avaliação das metas por meio de indicadores qualiquantitativos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, c)

d) monitoramento da execução orçamentária com periodicidade estabelecida no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, VIII, d)

IX - alimentar o sistema de informação previsto no art. 4º, V, quando disponibilizado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, IX)

X - apresentar prestação de contas do desempenho dos hospitais contratualizados com formatos e periodicidade definidos, obedecida à legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, X)

XI - realizar investigação de denúncias de cobrança indevida de qualquer ação ou serviço de saúde contratualizado prestada pelo hospital ou profissional de saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XI)

XII - cumprir as regras de alimentação e processamentos dos seguintes sistemas: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII)

a) Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, a)

b) Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, b)

c) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, c)

d) Sistema Nacional de Agravo de Notificação (SINAN); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, d)

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, e)

f) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, f)

g) outros sistemas que venham a ser criados no âmbito da atenção hospitalar no SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XII, g)

XIII - promover, no que couber, a transferência gradual das atividades de atenção básica realizadas pelos hospitais para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme a pactuação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIII)

XIV - promover a integração das práticas de ensino-serviço à realidade das RAS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XIV)

XV - promover a oferta de vagas para estágio de graduação e vagas para a pós-graduação, especialmente em residências, nas especialidades prioritárias para o SUS; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XV)

XVI - estimular, apoiar e financiar o desenvolvimento de pesquisa nos hospitais, em parceria com instituições de ensino e outras instâncias de governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 5º, XVI)

CAPÍTULO III
DAS RESPONSABILIDADES DOS HOSPITAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III)

Art. 6º As responsabilidades dos hospitais, no âmbito da contratualização, se dividem nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º)

I - assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, I)

II - gestão; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, II)

III - ensino e pesquisa; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, III)

IV - avaliação. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 6º, IV)

Seção I
Do Eixo de Assistência
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

Art. 7º Quanto ao eixo de assistência, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º)

I - cumprir os compromissos contratualizados, zelando pela qualidade e resolutividade da assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, I)

II - cumprir os requisitos assistenciais, em caso de ações e serviços de saúde de alta complexidade e determinações de demais atos normativos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, II)

III - utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, III)

IV - manter o serviço de urgência e emergência geral ou especializado, quando existente, em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, e implantar acolhimento com protocolo de classificação de risco; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IV)

V - realizar a gestão de leitos hospitalares com vistas à otimização da utilização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, V)

VI - assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VI)

VII - implantar e/ou implementar as ações previstas na Seção I do Capítulo VIII do Título I da Portaria de Consolidação nº 5, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII)

a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, a)

b) elaboração de Planos para Segurança do Paciente; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, b)

c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VII, c)

VIII - implantar o Atendimento Humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, VIII)

IX - garantir assistência igualitária sem discriminação de qualquer natureza; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, IX)

X - garantir a igualdade de acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratualizados em caso de oferta simultânea com financiamento privado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, X)

XI - garantir que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, sempre que estas estejam previstas no Documento Descritivo de que trata o art. 23, II; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XI)

XII - promover a visita ampliada para os usuários internados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XII)

XIII - garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações especificas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIII)

XIV - prestar atendimento ao indígena, respeitando os direitos previstos na legislação e as especificidades socioculturais, de acordo com o pactuado no âmbito do subsistema de saúde indígena; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XIV)

XV - disponibilizar informações sobre as intervenções, solicitando ao usuário consentimento livre e esclarecido para a realização procedimentos terapêuticos e diagnósticos, de acordo com legislações específicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XV)

XVI - notificar suspeitas de violência e negligência, de acordo com a legislação específica; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVI)

XVII - disponibilizar o acesso dos prontuários à autoridade sanitária, bem como aos usuários e pais ou responsáveis de menores, de acordo com o Código de Ética Médica. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 7º, XVII)

Seção II
Do Eixo de Gestão
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção II)

Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º)

I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, I)

II - informar aos trabalhadores os compromissos e metas da contratualização, implementando dispositivos para o seu fiel cumprimento; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, II)

III - garantir o cumprimento das metas e compromissos contratualizados frente ao corpo clínico; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, III)

IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IV)

V - dispor de recursos humanos adequados e suficientes para a execução dos serviços contratualizados, de acordo com o estabelecido no instrumento formal de contratualização e nos parâmetros estabelecidos na legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, V)

VI - dispor de parque tecnológico e de estrutura física adequados ao perfil assistencial, com ambiência humanizada e segura para os usuários, acompanhantes e trabalhadores, de acordo com instrumento formal de contratualização, respeitada a legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VI)

VII - garantir a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VII)

VIII - disponibilizar brinquedoteca quando oferecer serviço de Pediatria, assim como oferecer a infraestrutura necessária para a criança ou adolescente internado estudar, observada a legislação e articulação local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, VIII)

IX - dispor de ouvidoria e/ou serviço de atendimento ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, IX)

X - garantir, em permanente funcionamento e de forma integrada, as Comissões Assessoras Técnicas, conforme a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, X)

XI - divulgar a composição das equipes assistenciais e equipe dirigente do hospital aos usuários em local visivel e de fácil acesso; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XI)

XII - assegurar o desenvolvimento de educação permanente para seus trabalhadores; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XII)

XIII - dispor de Conselho de Saúde do Hospital, quando previsto em norma; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIII)

XIV - alimentar os sistemas de notificações compulsórias conforme legislação vigente, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XIV)

XV - registrar e apresentar de forma regular e sistemática a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas pelo gestor; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XV)

XVI - disponibilizar aos gestores públicos de saúde dos respectivos entes federativos contratantes os dados necessários para a alimentação dos sistemas de que trata o art. 5º, XII; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVI)

XVII - participar da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 8º, XVII)

Seção III
Do Eixo de Ensino e Pesquisa
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção III)

Art. 9º Quanto ao eixo de ensino e pesquisa, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º)

I - disponibilizar ensino integrado à assistência; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, I)

II - oferecer formação e qualificação aos profissionais de acordo com as necessidades de saúde e as políticas prioritárias do SUS, visando o trabalho multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, II)

III - garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, III)

IV - ser campo de educação permanente para profissionais da RAS, conforme pactuado com o gestor público de saúde local; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, IV)

V - desenvolver atividades de Pesquisa e de Gestão de Tecnologias em Saúde, priorizadas as necessidades regionais e a política de saúde instituída, conforme pactuado com o gestor público de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, V)

VI - cumprir os requisitos estabelecidos em atos normativos específicos, caso o estabelecimento seja certificado como Hospital de Ensino (HE). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 9º, VI)

Seção IV
Do Eixo de Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO III, Seção IV)

Art. 10. Quanto ao eixo de avaliação, compete aos hospitais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10)

I - acompanhar os resultados internos, visando à segurança, efetividade e eficiência na qualidade dos serviços; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, I)

II - avaliar o cumprimento das metas e a resolutividade das ações e serviços por meio de indicadores qualiquantitativos estabelecidas no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, II)

III - avaliar a satisfação dos usuários e dos acompanhantes; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, III)

IV - participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, IV)

V - realizar auditoria clínica para monitoramento da qualidade da assistência e do controle de riscos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, V)

VI - monitorar a execução orçamentária e zelar pela adequada utilização dos recursos financeiros previstos no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 10, VI)

Art. 11. Os hospitais contratualizados monitorarão os seguintes indicadores gerais: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11)

I - taxa de ocupação de leitos; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, I)

II - tempo médio de permanência para leitos de clínica médica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, II)

III - tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, III)

IV - taxa de mortalidade institucional. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 11, IV)

Art. 12. Os hospitais contratualizados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12)

I - taxa de ocupação de leitos de UTI; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, I)

II - densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC). (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 12, II)

Art. 13. Poderão ser criados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos neste Anexo, através de pactuação entre o gestor público de saúde e os hospitais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13)

§ 1º Os hospitais que compõem as Redes temáticas de Atenção à Saúde monitorarão e avaliarão todos os compromissos e indicadores previstos nos atos normativos específicos de cada rede e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 1º)

§ 2º O Ministério da Saúde criará ferramenta que viabilize o monitoramento do rol mínimo de indicadores previstos neste Anexo, além dos indicadores das redes temáticas e de Segurança do Paciente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 13, § 2º)

CAPÍTULO IV
DO FINANCIAMENTO DOS HOSPITAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 14. Todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital serão informados no instrumento formal de contratualização, com identificação das respectivas fontes, quais sejam, federal, estadual, distrital ou municipal. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14)

Parágrafo Único. No instrumento formal de contratualização será informado, ainda, o valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza na hipótese de contratualização com hospitais privados sem fins lucrativos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 14, Parágrafo Único)

Art. 15. Para efeito deste Anexo, considera-se: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15)

I - incentivo financeiro: todo valor pré-fixado destinado ao custeio de um hospital, repassado de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou diretamente às universidades federais, condicionado ao cumprimento de compromissos e/ou metas específicos, definidos por regramentos próprios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, I)

II - orçamentação global: modalidade de financiamento na qual a totalidade dos recursos financeiros é provisionada ao contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado do volume máximo previsto para desembolso no período do contrato, podendo contemplar tanto recursos de investimento quanto de custeio, apresentados em planilha separadamente; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, II)

III - orçamentação parcial: a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, III)

IV - valor pós-fixado: todo valor destinado ao custeio de um hospital condicionado ao cumprimento das metas de produção, composto pelo valor dos serviços de Alta Complexidade e do Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC), calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção apresentada pelo hospital e autorizada pelo gestor estadual, do Distrito Federal ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, IV)

V - valor pré-fixado: a parte dos recursos financeiros provisionada ao hospital contratado, garantindo-lhe conhecimento antecipado de parte do valor previsto para desembolso no período contratado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 15, V)

Art. 16. Os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente, por orçamentação parcial, de acordo com o perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 16)

Art. 17. O valor pré-fixado será composto: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17)

I - pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, I)

II - por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualiquantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, II)

§ 1º Integram o componente pré-fixado dos intrumentos formais de contratualização os seguintes incentivos financeiros: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º)

I - ~~Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)~~ Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.925 de 01.11.2017)); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, I)

II - Incentivo de custeio das Redes Temáticas de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, II)

III - Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, III)

IV - recursos do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, IV)

V - valores referentes ao Fator de Incentivo ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS), extinto pela Portaria nº 1.082/GM/MS, de 2005; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, V)

VI - Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VI)

VII - outros recursos pré-fixados de fonte estadual ou municipal; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VII)

VIII - outros recursos financeiros pré-fixados que venham a ser instituídos. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 1º, VIII)

§ 2º O IGH está regulamentado no Anexo 2-B; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 17, § 2º)

Art. 18. A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do FAEC, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 18)

Art. 19. O gestor público de saúde do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada, caso tenho capacidade de financiamento com fonte própria. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art.

19)

Art. 20. Quando acordado entre as partes, a contratualização poderá ser feita no modelo de orçamentação global, sendo que o repasse dos recursos será condicionado ao cumprimento das metas e compromissos formalizados, monitorados e avaliados periodicamente e que será calculada levando em consideração: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20)

I - a infraestrutura tecnológica (porte, equipamentos e serviços); (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, I)

II - o perfil assistencial; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, II)

III - a capacidade e produção de serviços (recursos humanos e desempenho de produção); e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, III)

IV - o custo regional de materiais e serviços. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 20, IV)

CAPÍTULO V
DA CONTRATUALIZAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V)

Seção I
Do Instrumento Formal de Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção I)

Art. 21. A contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21)

Parágrafo Único. Para fins da contratualização hospitalar, recomenda-se que todos os intrumentos formais de contratualização que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofianciamento de ações e serviços por outro ente federado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 21, Parágrafo Único)

Art. 22. O instrumento formal de contratualização será composto por duas partes indissociáveis: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22)

I - o termo do instrumento formal de contratualização propriamente dito, respeitadas as legislações pertinentes, especialmente quanto aos prazos de vigência; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, I)

II - o Documento Descritivo de que trata a Seção II do Capítulo V. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 22, II)

Art. 23. O instrumento formal de contratualização conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23)

I - as responsabilidades do hospital quanto aos eixos de assistência, gestão, avaliação e, quando couber, de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, I)

II - as responsabilidades da União, Estado, Distrito Federal e Municípios; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, II)

III - os recursos financeiros, suas fontes e a forma de repasse, condicionados ao cumprimento de metas e à qualidade na assistência prestada; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, III)

IV - as sanções e penalidades conforme legislação específica; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, IV)

V - a constituição e funcionamento da Comissão de Acompanhamento da Contratualização de que trata o art. 32; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, V)

VI - o Documento Descritivo, contendo as metas qualiquantitativas e indicadores de monitoramento. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 23, VI)

Art. 24. A contratualização poderá ser firmada, dentre outros, pelos seguintes instrumentos: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24)

I - Convênio: firmado entre o gestor do SUS com entidades beneficentes sem fins lucrativos, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 5 de maio de 2010, e com Empresas e Fundações Públicas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, I)

II - Contrato Administrativo: firmado entre o gestor do SUS e entidades públicas e privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto de contrato for compra de ações e serviços de saúde, conforme a Portaria nº 1.034/GM/MS, de 2010; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, II)

III - Contrato de Gestão: firmado entre gestores do SUS e a entidade privada sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social (OS), conforme Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, III)

IV - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP): é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando estabelecimentos públicos de saúde situados no território de um Município estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, IV)

V - Termo de Parceria: instrumento firmado entre o gestor do SUS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conforme a Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, V)

VI - Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão: firmado entre o gestor do SUS e o hospital sob sua gerência e gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, VI)

§ 1º As regras do PCEP não se aplicam aos hospitais universitários federais, conforme o Capítulo II do Título III da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 1º)

§ 2º As alterações no instrumento de contratualização dar-se-ão mediante assinatura das partes em termos próprios (Termo Aditivo, Apostilamento ou outros) e publicação em Diário Oficial pelo gestor contratante, conforme normativa de cada esfera de Governo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 24, § 2º)

Seção II
Do Documento Descritivo
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção II)

Art. 25. O Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa de acordo com o estabelecido neste Anexo, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 25)

Art. 26. O Documento Descritivo conterá, no mínimo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26)

I - a definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, I)

II - a definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratualizadas; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, II)

III - a definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratualizados; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, III)

IV - a descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratualização; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, IV)

V - a definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, V)

VI - a definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratualização, conforme modelo Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXIV . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 26, VI)

Art. 27. O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 (vinte e quatro) meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27)

Parágrafo Único. As alterações do Documento Descritivo serão objeto de publicação oficial. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 27, Parágrafo Único)

Seção III
Do Repasse dos Recursos Financeiros
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção III)

Art. 28. O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28)

§ 1º O valor pré-fixado dos recursos de que trata o "caput" serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º)

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 1º, II)

§ 2º Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 2º)

§ 3º O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 28, § 3º)

Art. 29. O hospital que não atingir pelo menos 50% (cinquenta por cento) das metas qualitativas ou quantitativas pactuadas por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados terá o instrumento de contratualização e Documento Descritivo revisados, ajustando para baixo as metas e o valor dos recursos a serem repassados, de acordo com a produção do hospital, mediante aprovação do gestor local. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 29)

Art. 30. O hospital que apresentar percentual acumulado de cumprimento de metas superior a 100% (cem por cento) por 12 (doze) meses consecutivos terá as metas do Documento Descritivo e os valores contratuais reavaliados, com vistas ao reajuste, mediante aprovação do gestor local e disponibilidade orçamentária. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 30)

Art. 31. Os incentivos de fonte federal serão repassados de forma regular aos hospitais, de acordo com normas específicas de cada incentivo, previstas no instrumento formal de contratualização. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31)

§ 1º A variação ou suspensão dos valores dos repasses dos incentivos federais deverão constar em cláusula contratual de acordo com percentuais estabelecidos no art. 28, § 1º . (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 1º)

§ 2º Salvo em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, o não repasse dos valores dos incentivos federais ao prestador incorrerá na suspensão prevista no art. 1152, II da Portaria de Consolidação nº 6, ou no art. 304 da Portaria de Consolidação nº 6, conforme o caso. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 31, § 2º)

Seção IV
Da Comissão de Acompanhamento da Contratualização
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO V, Seção IV)

Art. 32. Será instituída pelo ente federativo contratante a Comissão de Acompanhamento da Contratualização, que será composta, no mínimo, por 1 (um) representante do ente federativo contratante e um representante do hospital contratualizado. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32)

§ 1º A Comissão de que trata o "caput" monitorará a execução das ações e serviços de saúde pactuados, devendo: (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º)

I - avaliar o cumprimento das metas qualiquantitativas e físico-financeiras; (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, I)

II - avaliar a capacidade instalada; e (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, II)

III - readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 1º, III)

§ 2º A composição da Comissão de que tata o "caput" será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 32, § 2º)

CAPÍTULO VI
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 33. Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33)

Parágrafo Único. O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas "in loco". (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 34. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 34)

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 3410/2013, CAPÍTULO VII)

Art. 35. A regulamentação dos processos de contratualização dos hospitais públicos e privados com fins lucrativos com menos de 50 (cinquenta) leitos operacionais e dos hospitais sem fins lucrativos com menos de 30 (trinta) leitos operacionais serão objeto de atos normativos específicos do Ministro de Estado da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35)

Parágrafo Único. As contratualizações ocorridas antes da publicação dos atos normativos específicos de que trata o "caput" deverão ocorrer em consonância com os princípios e diretrizes da PNHOSP. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 35, Parágrafo Único)

Art. 36. O Ministério da Saúde desenvolverá e implementará sistema de monitoramento para contratualização dos hospitais integrantes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 36)

Art. 37. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) publicará no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, em até 30 (trinta) dias contado da publicação da Portaria nº 3410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, documento instrutivo sobre a gestão dos incentivos das Redes Temáticas Assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 37)

Art. 38. Os gestores do SUS deverão firmar os instrumentos formais de contratualização com os hospitais sob sua gestão. (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Art. 38)

ANEXO A DO ANEXO 2 DO ANEXO XXIV
Programação orçamentária a constar de Documento descritivo (Origem: PRT MS/GM 3410/2013, Anexo 1)

Programação Orçamentária		
Pós-Fixado	Mensal R$	Anual R$
Alta Complexidade		
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC		
Subtotal		
Pré-Fixado	Mensal R$	Anual R$

Média da Produção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Série Histórica definida em Portaria específica)		
~~Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)~~ Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.925 de 01.11.2017)		
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)		
INTEGRASUS		
FIDEPS		
Incentivo financeiro 100% SUS Portaria nº 929/GM/MS de 10 de maio de 2012.		
Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais - REHUF		
Recursos Financeiros de fonte Municipal (citar objeto ou programa)		
Recursos Financeiros de fonte do Estadual ou Distrito Federal (citar objeto ou programa)		
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde (citar rede)		
Outras fontes de Recursos Financeiros (citar a fonte)		
Subtotal		
Total		

ANEXO XXV

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006)

Art. 1º Fica aprovada, na forma do Anexo 1 do Anexo XXV , a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º)

Parágrafo Único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devem promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Art. 2º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXV

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (Origem: PRT MS/GM 971/2006, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede publica de saúde;

- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida";

- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;

- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; - 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares";

- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);

- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda "incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia";

- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;

- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);

- 2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;

- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares).

- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e

- 2005 - Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

1.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neurorreativas ou "pontos de acupuntura" foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verifica-se que a acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

1.2. HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;

- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;

- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e

- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência;

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado "A Homeopatia que queremos implantar no SUS". Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica

homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA).

1.3. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;

- o Relatório da 10a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: "incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" e, no item 351.10: "o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares";

- a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: "...deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas";

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: "integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos";

- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se "investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica".

- a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a "definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País";

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersetorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

1.4. TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3. DIRETRIZES

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;

- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;

- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;

- estabelecimento de mecanismos de financiamento;

- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e

- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

- Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral. - Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

3.4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

3.5. Fortalecimento da participação social.

3.6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos. - Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

3.7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.

3.8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

3.9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.

3.10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde. - Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde.

3.11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

4.1. NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA

1 Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF.

Além disso, será função precípua desse profissional

- atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;

- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;

- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersetorialidade);

- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos; - atuar na especialidade com resolubilidade;

- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e

- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.

2. Centros especializados

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde - individuais e coletivas - na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver

conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tuí-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong. Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.

2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.

3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.

1. Para usuários Divulgação das possibilidades terapêuticas; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais, além de ênfase no aspecto de prevenção de agravos e promoção das práticas corporais.

2. Para profissionais Divulgação dos usos e possibilidades, necessidade de capacitação específica, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais e papel do profissional no Sistema.

3 Para gestores Usos e possibilidades terapêuticas, necessidade de investimento em capacitação específica de profissionais, de acordo com o modelo de inserção; medidas de segurança; alternativas a tratamentos convencionais; possível redução de custos e incentivos federais para tal investimento.

Diretriz MTCA 4

Garantia do acesso aos insumos estratégicos para MTC/Acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e seguranças das ações.

1. Estabelecimento de normas relativas aos insumos necessários para a prática da MTC/acupuntura com qualidade e segurança: agulhas filiformes descartáveis de tamanhos e calibres variados; moxa (carvão e/ou artemísia); esfera vegetal para acupuntura auricular; esfera metálica para acupuntura auricular; copos de ventosa; equipamento para eletroacupuntura; mapas de pontos de acupuntura.

2. Elaboração de Banco Nacional de Preços para esses produtos.

Diretriz MTCA 5

Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MTC/acupuntura.

Para o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação, deverão ser criados códigos de procedimentos, indicados a seguir, para que os indicadores possam ser compostos.

Serão contemplados para a criação dos códigos SAI/SUS para registro e financiamento dos procedimentos de acupuntura as categorias profissionais regulamentadas.

1. Inserção de códigos de procedimentos para informação e financiamento

- Sessão de Acupuntura com Inserção de Agulhas agulhamento seco em zonas neurorreativas de acupuntura (pontos de acupuntura)

Sessão de Acupuntura - outros procedimentos:

a) aplicação de ventosas - consiste em aplicar recipiente de vidro ou plástico, onde se gera vácuo, com a finalidade de estimular zonas neurorreativas (pontos de acupuntura);

b) eletroestimulação - consiste em aplicar estímulos elétricos determinados, de freqüência variável de 1 a 1000 Hz, de baixa voltagem e baixa amperagem em zonas neurorreativas (pontos de acupuntura); e

c) aplicação de laser de baixa potência em acupuntura - consiste em aplicar um estímulo produzido por emissor de laser de baixa potência (5 a 40 mW), em zona neurorreativa de acupuntura

1.1 Inserção nos códigos 04.011.03-1; 04.011.02-1; 0702101- 1; 0702102-0, já existentes na tabela SIA/SUS, dos profissionais faltantes - para registro das ações de promoção da saúde em MTC/acupuntura.

2. Criação de códigos para registro de práticas corporais

Considerando que a MTC contempla em suas atividades de atenção à saúde práticas corporais, deverão ser criados códigos específicos para as práticas corporais no SUS para registro da informação:

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na unidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi Gong, automassagem;

- práticas corporais desenvolvidas em grupo na comunidade, a exemplo do Tai Chi Chuan, do Lian Gong, do Chi gong; automassagem;

- práticas corporais individuais, a exemplo do Tuí-Na, da meditação, do Chi Gong; automassagem.

3. Avaliação dos serviços oferecidos

Estabelecimento de critérios para o acompanhamento da implementação e implantação da MTC/acupuntura, tais como: cobertura de consultas em acupuntura; taxa de procedimentos relacionados com a MTC/acupuntura; taxa de ações educativas relacionadas com a MTC/acupuntura; taxa de procedimentos relativos às práticas corporais - MTC/acupuntura, entre outros.

4. Acompanhamento da ação dos Estados no apoio à implantação desta Política Nacional.

Diretriz MTCA 6

Integração das ações da MTC/acupuntura com políticas de saúde afins. Para tanto, deverá ser estabelecida integração com todas as áreas do MS, visando à construção de parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

Diretriz MTCA 7

Incentivo à pesquisa com vistas a subsidiar a MTC/acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no Sistema.

1. Incentivo a linhas de pesquisa em MTC/acupuntura que:

- aprimorem sua prática e avaliem sua efetividade, segurança e aspectos econômicos, num contexto pragmático, associado ou não a outros procedimentos e práticas complementares de saúde; experiências bem sucedidas (serviços e municípios);

- identifiquem técnicas e condutas mais eficazes, efetivas, seguras e eficientes para a resolução de problemas de saúde de uma dada população;

- apontem estratégias para otimização da efetividade do tratamento pela acupuntura e práticas complementares; e

- estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, educação permanente e pesquisa com países onde a MTC/acupuntura esteja integrada ao serviço público de saúde.

Deverá ser observado, para o caso de pesquisas clínicas, o desenvolvimento de estudos que sigam as normas da CONEP/CNS.

Diretriz MTCA 8

Garantia de financiamento para as ações da MTC/acupuntura.

Para viabilizar o financiamento do modelo de atenção proposto, deverão ser adotadas medidas relativas:

- à inserção dos códigos de procedimentos com o objetivo de ampliar as informações sobre a MTC/ acupuntura no Sistema e promover o financiamento das intervenções realizadas;

- à garantia de um financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Consideração: deverá ser realizada avaliação trimestral do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

4.2. NA HOMEOPATIA

Premissa: desenvolvimento da Homeopatia em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz H 1 Incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do Sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. garantir as condições essenciais à boa prática em homeopatia, considerando suas peculiaridades técnicas, Infra-estrutura física adequada e insumos,

2. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção básica, obedecendo aos seguintes critérios:; - priorizar mecanismos que garantam a inserção da atenção homeopática dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF; - na unidade de atenção básica prestar atendimento, de acordo com a demanda espontânea ou referenciada, aos usuários em todas as faixas etárias; - no caso da unidade do Saúde da Família (SF) possuir um profissional homeopata como médico do Saúde da Família, a ele deve ser oportunizada a prática da homeopatia, sem prejuízo das atribuições pertinentes ao profissional da estratégia de saúde da família;

3. apoiar e fortalecer as iniciativas de atenção homeopática na atenção especializada: - nos ambulatórios de especialidades ou nos centros de referência, prestar atendimento, de acordo com a demanda, aos usuários em todas as faixas etárias e prestar apoio técnico aos demais serviços da rede local; - em emergências, unidades de terapia intensiva, centros de cuidados paliativos ou em enfermarias hospitalares a homeopatia pode ser incorporada de forma complementar e contribuir para a maior resolubilidade da atenção;

4. estabelecer critérios técnicos de organização e funcionamento da atenção homeopática em todos os níveis de complexidade, de modo a garantir a oferta de serviços seguros, efetivos e de qualidade, avaliando as iniciativas já existentes nas unidades federadas e com a participação das sociedades cientificas homeopáticas reconhecidas;

5. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações relativas às experiências no campo da atenção homeopática com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H 2

Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. criar mecanismos de financiamento que garantam o acesso aos insumos inerentes à prática da homeopatia:

- repertório homeopático e matéria médica homeopática em forma impressa e em software;

2. criar incentivo para a garantia de acesso a medicamentos homeopáticos na perspectiva de:

- incentivo a implantação e/ou à adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, com possibilidade de ampliação para fitoterápicos, que atendam a demanda e à realidade loco-regional, segundo critérios estabelecidos, e em conformidade com a legislação vigente;

- estíimulo à implantação de projetos para produção de matrizes homeopáticas nos laboratórios oficiais visando ano fornecimento às farmácias de manipulação de medicamentos homeopáticos locais ou regionais;

3 - garantir mecanismos de financiamento para projetos e programas de formação e educação permanente, que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, mediante demanda loco-regional e pactuação nos Pólos de Educação Permanente em Saúde;

4 - para a estruturação física dos serviços o Ministério da Saúde dispõe anualmente de financiamento federal por meio de convênios a partir de projetos apresentados ao Fundo Nacional de Saúde, cabendo também aos Estados e aos municípios o co-financiamento para a estruturação dos serviços de atenção homeopática;

5 - garantir financiamento específico para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da homeopatia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular.

Consideração: deverá ser realizada avaliação periódica do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com vistas a ajustes no financiamento mediante desempenho e pactuação.

Diretriz H 3

Provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. inclusão da homeopatia na política de Assistência Farmacêutica das três esferas de gestão SUS;

2. contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de homeopáticos que atendam as necessidades do SUS nesta área;

3. ampliar a oferta de medicamentos homeopáticos, por intermédio de farmácias publicas de manipulação que atendam à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área e com ênfase na assistência farmacêutica;

- criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos (possibilidade de ampliação para fitoterápicos), com contrapartida do município e/ou do Estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos

- elaboração de Banco Nacional de Preços para os materiais de consumo necessários ao funcionamento da farmácia de manipulação para dar suporte ao processo de licitação realizado pelos Estados e municípios;

4. incentivar a produção pelos laboratórios oficiais de: - matrizes homeopáticas visando ao seu fornecimento às farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, estimulando parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e baseando-se na lista de policrestos e semipolicrestos definida pela Farmacotécnica Homeopática Brasileira - 2ª edição de 1997; - medicamentos homeopáticos pelos laboratórios oficiais, objetivando seu fornecimento aos Estados e aos municípios e segundo estudos de viabilidade econômica;

5. induzir e apoiar a iniciativa local na identificação dos medicamentos - formas farmacêuticas, escalas, dinamizações e métodos empregados - necessários e mais utilizados nos serviços de homeopatia já existentes, elaborando, a partir, uma relação de orientação para a produção dos medicamentos e para as unidades de saúde, sujeita à revisão periódica e atendendo à realidade local;

Diretriz H 4

Apoio a projetos de formação e de educação permanente, promovendo a qualidade técnica dos profissionais e consoante com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente. Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. promover a discussão da homeopatia na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, por intermédio das instituições formadoras da área, dos usuários e dos profissionais de saúde homeopatas, visando à qualificação dos profissionais no SUS; - articular, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente em Saúde no SUS, a realização de diagnóstico acerca das dificuldades e das limitações atuais na prática clínica homeopática, no que se refere à formação e à necessidade de educação permanente dos profissionais homeopatas que atuam nos diversos níveis de complexidade do SUS, da atenção básica à atenção especializada;

2. Prover apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de projetos e programas de formação e educação permanente que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, considerando: - a adoção de metodologias e formatos adequados às necessidades e às viabilidades locais e/ou loco-regionais, incluindo o ensino a distância e a formação em serviço; - a pactuação de ações e iniciativas no campo da Educação Permanente em Saúde e que atenda à demanda loco-regional;

3. elaborar material informativo com o objetivo de apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente dos profissionais homeopatas, observando: os princípios e diretrizes do SUS; as recomendações da Política de Educação Permanente; os critérios estabelecidos pelas instituições homeopáticas de representação nacional, em termos das habilidades e competências dos profissionais homeopatas; e as diretrizes desta política;

4. apoiar técnica e financeiramente a estruturação física da homeopatia nos centros de referência, com atribuições: na implementação de atividades de ensino em serviço (estágios, formação e educação permanente); no desenvolvimento de pesquisas em homeopatia de interesse para o SUS; na integração de atividades de assistência, ensino e pesquisa, em articulação com princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS;

5. promover a inclusão da racionalidade homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação strictu e lato sensu para profissionais da área de saúde;

6. promover a discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação;

7. fomentar e apoiar junto ao Ministério da Educação projetos de residência em homeopatia;

8. fomentar e apoiar iniciativas de criação e manutenção de Fórum Virtual Permanente, permitindo um espaço de discussão acerca da formação/episteme homeopática e modelo de atenção, de modo a tornar disponíveis produções, experiências e documentos visando à implementação da atenção homeopática no SUS;

9. apoiar a realização de fóruns de homeopatia nas três esferas de governo, objetivando a discussão e a avaliação da implantação e implementação da homeopatia no SUS;

10. estabelecer intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da formação, da educação permanente e da pesquisa com países onde a homeopatia esteja integrada ao serviço público de saúde.

Diretriz H5

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. desenvolver instrumentos adequados de acompanhamento e avaliação da inserção e implementação da atenção homeopática no SUS, com ênfase no acompanhamento e na avaliação das dificuldades de inserção identificadas e sua superação; e na criação de mecanismos para coleta de dados que possibilitem estudos e pesquisas e que sirvam como instrumentos no processo de gestão;

2. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS;

3. incluir no sistema de informação do SUS os procedimentos em homeopatia referente a atividade de educação e saúde na atenção básica para os profissionais de saúde de nível superior;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação Homeopática no cadastro de estabelecimentos de saúde

Diretriz H 6

Socializar informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

2. produzir materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação da homeopatia, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, dos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e aos discentes da área de saúde e comunidade em geral;

3. apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre homeopatia em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;

4. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em homeopatia;

5. prover apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em homeopatia, considerando a pactuação de ações e iniciativas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Diretriz H 7

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS.

Para tanto, as medidas a serem adotadas buscarão:

1. incluir a homeopatia nas linhas de pesquisa do SUS;

2. identificar e estabelecer rede de apoio, em parceria com instituições formadoras, associativas e representativas da homeopatia, universidades, faculdades e outros órgãos dos governos federal, estaduais e municipais, visando: - ao

fomento à pesquisa em homeopatia; - à identificação de estudos e pesquisas relativos à homeopatia existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações; - criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em homeopatia realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;

3. identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento - Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros - para a pesquisa em homeopatia;

4. apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre homeopatia;

5. priorizar as linhas de pesquisas em homeopatia a serem implementadas pelo SUS, em especial aquelas que contemplem a avaliação da eficácia, da eficiência e da efetividade da homeopatia, visando ao aprimoramento e à consolidação da atenção homeopática no SUS;

6. apoiar a criação e a implantação de protocolos para avaliação de efetividade, resolubilidade, eficiência e eficácia da ação da homeopatia nas endemias e epidemias;

7. acompanhar e avaliar os resultados dos protocolos de pesquisa nacionais implantados, com vistas à melhoria da atenção homeopática no SUS.

4.3. NAS PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

Diretriz PMF 1

Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. realizar diagnóstico situacional das plantas medicinais e fitoterápicos utilizados em programas estaduais, municipais e outros relacionados ao tema;

2. estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e fitoterápicos nas Relações Nacionais, baseados nos conceitos de eficácia e segurança;

3. identificar as necessidades da maioria da população, a partir de dados epidemiológicos das doenças passíveis de serem tratadas com plantas medicinais e fitoterápicos;

4. elaborar monografias padronizadas das plantas medicinais e fitoterápicos constantes nas Relações.

Diretriz PMF 2

Provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. tornar disponíveis plantas medicinais e/ou fitoterápicos nas unidades de saúde, de forma complementar, seja na estratégia de saúde da família, seja no modelo tradicional ou nas unidades de média e alta complexidade, utilizando um ou mais dos seguintes produtos: planta medicinal "in natura", planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.

1.1. Quando a opção for pelo fornecimento da planta medicinal "in natura", deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- implantação e manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais e/ou estimulando hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas.

1.2. Quando a opção for pelo fornecimento da planta seca (droga vegetal), deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento das espécies constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais;

- fornecimento do memento referente às espécies utilizadas;

- utilização das espécies identificadas botanicamente, cuja produção tenha a garantia das boas práticas de cultivo orgânico, preservando a qualidade do ar, do solo e da água;

- obtenção da matéria-prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, de extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- oferta de local adequado para o armazenamento das drogas vegetais.

1.3. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico manipulado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do fitoterápico manipulado conforme memento associado à Relação Nacional de Plantas Medicinais e à legislação pertinente para atender as necessidades do SUS nesta área;

- utilização de matéria-prima vegetal, processada de acordo com às boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, de cooperativas, de associações de produtores, extrativismo sustentável ou de outros, com alvará ou licença de órgãos competente para tal;

- utilização dos derivados de matéria-prima vegetal, processados de acordo com as boas praticas de fabricação, oriundos de fornecedores com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

- ampliação da oferta de fitoterápicos, por intermédio de farmácias públicas com manipulação de fitoterápicos, que atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS na área;

- elaboração de monografias sobre produtos oficinais (fitoterápicos) que poderão ser incluídos na farmacopéia brasileira;

- contemplar, na legislação sanitária, Boas Práticas de Manipulação para farmácias com manipulação de fitoterápicos que atendam às necessidades do SUS nesta área.

1.4. Quando a opção for pelo fornecimento do fitoterápico industrializado, deverão ser observados os seguintes critérios:

- fornecimento do produto conforme a Relação Nacional de Fitoterápicos;

- estímulo à produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais;

- fornecimento de fitoterápicos que atendam a legislação vigente;

- aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços municipais de assistência farmacêutica.

Diretriz PMF 3

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. definir localmente, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a Educação Permanente em Saúde no SUS, a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que atuam nos serviços de saúde. A educação permanente de pessoas e equipes para o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos, dar-se-á nos níveis:

1.1. básico interdisciplinar comum a toda a equipe: contextualizando as Práticas Integrativas e Complementares, contemplando os cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos.

1.2. específico para profissionais de saúde de nível universitário: detalhando os aspectos relacionados à manipulação, do uso e à prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos.

1.3. específico para profissionais da área agronômica: detalhando os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais.

2. estimular a elaboração de material didático e informativo visando apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente.

3. estimular estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de saúde e aos estudantes dos cursos técnicos e de graduação.

4. estimular as universidades a inserir, nos cursos de graduação e pós-graduação envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia.

Diretriz PMF 4

Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. desenvolver instrumentos de acompanhamento e avaliação;

2. monitorar as ações de implantação e implementação por meio dos dados gerados;

3. propor medidas de adequação das ações, subsidiando as decisões dos gestores a partir dos dados coletados;

4. identificar o estabelecimento Farmácia de Manipulação de Fitoterápicos no cadastro de estabelecimentos de saúde.

Diretriz PMF 5

Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. resgatar e valorizar o conhecimento tradicional e promover a troca de informações entre grupos de usuários, detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, técnicos, trabalhadores em saúde e representantes da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos;

2. estimular a participação de movimentos sociais com conhecimento do uso tradicional de plantas medicinais nos Conselhos de Saúde;

3. incluir os atores sociais na implantação e na implementação desta Política Nacional no SUS;

4. ampliar a discussão sobre a importância da preservação ambiental na cadeia produtiva;

5. estimular a participação popular na criação de hortos de espécies medicinais como apoio ao trabalho com a população, com vistas à geração de emprego e renda.

Diretriz PMF 6

Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. para a obtenção de plantas in natura - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência a implantação e a manutenção de hortos oficiais de espécies medicinais ou hortas e hortos comunitários reconhecidos junto a órgãos públicos, para o fornecimento das plantas;

2. para a obtenção de plantas secas - planejar, a partir da articulação entre as esferas de competência, a obtenção de matéria prima vegetal, processada de acordo com as boas práticas, oriunda de hortos oficiais de espécies medicinais, cooperativas, associações de produtores, extrativismo sustentável ou outros, com alvará ou licença dos órgãos competentes para tal;

3. para a obtenção de fitoterápico manipulado - criar incentivo voltado à implantação ou à melhoria das farmácias públicas de manipulação de fitoterápicos, com possibilidade de ampliação para homeopáticos, com contrapartida do município e/ou do estado para sua manutenção e segundo critérios pré-estabelecidos e legislação pertinente para atender às necessidades do SUS nesta área;

4. para a obtenção de fitoterápico industrializado - incentivar a produção de fitoterápicos, utilizando, prioritariamente, os laboratórios oficiais, assim como criar incentivo para aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos aos usuários do SUS, conforme a organização dos serviços de assistência farmacêutica;

5. para divulgação e informação dos conhecimentos básicos da fitoterapia para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional - garantir financiamento específico.

Diretriz PMF 7

Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. garantir linhas de financiamento nos Ministérios da Saúde, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Meio Ambiente, da Ciência e Tecnologia, nas Fundações de Amparo à Pesquisa, na Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/Opas), para pesquisas sobre os itens da Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e para estímulo à produção nacional, visando assegurar o fornecimento regular ao mercado interno;

2. incorporar à Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização para o SUS na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa e Saúde;

3. estimular linhas de pesquisa em fitoterapia nos cursos de pós-graduação strictu sensu junto às universidades e aos institutos de pesquisa;

4. incentivar a realização e a aplicação de protocolos para o desenvolvimento de pesquisa em fitoterapia, relacionada aos aspectos epidemiológicos, clínicos e da assistência farmacêutica;

5. promover pesquisa e desenvolvimento tecnológico, com base no uso tradicional das plantas medicinais, priorizando as necessidades epidemiológicas da população, com ênfase nas espécies nativas e naquelas que estão sendo utilizadas no setor público e nas organizações dos movimentos sociais;

6. garantir recursos para apoio e desenvolvimento de centros de pesquisas clínicas na área da fitoterapia;

7. incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia;

8. - implantar bancos de dados dos programas de fitoterapia, das instituições de pesquisas, dos pesquisadores e dos resultados de pesquisas com plantas medicinais e fitoterápicos.

Diretriz PMF 8

Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS. Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. divulgar as Relações Nacionais de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;

2. garantir o suporte técnico em todas as etapas de implantação e implementação da fitoterapia;

3. envolver os gestores do SUS no desenvolvimento das ações de comunicação e divulgação, oferecendo os meios necessários (conteúdos, financiamento e metodologias, entre outros);

4. desenvolver campanhas educativas buscando a participação dos profissionais de saúde com vistas ao uso racional;

5. desenvolver ações de informação e divulgação aos usuários do SUS, por meio de cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos, entre outros, respeitando as especificidades regionais e culturais do País;

6. incluir a fitoterapia na agenda de atividades da comunicação social do SUS;

7. desenvolver ações de farmacoepidemiologia e farmacovigilância;

8. identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em fitoterapia.

Diretriz PMF 9

Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Para tanto, deverão ser adotadas medidas que possibilitem:

1. financiamento aos laboratórios oficiais de controle de qualidade;

2. implantação/inserção de sistema de informação sobre o uso, os efeitos e a qualidade destes medicamentos;

3. formação dos profissionais de Vigilância Sanitária para o monitoramento da qualidade destes medicamentos;

4. apoio aos serviços de vigilância sanitária para o desempenho neste campo.

4.4. NO TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

Diretriz TSC 1

Incentivo à criação de Observatórios de Saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em Termalismo Social, no âmbito do SUS

Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:

1. instituir, mediante termos de cooperação técnica bipartite ou tripartite, observatório das experiências consolidadas no termalismo social, acompanhando sua inserção no SUS local;

2. desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das práticas de termalismo/crenoterapia desenvolvidas nos serviços;

3. apoiar as iniciativas de divulgação e capacitação para ações referentes ao termalismo social/crenoterapia no SUS;

4. estimular a interlocução entre as esferas de governo e a sociedade civil visando à implantação de Projetos Piloto de termalismo nos Estados e nos municípios que possuem fontes de água mineral com potencial terapêutico;

5. estimular as esferas governamentais para realização de análises físico-químicas periódicas das águas minerais;

6. apoiar estudos e pesquisas sobre a utilização terapêutica das águas minerais;

7. Elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios de Saúde.

5. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

5.1. GESTOR FEDERAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para as Práticas Integrativas e Complementares.

- Estabelecer diretrizes para a educação permanente em Práticas Integrativas e Complementares.

- Manter articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária.

- Elaborar e revisar periodicamente a Relação Nacional de Plantas Medicinais, a Relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a Relação Nacional de Fitoterápicos (esta última, segundo os critérios da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/Rename).

- Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas Relações Nacionais.

- Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS.

- Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.

- Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS.

- Fortalecer o Sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Implantar um banco de dados dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, das instituições de ensino e pesquisa, assim como de pesquisadores e resultados das pesquisas cientificas em Práticas Integrativas e Complementares.

- Criação de Banco Nacional de Preços para os insumos das Práticas Integrativas e Complementares pertinentes, para orientação aos estados e aos municípios.

5.2. GESTOR ESTADUAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade loco-regional.

- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.

- Manter articulação com municípios para apoio à implantação e à supervisão das ações.

- Divulgar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

- Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos.

- Exercer a vigilância sanitária no tocante as Práticas Integrativas e Complementares e ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.

- Apresentar e aprovar proposta de inclusão das Práticas Integrativas e Complementares no Conselho Estadual de Saúde.

5.3. GESTOR MUNICIPAL

- Elaborar normas técnicas para inserção das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.

- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política.

- Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.

- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política.

~~ANEXO 2 DO ANEXO XXV~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)
~~Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006)~~

~~Art. 1º~~ ~~Fica aprovada, na forma do Anexo A do Anexo 2 do Anexo XXV , a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira complementar ao Anexo XXV , que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 1º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

~~Art. 2º~~ ~~Os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Portaria ora aprovada, promoverão a elaboração e a adequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Art. 2º)~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

~~ANEXO A DO ANEXO 2 DO ANEXO XXV~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)
~~Criação e diretriz do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS (Origem: PRT MS/GM 1600/2006, Anexo 1)~~

~~1. Introdução~~

~~A Medicina Antroposófica apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde.~~

~~Entre os recursos terapêuticos da Medicina Antroposófica, destacam-se: a utilização de aplicações externas (banhos e compressas), massagens, movimentos rítmicos, terapia artística e uso de medicamentos naturais (fitoterápicos e medicamentos diluídos e dinamizados).~~

~~As experiências presentes no SUS colocam-se como um campo de interesse para acompanhamento e observação por oferecerem contribuições significativas para a abordagem da Atenção Básica, destacando-se a utilização de recursos que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.~~

~~Considerando-se o estágio de implantação destas experiências no SUS, propõe-se implantar, no âmbito do Ministério da Saúde, Observatório com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre as práticas e seu impacto na saúde.~~

~~Diretriz Única~~

~~Criação do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, no âmbito do Ministério da Saúde.~~

~~Para tanto, as medidas a serem empreendidas buscarão:~~

~~1. instituir Observatório das experiências já consolidadas de Medicina Antroposófica no SUS, articulando-se as três esferas de gestão;~~

~~2. desenvolver metodologias apropriadas para o acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nos serviços; e~~

~~3. elaborar e publicar material informativo sobre os resultados dos Observatórios.~~ (Revogado pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

ANEXO 3 DO ANEXO XXV

Aprova a definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga na PNPIC (Origem: PRT MS/GM 849/2017)

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga apresentadas no Anexo A do Anexo 3 do Anexo XXV . (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 1º)

Art. 2º As práticas citadas neste Anexo atenderão às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Art. 2º)

ANEXO A DO ANEXO 3 DO ANEXO XXV

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (Origem: PRT MS/GM 849/2017, Anexo 1)

Definição das práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971 GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

ARTETERAPIA

É uma prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. Faz uso de diversas técnicas expressivas como pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Baseia-se no princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida.

A Arteterapia estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo. Através da arte é promovida a ressignificação dos conflitos, promovendo a reorganização das próprias

percepções, ampliando a percepção do individuo sobre si e do mundo. A arte é utilizada no cuidado à saúde com pessoas de todas as idades, or meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o stress e experiências traumáticas.

AYURVEDA

É considerado uma das mais antigas abordagens de cuidado do mundo, foi desenvolvido na Índia durante o período de 2000-1000 a.C. Utilizou-se de observação, experiência e os recursos naturais para desenvolver um sistema único de cuidado.

Ayurveda significa a Ciência ou Conhecimento da Vida. Este conhecimento estruturado agrega em si mesmo princípios relativos à saúde do corpo físico, de forma a não desvinculá-los e considerando os campos energético, mental e espiritual.

A OMS descreve sucintamente o Ayurveda, reconhecendo sua utilização para prevenir e curar doenças, e reconhece que esta não é apenas um sistema terapêutico, mas também uma maneira de viver.

No Ayurveda a investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença inicia-se muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência.

Os tratamentos no Ayurveda levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o dosha (humores biológicos) do indivíduo. Assim, cada tratamento é planejado de forma individual. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais (ásanas), pranayamas (técnicas respiratórias), mudras (posições e exercícios) e o cuidado dietético.

A teoria dos três doshas (tridosha) é o princípio que rege a intervenção terapêutica no Ayurveda. As características dos doshas podem ser consideradas uma ponte entre as características emocionais e fisiológicas. Cada dosha está relacionado a uma essência sutil: Vata, a energia vital; Pitta o fogo essencial; e Kapha está associado à energia mental.

A abordagem terapêutica básica é aquela que pode ser realizada pelo próprio indivíduo através do autocuidado, sendo o principal tratamento.

BIODANÇA

É uma prática de abordagem sistêmica inspirada nas origens mais primitivas da dança, que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva.

Configura-se como um sistema de integração humana, de renovação orgânica, de integração psicofísica, de reeducação afetiva e de reaprendizagem das funções originais da vida. Sua metodologia vivencial estimula uma dinâmica de ação que atua no organismo potencializando o protagonismo do indivíduo para sua própria recuperação. A relação com a natureza, a participação social e a prática em grupo passam ocupar lugar de destaque nas ações de saúde.

É um processo altamente integrativo, sua metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente enriquecido com estímulos selecionados como músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas. Nesse sentido, configura-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), produzindo efeitos na saúde como: ativar a totalidade do organismo; gerar processos adaptativos e integrativos; através da otimização da homeostase do organismo.

DANÇA CIRCULAR

Danças Circulares Sagradas ou Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades.

O principal enfoque na Dança Circular não é a técnica e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.

As danças circulares podem criar espaços significativos para o desenvolvimento de estados emocionais positivos, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimulam a cooperação, despertam o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. A prática tem o potencial mobilizador da expressão de afetos e de reflexões que resultam na ampliação da consciência das pessoas.

No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal, entre outros benefícios.

MEDITAÇÃO

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de Samadhi, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase".

A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo.

Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Atrelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença.

A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.

MUSICOTERAPIA

É a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce sobre o indivíduo, de forma ampla e diversificada. No desenvolvimento humano a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida.

A Musicoterapia favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado junto a outras práticas, facilitando abordagens interdisciplinares, pois promove relaxamento, conforto e prazer no convívio social, facilitando o diálogo entre os indivíduos e profissionais.

NATUROPATIA

É entendida como abordagem de cuidado que, por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Tem sua origem fundamentada nos saberes de cuidado em saúde de diversas culturas, particularmente aquelas que consideram o vitalismo, que consiste na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo, que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental, em sua cosmovisão.

A Naturopatia utiliza diversos recursos terapêuticos como: plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia, massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos.

Cada indivíduo recebe um tratamento individualizado, planejado para suas especificidades, seguindo seis princípios fundamentais: não fazer mal - por meio do uso de métodos que minimizam o risco de efeitos colaterais; identificar e tratar as causas fundamentais da doença - identificando e removendo as causas subjacentes das doenças ao invés de suprimir os sintomas; ensinar os princípios de uma vida saudável e uma prática promocionista - compartilhando conhecimentos com os indivíduos e os encorajando a ter responsabilidade sob sua própria saúde; tratar o indivíduo como um todo por meio de um tratamento individualizado - compreendendo fatores físicos, mentais, emocionais, espirituais, genéticos, espirituais, ambientais e sociais únicos que contribuem para a doença e, personalizando os protocolos de tratamento para o indivíduo; dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde - avaliando os fatores de risco e vulnerabilidades e recomendando intervenções apropriadas para manter e expandir a saúde e prevenir a doença e, dar suporte ao poder de cura do organismo - reconhecendo e removendo os obstáculos que interferem no processo de autocura do corpo.

OSTEOPATIA

É um método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos. Esta prática parte do princípio que as disfunções de mobilidade articular e teciduais em geral contribuem no aparecimento das enfermidades.

A abordagem osteopática envolve o profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, relacionando todos os sistemas para formular hipóteses de diagnóstico e aplicar os tratamentos de forma eficaz. Desta forma, a osteopatia diferencia-se de outros métodos de manipulação pois busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase.

Pode ser subdividida basicamente em três classes, a saber: osteopatia estrutural; osteopatia craniana; osteopatia visceral. Esta abordagem para os cuidados e cura do indivíduo, se baseia no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se inter-relacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura.

O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades).

A osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura.

QUIROPRAXIA

É uma abordagem de cuidado que utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral.

São utilizadas as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação,

que gera uma cavitação.

O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos.

REFLEXOTERAPIA

Também conhecida como reflexologia, é uma prática que utiliza estímulos em áreas reflexas com finalidade terapêutica. Parte do princípio que o corpo se encontra atravessado por meridianos que o dividem em diferentes regiões. Cada uma destas regiões tem o seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente.

As áreas do corpo foram projetadas nos pés, depois nas mãos, na orelha e também em outras partes do corpo, passando a ser conhecida como microssistemas, que utiliza o termo "Terapias Reflexas", Reflexoterapia ou Reflexologia.

A planta dos pés apresenta mais de 72.000 terminações nervosas; na existência de um processo patológico, vias eferentes enviam fortes descargas elétricas que percorrem a coluna vertebral e descendo pelos nervos raquidianos, pelas pernas, as terminações nervosas livres, que se encontram nos pés criam um campo eletromagnético que gera uma concentração sanguínea ao redor de determinada área. Quanto maior a concentração de sangue estagnado, mais crônicas e mais graves são as patologias.

REIKI

É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral.

A terapêutica objetiva fortalecer os locais onde se encontram bloqueios - "nós energéticos" - eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital.

SHANTALA

É uma prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê. Além disso, promove a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional.

Promove e fortalece o vínculo afetivo, harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando significativamente no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar.

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA (TCI)

É uma prática de intervenção nos grupos sociais e objetiva a criação e o fortalecimento de redes sociais solidárias. Aproveita os recursos da própria comunidade e baseia-se no princípio de que se a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas.

A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. Cada participante da sessão é corresponsável pelo processo terapêutico produzindo efeitos individuais e coletivos. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais, favorecendo assim, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de resolução dos problemas.

Está fundamentada em cinco eixos teóricos que são: a Pedagogia de Paulo Freire, a Teoria da Comunicação, o Pensamento Sistêmico, a Antropologia Cultural e a Resiliência. Reforça a autoestima e fortalece vínculos positivos, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade, é fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuído o processo de somatização e complicações clínicas.

É uma prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar e melhorar Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de prânâyâmas. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência.

A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

ANEXO 4 DO ANEXO XXV

(Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Aprova a definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares apresentadas no Anexo A . (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Art. 1º Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, as seguintes práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapiaapresentadas, nos termos do Anexo A. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Art. 2º As práticas citadas neste Anexo atenderão às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

ANEXO A DO ANEXO 4 DO ANEXO XXV
(Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapiaapresentadas

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria 971GM/MS de 3 de maio de 2006, trouxe diretrizes norteadoras para Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica, e Termalismo Social/Crenoterapia, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde. Neste sentido, atualizou as suas diretrizes a partir do documento "Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023".

A PNPIC define responsabilidades institucionais para a implantação e implementação das práticas integrativas e complementares (PICS) e orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o Sistema único de Saúde (SUS) práticas que atendam as necessidades regionais.

Os 10 anos da Política trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou que as 14 práticas a serem incluídas por esta Portaria estão presentes nos serviços de saúde em todo o país.

Esta Portaria, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das PICS no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO

APITERAPIA

A apiterapia é método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias para promoção e manutenção da saúde, e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas, praticado desde a antiguidade conforme mencionado por Hipócrates em alguns textos, e em textos chineses e egípcios. Esses produtos são denominados apiterápicos e incluem a apitoxina, a geleia real e o pólen, a própolis, o mel, dentre outros, que compõem categorias diferenciadas.

A utilização da apitoxina como prática integrativa e complementar recebe a denominação de apipuntura, quando a estimulação ocorre nos pontos estratégicos do corpo similares aos definidos para a acupuntura, seja pela introdução do próprio ferrão da abelha ou por meio de agulhas apropriadas. Porém, outros modos consistem em aplicação sublingual, subcutânea com agulhas, injeções ou tópicas, com processamento industrializado de doses de apitoxina, o que torna a toxina menos ativa. A apitoxina age como anestésico na pele, com ação da endorfina muito alta, e apesar da dor inicial acaba relaxando a área de aplicação.

Em situações específicas, a apiterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde principalmente quando analisada comparativamente às melhorias que ela pode proporcionar a alguns pacientes, com economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de baixo custo.

AROMATERAPIA

A aromaterapia é prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. Na década de 30, a França e a Inglaterra passaram a adotar e pesquisar o uso terapêutico dos óleos essenciais, sendo considerada prática integrante da aromatologia - ciência que estuda os óleos essenciais e as matérias aromáticas quanto ao seu uso terapêutico em áreas diversas como na psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing e outros segmentos.

No Brasil, a aromaterapia é reconhecida como uma prática integrativa e complementar com amplo uso individual e/ou coletivo, podendo ser associada a outras práticas como talassoterapia e naturopatia, e considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa os resultados do tratamento adotado. Como prática multiprofissional, tem sido adotada por diversos profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, médicos, veterinários, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, e empregada nos diferentes setores da área para auxiliar de modo complementar a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo.

Somados todos os fatos apresentados, a aromaterapia pode contribuir com o Sistema Único de Saúde, agregando benefícios ao paciente, ao ambiente hospitalar e colaborando com a economia de gastos da instituição pública por utilizar matéria-prima de custo relativamente baixo, principalmente quando analisada comparativamente às grandes vantagens que ela pode proporcionar.

BIOENERGÉTICA

A bioenergética é uma visão diagnóstica que, aliada a umá compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, e movimentos sincronizados com a respiração. Trabalha o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, utilizando exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos. Propõe a interação homem-corpo-emoção-razão, sendo conduzida a partir da análise desses componentes por meio de conceitos fundamentais (couraça muscular, anéis ou segmentos da couraça muscular) e técnicas corporais (grounding, respiração e massagem).

A bioenergética considera que o corpo é capaz de traduzir, em linguagem não verbal, as suas necessidades, por meio de simbolismos ou sintomas apresentando uma memória celular que registra experiências e reage a estes padrões. Desta forma, torna-se possível "ler" no corpo, também, as resistências e defesas do indivíduo, uma vez que ele revela expressões emocionais vividas até o momento. Este tipo de defesa, reconhecida como uma couraça, atua tanto na proteção do indivíduo contra ações externas e experiências traumatizantes, quanto na diminuição, de forma gradual, da espontaneidade nas relações humanas, da capacidade de auto percepção, da sensibilidade para o amor, do afeto e compaixão, bem como, dificulta a respiração plena e profunda.

A bioenergética pode contribuir com o Sistema Único de Saúde ao proporcionar ao paciente condições de liberar tensões, facilitar a expressão, favorecer o autoconhecimento e promover uma vida mais saudável.

CONSTELAÇÃO FAMILIAR

A constelação familiar é uma técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família. Desenvolvida nos anos 80 pelo psicoterapeuta alemão Bert Hellinger, que defende a existência de um inconsciente familiar - além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo - atuando em cada membro de uma família. Hellinger denomina "ordens do amor" às leis básicas do relacionamento humano - a do pertencimento ou vínculo, a da ordem de chegada ou hierarquia, e a do equilíbrio - que atuam ao mesmo tempo, onde houver pessoas convivendo. Segundo Hellinger, as ações realizadas em consonância com essas leis favorece que a vida flua de modo equilibrado e harmônico; quando transgredidas, ocasionam perda da saúde, da vitalidade, da realização, dos bons relacionamentos, com decorrente fracasso nos objetivos de vida.

A constelação familiar é uma abordagem capaz de mostrar com simplicidade, profundidade e praticidade onde está a raiz, a origem, de um distúrbio de relacionamento, psicológico, psiquiátrico, financeiro e físico, levando o indivíduo a um outro nível de consciência em relação ao problema e mostrando uma solução prática e amorosa de pertencimento, respeito e equilíbrio.

A constelação familiar é indicada para todas as idades, classes sociais, e sem qualquer vínculo ou abordagem religiosa, podendo ser indicada para qualquer pessoa doente, em qualquer nível e qualquer idade, como por exemplo, bebês doentes são constelados através dos pais.

CROMOTERAPIA

A cromoterapia é prática terapêutica que utiliza há milênios as cores no tratamento de doenças, sendo utilizada pelo homem desde as antigas civilizações, e atua do nível físico aos mais sutis com o objetivo de harmonizar o corpo. Antigamente, o uso terapêutico era realizado principalmente através da luz solar, pela forte crença no seu potencial de cura.

A partir das abordagens dos distintos sistemas complexos das medicinas tradicionais, as cores em suas frequências podem ser utilizadas para neutralizar as condições excessivas do corpo e restabelecer a saúde, podendo serem utilizadas em regiões específicas do corpo, como os centros de força, pontos de acupunturas ou marmas, em consonância com o desequilíbrio identificado no indivíduo. Na concepção cromoterápica, o conceito de complementaridade embasa os efeitos positivos das cores sobre as disfunções de um órgão que, quando hiper estimulado, possui vibrações energéticas de vermelho (e podem ter os movimentos neutralizados e a expansão exagerada pelo tratamento cromoterápico com azul) ou, quando retraído, com funções diminuídas, energeticamente atuando na vibração do azul, pode ser estimulado pelo vermelho.

A cromoterapia, por intermédio das cores, procura estabelecer e restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre corpo, mente e emoções, pois o desvio da energia vibratória do corpo é responsável por desencadear patologias. Pode ser trabalhada de diferentes formas: por contato, por visualização, com auxílio de instrumentos, com cabines de luz, com luz polarizada, por meditação.

Entre as possibilidades terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde, a cromoterapia se enquadra como um recurso, associado ou não a outras modalidades (geoterapia, reflexologia, aromaterapia, imposição de mãos etc), demonstrando resultados satisfatórios.

GEOTERAPIA

A geoterapia é prática que contribui com ampliação e melhoramentos nos sistemas de abordagem integrativa, em intervenções clínicas. Prática milenar e de utilização variada pelos povos antigos, alterna desde embalsamentos, conservação de alimentos, tratamentos, manutenção da saúde, até fins estéticos. Tratados antigos mencionam que as argilas eram prescritas para tratamentos de enfermidades e preservação da saúde, destacando grande emprego em casos de doenças osteomusculares, processos inflamatórios, lesões dérmicas, cicatrização de ferimentos, entre outros.

A geoterapia é prática relativamente simples, na qual a argila (cor selecionada de acordo com o objetivo de tratamento) é diluída em água e manipulada até formar um material homogêneo, de textura colóide para ser aplicada no corpo. Essa massa de argila é rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações

bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde. As reações bioquímicas são amplamente discutidas e fundamentadas pela presença de elementos minerais que cada tipo de argila compõe, do tipo de água utilizada para diluição, tempo de contato com pele, temperatura etc. As reações vibracionais, somadas ao contexto anterior, são resultantes da carga elétrica gerada pelas estruturas cristalinas que a formam a argila, instituindo assim, cristalografia como parte integrante da geoterapia.

As possibilidades de aplicação são muitas podendo ser utilizada de modo associado a outras terapias como reflexoterapia, auriculoterapia, massoterapia, fitoterapia, florais, cromoterapia, entre outras, possibilitando ampla atuação nos processos terapêuticos e atendendo as necessidade dos usuários. É um recurso que tem história bem definida, não invasiva, segura e com relatos clínicos de eficácia apresentado em estudos antigos e atuais, passível de incorporar benefícios ao Sistema Único de Saúde.

HIPNOTERAPIA

A hipnoterapia é um conjunto de técnicas que, por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas. Pode favorecer o autoconhecimento e, em combinação com outras formas de terapia, auxilia na condução de uma série de problemas.

Em 1993, a hipnoterapia foi definida pela American Psychological Association (APA) como procedimento através do qual um profissional de saúde conduz o indivíduo a experimentar sensações, mudanças, percepções, pensamentos ou comportamentos, com o seu uso indicado em diversas condições como transtornos depressivos, ansiedade, neurose depressiva, depressão, baseado em estudos anteriores. Estudos atuais indicam a terapia por hipnose como um tratamento eficaz e relevante na depressão. Algumas revisões de literatura realizadas identificaram artigos, abrangendo populações distintas, nas quais a maioria das pessoas acredita que a hipnoterapia é benéfica, pode melhorar habilidades, especialmente a memória, e consideraria seu uso em circunstâncias adequadas.

Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a psicologia, a fisioterapia, a enfermagem, dentre outras.

IMPOSIÇÃO DE MÃOS

A imposição de mãos é prática terapêutica secular que implica um esforço meditativo para a transferência de energia vital (Qi, prana) por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença. Sem envolvimento de outros recursos (remédios, essências, aparelhos) faz uso da capacidade humana de conduzir conscientemente o fluxo de energias curativas multidimensionais para dentro do corpo humano e dos seus sistemas energéticos físicos e espirituais a fim de provocar mudanças terapêuticas.

A maioria das formas de cura pela imposição das mãos envolve de fato o posicionamento das mãos sobre ou próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia do agente de cura para o paciente. Essa prática fundamenta-se no princípio de que a energia do campo universal sustenta todos os tipos de organismos vivos e que este campo de energia universal tem a ordem e o equilíbrio como base. No estado de saúde, esta energia universal flui livremente dentro, através e fora do campo de energia humano promovendo equilíbrio. Na doença, o fluxo de energia pode estar obstruído, desorganizado ou em desequilíbrio.

Os conceitos da energia essencial da vida receberam vários nomes em diferentes partes do mundo e fazem parte de sistemas médicos milenares: na Índia, a palavra em sânscrito para energia vital é prana; na China, essa energia é descrita fluindo através de uma rede não física de meridianos, é chamada de qi ou ch'i; e no antigo Egito é denominado ká. Prática tradicional de saúde de uso integrativo e complementar a outras práticas e/ou terapias de saúde.

MEDICINA ANTROPOSÓFICA / ANTROPOSOFIA APLICADA À SAÚDE (632)

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Considerada uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem.

Na abordagem interdisciplinar de cuidados, os diferentes recursos terapêuticos ofertados envolvem:

- terapia medicamentosa: recurso de base antroposófica em que, de acordo com o diagnóstico individualizado, são prescritos medicamentos antroposóficos ou, em alguns casos, alopáticos;

- aplicações externas: uso de substâncias ou de toques na pele - orientado por conhecimentos antroposóficos - que exerce efeito terapêutico, propiciando a absorção de princípios medicamentosos e a cura endógena. Utiliza substâncias como chás medicinais, emulsões de plantas, pomadas de metais ou vegetais, óleos essenciais e raízes de plantas. Banho medicinal, cataplasma, compressa, enfaixamento, escalda-pés, fricção e massagem são exemplos de aplicação externa;

- banhos terapêuticos: Técnica de base antroposófica que utiliza o banho como recurso complementar na promoção da saúde e pode ocorrer com ou sem uso de calor ou de substâncias, como óleos essenciais, emulsão de plantas e chás. Pode ser de escova, de fricção, de assento, entre outros, e obedece a uma sequência rítmica, respeitando-se um período de repouso após o banho.

- massagem rítmica: técnica de base antroposófica que utiliza movimentos rítmicos para manipulação dos tecidos corporais, atuando de forma terapêutica;

- terapia artística: prática expressiva que utiliza elementos artísticos (como cor, forma, volume, luz e sombra) na realização de exercícios específicos, orientados e acompanhados por terapeuta artístico antroposófico - de maneira

individualizada, em função dos objetivos do tratamento - visando melhorar a vitalidade, a criatividade, a resiliência e, por consequência, a recuperação do equilíbrio entre corpo e alma na promoção da saúde. As modalidades mais frequentes incluem exercícios com aquarela aplicando pigmentos naturais; desenho de formas; modelagem em argila; ou desenho com carvão;

- euritmia: prática corporal de base antroposófica, com movimentos associados a fonemas - representam sons primordiais - que induzem efeitos anabolizantes, relaxantes ou desintoxicantes, em função harmonizadora e que não apresenta contraindicação ou efeito colateral.

- quirofonética: técnica terapêutica de base antroposófica na qual o terapeuta quirofonético entoa sons da própria fala (vogais, consoantes, versos) enquanto realiza deslizamentos manuais pelo corpo do paciente, para despertar as forças internas de regeneração da saúde. O toque corporal na quirofonética obedece a movimentos específicos realizados especialmente nas costas, braços e pernas e, em geral, com o auxílio de óleos medicinais. Foi desenvolvida pelo médico alemão Alfred Baur, em 1972, e pode ser aplicada em diversas situações de adoecimento físico, psíquico ou deficiências motoras e cognitivas;

- cantoterapia: prática expressiva que utiliza a atividade artística do canto, por meio de exercícios musicais, para atuar sobre o corpo e a emoção, estimulando e propiciando uma forma de autoconhecimento e fortalecimento do eu. Auxilia a destravar emoções reprimidas, trabalhando numa perspectiva de melhorar os aspectos psicológicos e corporais do indivíduo.

- terapia biográfica: técnica de aconselhamento de base antroposófica na qual, orientado pelo terapeuta, o indivíduo revê sua própria biografia para perceber o que pode estar bloqueando seu desenvolvimento pessoal e identificar as possibilidades de transformação.

Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIC, como Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema.

OZONIOTERAPIA

A ozonioterapia é pratica integrativa e complementar de baixo custo, segurança comprovada e reconhecida, que utiliza a aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio, por diversas vias de administração, com finalidade terapêutica, já utilizada em vários países como Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros, há décadas.

Há algum tempo, o potencial terapêutico do ozônio ganhou muita atenção através da sua forte capacidade de induzir o estresse oxidativo controlado e moderado quando administrado em doses terapêuticas precisas. A molécula de ozônio é molécula biológica, presente na natureza e produzida pelo organismo sendo que o ozônio medicinal (sempre uma mistura de ozônio e oxigênio), nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estimulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal.

Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras.

TERAPIA DE FLORAIS

A terapia de florais é uma prática complementar e não medicamentosa que, por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. O pioneiro das essências florais foi o médico inglês Edward Bach que, na década de 1930, inspirado nos trabalhos de Paracelso, Hahnemann e Steiner, adota a utilização terapêutica da energia essencial - energia sutil - de algumas flores silvestres que cresciam sem a interferência do ser humano, para o equilíbrio e harmonia da personalidade do indivíduo, reatando laços com a tradição alquímica de Paracelso e Hildegard Von Bingen, numa nova abordagem da saúde.

As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive. São preparadas a partir de flores silvestres no auge da floração, nas primeiras horas da manhã, quando as flores ainda se encontram úmidas pelo orvalho, obtidas através da colheita de flores extraídas de lugares da natureza que se encontram intactos. A essência floral que se origina da planta em floração atua nos arquétipos da alma humana, estimulando transformação positiva na forma de pensamento e propiciando o desenvolvimento interior, equilíbrio emocional que conduz a novos comportamentos. Não é fitoterápico, não é fragrância, não é homeopatia, não é droga.

Pode ser adotado em qualquer idade, não interferindo com outros métodos terapêuticos e/ou medicamentos, potencializando-os. Os efeitos podem ser observados de imediato, em indivíduos de maior sensibilidade.

TERMALISMO SOCIAL / CRENOTERAPIA

O uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrito por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. Como prática terapêutica, compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral - com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras - e eventualmente submetida a ações hidromecânicas - como agente em tratamentos de saúde. A eficiência do termalismo no tratamento de saúde está associada à composição química da água (que pode ser classificada como sulfurada, radioativa, bicarbonatada, ferruginosa etc.), à forma de aplicação (banho, sauna etc.) e à sua temperatura.

A crenoterapia, por sua vez, consiste em prática terapêutica que utiliza águas minerais com propriedades medicinais, de modo preventivo ou curativo, em complemento a outros tratamentos de saúde. Tem por base a crenologia, ciência que estuda as propriedades medicinais das substâncias físico-químicas das águas minerais e sua utilização terapêutica. No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao país

os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Inicialmente integrado ao SUS, pela PNPIC, como Observatório das Experiências de Termalismo no SUS, articulação institucional voltada para o desenvolvimento de metodologias apropriadas ao acompanhamento e à avaliação de experiências em medicina antroposófica presentes no SUS, bem como ao monitoramento desses serviços e à divulgação dos resultados, envolveu as três esferas de gestão no SUS em sua articulação. Agora, passa a integrar formalmente o rol de PICS institucionalizadas no Sistema. (Incluída pela PRT GM/MS nº 702 de 21.03.2018)

Anexo XXVI

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Origem: PRT MS/GM 1559/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º)

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, I)

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, II)

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, III)

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º)

I - elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, I)

II - planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, II)

III - controle Social e Ouvidoria em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, III)

IV - vigilância sanitária e epidemiológica; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, IV)

V - regulação da saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, V)

VI - auditoria assistencial ou clínica; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VI)

VII - avaliação e incorporação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 3º, VII)

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º)

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, I)

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, II)

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, III)

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IV)

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, V)

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VI)

VII - Programação Pactuada e Integrada (PPI); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VII)

VIII - avaliação analítica da produção; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, VIII)

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, IX)

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, X)

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XI)

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 4º, XII)

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º)

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, I)

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, II)

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, III)

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, IV)

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todos as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º)

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 1º)

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 2º)

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência baseado nos processos de programação assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 3º)

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) serão definidas pela área técnica da regulação do acesso. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 6º, § 4º)

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 7º)

Art. 8º As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º)

§ 1º São atribuições da regulação do acesso: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º)

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, I)

II - garantir os princípios da equidade e da integralidade; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, II)

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, III)

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IV)

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, V)

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VI)

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VII)

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, VIII)

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, IX)

X - subsidiar a programação pactuada e integrada. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 1º, X)

§ 2º São atribuições do Complexo Regulador: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º)

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, I)

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, II)

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, III)

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, IV)

V - executar a regulação médica do processo assistencial. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 8º, § 2º, V)

Art. 9º O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º)

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, I)

II - Complexo Regulador Regional: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II)

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, a)

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, II, b)

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, III)

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º)

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, I)

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, II)

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 1º, III)

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 2º)

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 9º, § 3º)

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10)

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, I)

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, II)

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, III)

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, IV)

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, V)

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, VI)

§ 1º Cabe à União: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º)

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, I)

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, II)

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, III)

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IV)

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, V)

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC nos termos do Anexo 1; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VI)

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VII)

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, VIII)

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 1º, IX)

§ 2º Cabe aos Estados: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º)

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, I)

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, II)

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, III)

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IV)

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, V)

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VI)

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VII)

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, VIII)

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, IX)

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, X)

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XI)

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 2º, XII)

§ 3º Cabe aos Municípios: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º)

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, I)

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, II)

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, III)

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IV)

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, V)

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VI)

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VII)

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, VIII)

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, IX)

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, X)

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XI)

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XII)

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIII)

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 3º, XIV)

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 10, § 4º)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 11)

ANEXO 1 DO ANEXO XXVI

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) (Origem: PRT MS/GM 2309/2001

Art. 1º Fica instituída, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º)

Parágrafo Único. Os procedimentos da modalidade de assistência de que trata este Artigo são aqueles definidos na Portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002, que estabelece lista dos Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares (SIA e SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º O Ministério da Saúde financiará os procedimentos objeto do art. 1º, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), por meio da Câmara Nacional de Compensação, não sendo onerados os limites financeiros estabelecidos para os estados e municípios. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º)

Parágrafo Único. Os recursos utilizados atualmente, por estados e municípios com assistência hospitalar de alta complexidade, de pacientes de outros estados, serão mantidos nos tetos estaduais podendo ser remanejados pelas Comissões Intergestores Bipartite dos estados. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 3º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) adotará as providências necessárias para a operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 2309/2001, Art. 3º)

ANEXO XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do Anexo 1 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 1º)

Art. 2º Os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política Nacional de Medicamentos, promoverão a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas. (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Art. 2º)

CAPÍTULO I

DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (RENAME)

Seção I

Disposições Gerais

Art. 3º Fica estabelecido o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a seguinte estrutura: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º)

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, I)

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, II)

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, III)

IV - Relação Nacional de Insumos; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, IV)

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, V)

§ 1º Incluem-se entre os medicamentos que compõem a RENAME os que forem definidos no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos inseridos nas ações e serviços de saúde de que tratam as Políticas Nacional de Atenção Oncológica Oftalmológica e de Urgências e Emergências estão contemplados na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º O elenco de medicamentos e insumos da RENAME encontra-se definido e organizado a partir do emprego dos seguintes critérios: (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º)

I - os medicamentos utilizados na Atenção Básica são aqueles constantes da Relação Nacional dos Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, I)

II - a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar consiste nos medicamentos descritos nominalmente em códigos específicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS, cujo financiamento ocorre por meio de procedimento hospitalar; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, II)

III - as vacinas e soros integram a Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, III)

IV - a Anatomical Therapeutic Chemical, da Organização Mundial da Saúde (ATC/MS), utilizando-se o Subgrupo Farmacológico (3º Nível ATC) e o Subgrupo Químico (4º Nível ATC); (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, IV)

V - as indicações terapêuticas definidas no Formulário Terapêutico Nacional (FTN), nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e/ou diretrizes específicas publicadas pelo Ministério da Saúde foram empregadas para a alocação dos medicamentos na RENAME; e (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, V)

VI - inclusão dos medicamentos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 2º, VI)

Art. 5º A incorporação, exclusão e alteração de medicamentos e insumos na RENAME serão realizadas pelo Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 3º)

Art. 6º A RENAME será disponibilizada pelo Ministério da Saúde, no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 4º)

Art. 7º O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) é o instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 533/2012, Art. 5º)

Seção II

Do Formulário Terapêutico Nacional

Art. 8º Fica instituído o Formulário Terapêutico Nacional (FTN) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º)

Parágrafo Único. O FTN será disponibilizado pelo Ministério da Saúde no endereço eletrônico http://www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 9º O FTN contém informações científicas e embasadas em evidências sobre os medicamentos selecionados na RENAME, visando subsidiar os profissionais de saúde em prescrição, dispensação e uso dos medicamentos essenciais. (Origem: PRT MS/GM 4004/2010, Art. 2º)

CAPÍTULO II

DAS DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

Art. 10. Ficam aprovadas as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, que se encontra no Anexo 2 do Anexo XXVII . (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 1º)

Art. 11. As disposições deste Capítulo abrangem as farmácias em hospitais que integram o serviço público, da Administração Direta e Indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos, inclusive filantrópicas. (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Art. 2º)

CAPÍTULO III

DOS PRODUTOS OU PROCESSOS FARMACÊUTICOS CONSIDERADOS DE INTERESSE PARA AS POLÍTICAS DE MEDICAMENTO OU DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PARA EXAME DE PRÉVIA ANUÊNCIA DA ANVISA

Art. 12. São considerados de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o art. 229-C da Lei nº 9.279, de 1996, os produtos ou processos farmacêuticos que compreendam, ou resultem em substância constante da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 11 de dezembro de 2013 e suas atualizações, conforme os grupos definidos abaixo: (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º)

I - antivirais e antirretrovirais; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, I)

II - doenças negligenciadas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, II)

III - doenças degenerativas (Alzheimer / Parkinson); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, III)

IV - imunossupressores; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IV)

V - doenças mentais (antipsicóticos / anticonvulsivantes); (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, V)

VI - produtos obtidos por rotas biológicas; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VI)

VII - vacinas e soros; (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VII)

VIII - hemoderivados; e (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, VIII)

IX - produtos oncológicos. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, IX)

Parágrafo Único. Quando o objeto do pedido de invenção não constar da lista de substâncias da referida Portaria deverá ser considerado de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, para fins do exame de prévia anuência, aqueles relacionados aos grupos definidos no "caput" deste artigo. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 13. O objeto do pedido de invenção de produtos e processos farmacêuticos, caracterizado como de interesse para as políticas de medicamentos ou de assistência farmacêutica no âmbito do SUS, deverá atender aos critérios de patenteabilidade e demais requisitos da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 2º)

Art. 14. A ANVISA implementará as medidas necessárias à execução do disposto neste Capítulo, segundo sua área de competência. (Origem: PRT MS/GM 736/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO IV
DOS CRITÉRIOS A SEREM CONSIDERADOS PELOS LABORATÓRIOS OFICIAIS DE PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SUAS LICITAÇÕES PARA AQUISIÇÃO DE MATÉRIA PRIMA

Art. 15. Os Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos, em suas licitações, deverão dar preferência à aquisição dos ingredientes farmacêuticos ativos necessários à sua linha de produção de empresas que produzam essas matérias-primas no País. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 1º)

Art. 16. Quando houver mais de um fornecedor que atenda às condições estabelecidas pelo art. 15, os laboratórios oficiais de produção de medicamentos deverão levar em conta, no processo licitatório, o grau de verticalização da produção no País, apresentado pelos fornecedores. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 2º)

Art. 17. A observância dessa norma ora instituída deverá constituir-se em critério discriminante positivo e deverá estar compulsoriamente presente nas análises de projetos de compras e investimentos realizados pelo Ministério da Saúde junto aos Laboratórios Oficiais de produção de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 3031/2008, Art. 3º)

CAPÍTULO V
DA COMISSÃO PERMANENTE DE BAIXA E DESCARTE DE MEDICAMENTOS

Art. 18. Fica instituída a Comissão Permanente de Baixa e Descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis (CPBD), subordinada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º)

§ 1º Consideram-se irrecuperáveis aqueles medicamentos, insumos de saúde e materiais que não mais puderem ser utilizados para o fim a que se destinam. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A atuação da CPBD poderá abranger todos os órgãos do Ministério da Saúde, inclusive os Núcleos Estaduais. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 1º, § 2º)

Art. 19. A CPBD terá competência para definir os produtos irrecuperáveis que trata o art. 18, § 1º e validar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, após levantamento realizado pelas unidades demandantes, ouvido o Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (DLOG/SE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 2º)

Art. 20. A CPBD será composta por um representante, titular e suplente, de cada Secretaria do Ministério da Saúde, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º)

I - a Secretaria-Executiva indicará o representante titular e seu suplente; e (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, I)

II - os representantes titulares das demais Secretarias serão seus respectivos Chefes de Gabinete, devendo cada Secretaria indicar o suplente. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, II)

§ 1º A coordenação da CPBD será exercida pelo representante da Secretaria-Executiva. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A CPBD poderá, quando se fizer necessário, convocar especialistas de outras áreas do Ministério da Saúde para auxiliarem com os subsídios técnicos necessários à tomada de decisão no âmbito da Comissão. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 2º)

§ 3º A Secretaria-Executiva fornecerá o apoio administrativo necessário ao funcionamento da CPBD. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 3º)

§ 4º A participação na CPBD será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 3º, § 4º)

Art. 21. As Secretarias do Ministério da Saúde, como áreas demandantes, serão competentes para encaminhar os processos de descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis de suas respectivas unidades à CPBD, acompanhados de nota técnica que atestará o motivo das perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º)

§ 1º A efetivação do descarte dependerá de validação da CPBD e a execução será realizada pelo DLOG/SE/MS. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 1º)

§ 2º O encaminhamento dos processos de que trata o caput deverá seguir cronograma com estipulação de prazos para baixa e descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 2º)

§ 3º Após cumpridas todas as exigências previstas neste Capítulo e efetivado o descarte de medicamentos, insumos de saúde e materiais irrecuperáveis, o processo deverá ser enviado ao DLOG/SE/MS, para arquivamento. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 4º, § 4º)

Art. 22. Os responsáveis, nas respectivas áreas demandantes, pelos estoques de medicamentos, insumos de saúde e materiais, inclusive os decorrentes de decisão judicial, deverão utilizar ferramentas de controle eficientes, que forneçam informações atualizadas para tomada de decisão, visando a minimizar as perdas. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 5º)

Art. 23. Compete à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde a edição de normas complementares acerca do disposto neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1000/2017, Art. 6º)

ANEXO 1 DO ANEXO XXVII

Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Origem: PRT MS/GM 3916/1998, Anexo 1)

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

PREFÁCIO

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- tornar públicas e expressas as intenções do Governo;

- permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;

- orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;

- funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado.

Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir dos quais é estruturado um documento inicial, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias.

Entre as instâncias consultadas estão os vários órgãos do próprio Ministério, os demais gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, os segmentos diretamente envolvidos com o assunto objeto da política e a população em geral, mediante a atuação do Conselho Nacional de Saúde, instância que, no nível federal, tem o imprescindível papel de atuar "na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde", conforme atribuição que lhe foi conferida pela Lei nº 8.142/90.

A promoção das mencionadas discussões objetiva sistematizar as opiniões acerca da questão e recolher sugestões para a configuração final da política em construção, cuja proposta decorrente é submetida à avaliação e aprovação do Ministro da Saúde.

No nível da direção nacional do Sistema, a responsabilidade pela condução desse processo está afeta à Secretaria de Políticas de Saúde, a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas. Cabe também à Secretaria promover ampla divulgação e operacionalizar a gestão das políticas consideradas estratégicas, além de implementar a sua contínua avaliação, visando, inclusive, ao seu sistemático aperfeiçoamento.

Paralelamente, deve-se ressaltar que a operacionalização das políticas formuladas exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou reorientação de planos, projetos e atividades, que permitirão conseqüência prática às políticas.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 60, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a "formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)".

O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal.

Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde.

Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda que outros insumos básicos na atenção à saúde, tais como imunobiológicos e hemoderivados, deverão ser objeto de políticas específicas. No caso particular dos produtos derivados do sangue, esta Política trata de aspectos concernentes a estes produtos, de que são exemplos questões relativas às responsabilidades dos três gestores do SUS e ao efetivo controle da qualidade.

2. JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde brasileiro, que engloba estabelecimentos públicos e o setor privado de prestação de serviços, inclui desde unidades de atenção básica até centros hospitalares de alta complexidade. A importância e o volume dos serviços prestados pelo setor público de saúde no Brasil - composto pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS - podem ser verificados, por exemplo, no montante de atividades desenvolvidas em 1996, do qual constam a realização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas.

É indiscutível, portanto, a importância dos serviços de saúde, os quais constituem, ao lado de uma série de outros, fator de extrema importância para a qualidade de vida da população. Esses serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência nele desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos.

A despeito do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Verifica-se, além disso, constantes mudanças no perfil epidemiológico que, atualmente, compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

O envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sob esse enfoque, a política de medicamentos é, indubitavelmente, fundamental nessa transformação.

Deve se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.

Acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, tem-se novamente o processo de envelhecimento populacional interferindo sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento de doenças crônico degenerativa, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, como é o caso dos utilizados no tratamento de doenças cardiovasculares, reumática, e da diabetes. Frise-se o fato de que é bastante comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente.

Este cenário é também influenciado pela desarticulação da desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito de serviços da saúde. Em decorrência, observa-se, por exemplo, a falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes, da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME). Some-se a isso a irregularidade no abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

O processo indutor uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo criativo tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário.

A produção e a venda de medicamento, devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídio institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

Essa necessidade torna-se ainda mais significativa na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos direto, e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores.

Há, no País, cerca de 50 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações.

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15 por cento da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo, apresenta uma renda entre quatro e 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome anualmente 36% do mercado e gasta, anualmente, em média 64,15 dólares per capita, o terceiro, tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita.

Nitidamente, a análise desse perfil do consumidor indica a necessidade de que a Política de Medicamentos confira especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, bem como à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição da população brasileira.

3. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito sejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas.

3.1 Adoção de relação de medicamentos essenciais

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

O Ministério de Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema.

No processo de atualização contínua da RENAME, deverá ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

3.2 Regulamentação sanitária de medicamentos

Nesse contexto, serão enfatizadas, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância.

Para tanto, deverão ser utilizadas comissões técnicas e grupos assessores com a finalidade de respaldar e subsidiar as atividades de regulamentação e as decisões que envolvam questões de natureza científica e técnica.

A promoção do uso de medicamentos genéricos será, igualmente, objeto de atenção especial. Portanto, o gestor federal deverá identificar os mecanismos necessários para tanto, por exemplo, a adequação do instrumento legal específico. Essa adequação deverá contemplar aspectos essenciais que favoreçam a consolidação do uso dos genéricos, tais como:

a) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos;

b) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública;

c) a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica, relativas à sua forma e à identificação do paciente e do profissional que a prescreve;

d) a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e demais materiais de divulgação e informação médica.

As ações de vigilância sanitária serão gradualmente descentralizadas e transferidas à responsabilidade executiva direta de estados e municípios, com exceção do registro de medicamentos e autorização do funcionamento de empresas, que constituem papéis indelegáveis do gestor federal. Em todos os casos, deverá ser garantida a aplicação das normas existentes e a integração operacional do sistema, em todas as esferas.

3.3 Reorientação da assistência farmacêutica

O modelo de assistência farmacêutica será reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada:

a) na descentralização da gestão;

b) na promoção do uso racional dos medicamentos;

c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;

d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A assistência farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

No tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-se-á a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento.

Assim, o processo de descentralização em curso contemplará a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Essas responsabilidades ficam, dessa forma, inseridas na ação governamental, o que deverá assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais.

O processo de descentralização, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais. Essa decisão, adotada por ocasião das programações anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;

b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;

c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão deverá, ainda, observar critérios mais específicos, relativos a aspectos técnicos e administrativos, de que são exemplos:

a) o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros;

b) o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população;

c) a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos;

d) a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos.

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição - os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica.

Nesse particular, o gestor federal, especialmente, em articulação com a área econômica, deverá identificar medidas com vistas ao acompanhamento das variações e índices de custo dos medicamentos, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo. Ainda com relação à articulação, a atuação conjunta com o Ministério da Justiça buscará coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos.

Essas decisões e a cooperação técnica referida serão viabilizadas por intermédio da articulação intergestores, concretizada, por exemplo, na instituição de grupo técnico-assessor integrado por representações das três esferas de gestão, responsável, principalmente, pela implementação do modelo de assistência farmacêutica a ser adotado, pactuado e submetido à Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

O Conselho Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas pactuadas.

3.4 Promoção do uso racional de medicamentos

No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes.

Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Promover-se-á, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Além disso, terá importante enfoque a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, vez que esta iniciativa ultrapassa os limites do setor

saúde, abrangendo outros ministérios e esferas de Governo, além da sociedade e das corporações profissionais. Nesse particular, é importante ressaltar que a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado. Portanto, deve estar em absoluta conformidade com as definições constantes da Lei nº 8.080/90, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável.

O Ministério da Saúde levará à discussão, no âmbito da Cúpula das Américas, uma proposta de utilização dos genéricos visando a consolidação do uso destes medicamentos pelos países da Região.

A propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos, quanto especialmente a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga, deverá se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente.

3.5 Desenvolvimento científico e tecnológico

Será incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo.

Além disso, deverá ser continuado e expandido o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas.

Igualmente, serão estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Esse processo exigirá uma ação articulada dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, entre outros, bem como a permanente cooperação técnica com organismos e agências internacionais.

A oferta de medicamentos está intrinsecamente relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento, os quais, por sua vez, encerram aspectos relativos à estrutura e ao perfil industrial no Brasil, composto por três segmentos de produção: nacional público, nacional privado e de empresas de capital transnacional no setor - este último predominante no País. Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio do órgão responsável pela implementação da Política de Ciência e Tecnologia, estimular uma maior articulação das instituições de pesquisas e das universidades com o setor produtivo, a partir do estabelecimento de prioridades.

Igualmente, deverão ser implementados mecanismos que influenciem na formação e viabilizam o treinamento contínuo dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, a importância de o País dispor de instrumento estratégico para a divulgação dos avanços científicos que, além de expressar o nível de desenvolvimento alcançado, estabeleça os requisitos mínimos das matérias-primas e especialidades.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde deverá promover o processo de revisão permanente da Farmacopéia Brasileira, que constitui mecanismo de fundamental importância para as ações legais de vigilância sanitária e das relações de comércio exterior, tanto de importação, quanto de exportação.

3.6 Promoção da produção de medicamentos

Esforços serão concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAMB, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional).

A capacidade instalada dos laboratórios oficiais - que configura um verdadeiro patrimônio nacional - deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS.

O papel desses laboratórios é especialmente importante no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse em saúde pública. Esses laboratórios deverão, ainda, constituir-se em uma das instâncias favorecedoras do monitoramento de preços no mercado, bem como contribuir para a capacitação dos profissionais.

Com referência aos medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde, em ação articulada com os demais ministérios e esferas de Governo, deverá estimular a fabricação desses produtos pelo parque produtor nacional, em face do interesse estratégico para a sociedade brasileira, incluindo, também, a produção das matérias primas e dos insumos necessários para esses medicamentos.

Será também incentivada a produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias cujos resultados tenham impacto sobre a saúde pública ou que são adquiridos em sua quase totalidade pelo setor público.

Nesse sentido, deverão ser identificados e implementados mecanismos que possibilitem a eliminação da dependência, ao Governo Federal, dos laboratórios oficiais, a modernização dos seus sistemas de produção e o alcance de níveis de eficiência e competitividade, particularmente no que concerne aos preços dos produtos.

3.7 Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos

O processo para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades, coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária, serão efetivadas mediante ações próprias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no cumprimento dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação. Essa sistemática permitirá a concretização dos preceitos estabelecidos na Lei nº 8.080/90 e em legislações complementares.

Para o exercício dessas ações, a Secretaria de Vigilância Sanitária implementará e consolidará roteiros de inspeções aplicáveis à área de medicamentos e farmoquímicos. Definirá, desenvolverá e implantará sistemas de informação para o setor, envolvendo os três níveis de gestão, estabelecendo procedimentos e instrumentos de avaliação.

A reestruturação, a unificação e o reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde REBLAS, no âmbito do sistema brasileiro de certificação, permitirão aos produtores testemunhar, voluntariamente, a qualidade dos seus produtos colocados no comércio, que são adquiridos pelos serviços de saúde e, ainda, a fiscalização e o acompanhamento da conformidade de medicamentos, farmoquímicos e insumos farmacêuticos.

Será promovida a sistematização do arcabouço legal existente, adequando-o aos princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, bem como ao estágio atual do processo de descentralização da gestão.

3.8 Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programa, e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade - cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

O componente recursos humanos deverá requerer atenção especial, sobretudo no tocante ao estabelecido pela Lei n° 8.080/90, em seu artigo 14 e parágrafo único, que definem que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei, inclusive, define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de "propor prioridades, métodos e estratégias".

Para o atendimento das necessidades e demandas relativas aos recursos humanos, decorrentes da operacionalização desta Política, o processo de articulação implementado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde, compreenderá a abordagem de todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, em especial no que se refere à promoção do uso racional de medicamentos e a produção, comercialização e dispensação dos genéricos, bem como a capacitação em manejo de medicamentos. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação e do Desporto, especificamente, deverá ser viabilizado, tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo no tocante à qualificação nos campos da farmacologia e terapêutica aplicada.

Algumas diretrizes e prioridades contidas no texto desta Política explicitam as necessidades e demandas em termos de recursos humanos. Todavia, o desenvolvimento e a capacitação constituirão ações sistemáticas que permearão todas as medidas, iniciativas, programas e atividades dela decorrentes.

Cabe ressaltar, finalmente, que áreas estratégicas, de que é exemplo relevante a vigilância sanitária, cujas atribuições configuram funções típicas e exclusivas de Estado, serão objeto de enfoque particular, haja vista a crônica carência de pessoal capacitado na área, nas três esferas de gestão do SUS, o que exigirá, por parte dos gestores, estudos e medidas concretas voltadas para a recomposição e ou complementação adequada de quadros de pessoal especializado para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas.

4 PRIORIDADES

As diretrizes apresentadas no capítulo anterior comportam um conjunto de prioridades que configuram as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento.

4. 1. Revisão permanente da RENAME

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos. Esse processo, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, será desenvolvido mediante a participação dos demais órgãos do Ministério, Secretaria de Vigilância Sanitária e Secretaria de Assistência à Saúde e dos gestores estaduais e municipais, responsáveis pela implementação das ações que operacionalizam esta Política e de instituições científicas que atuam na área de medicamentos.

A RENAME será organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País. As apresentações dos produtos deverão assegurar as formas farmacêuticas e as dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos.

Cabe ressaltar que, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada.

4.2. Assistência farmacêutica

Em conformidade com as diretrizes relativas à reorientação da assistência farmacêutica anteriormente explicitadas, especialmente no que se refere ao processo de descentralização, as três esferas de Governo assegurarão, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada.

Nesse contexto, a aquisição de medicamentos será programada pelos estados e municípios de acordo com os critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3 "Diretrizes", tópico 3.3 deste documento. O gestor federal participa do processo de aquisição dos produtos mediante o repasse Fundo-a-Fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica.

No tocante a essa transferência, atenção especial deverá ser dada aos medicamentos destinados ao atendimento de esquemas terapêuticos continuados, aos que ratificam decisões e compromissos internacionais e àqueles voltados à assistência a pacientes de alto risco, como é o caso dos transplantados e renais crônicos.

A prioridade maior do Ministério da Saúde é a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, para que as decisões acerca desse processo possam ser viabilizadas, deverá ser instituído um grupo tripartite, com atribuições específicas, que atuará junto ao setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde.

A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações.

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação.

Atenção especial deverá ser dada, também, a um outro grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços ao SUS e faturados segundo tabela definida pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Secretaria a de Assistência à Saúde deverá viabilizar um estudo visando a revisão, atualização e ajuste diferenciado dos valores, considerando:

- o tempo decorrido desde o estabelecimento desses valores, quando da definição da composição de cada procedimento integrante da assistência hospitalar e ambulatorial, que levou em conta, naquela ocasião, um valor médio do custo de medicamentos para determinado grupo de patologias;

- o fato dos reajustes que vêm sendo efetivados levarem em conta somente o valor global do procedimento, e não o custo atualizado dos medicamentos vinculados aos mesmos.

O resultado do ajuste procedido deverá seguir o fluxo já estabelecido, ou seja, a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

4.3. Promoção do uso racional de medicamentos

A promoção do uso racional de medicamentos envolverá, além da implementação da RENAME, em especial, as medidas a seguir indicadas.

4.3.1. Campanhas educativas

Serão desencadeadas campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, com vistas a estimular o uso racional de medicamentos.

Caberá aos gestores do SUS em conjunto com entidades da sociedade civil organizada, responsabilizar-se por essa iniciativa.

4.3.2. Registro e uso de medicamentos genéricos

A promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos:

a- estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;

b- estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;

c- levantamento e utilização da infra-estrutura e da capacidade do País para II realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios;

d- identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;

e- estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional.

4.3.3. Formulário Terapêutico Nacional

Deverá ser elaborado e amplamente divulgado o Formulário Terapêutico Nacional, instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, e para a racionalização do uso destes produtos. O Formulário conterá todas as informações relativas aos medicamentos, inclusive quanto à sua absorção e ação no organismo.

4.3.4. Farmacoepidemiologia e farmacovigilância

As ações de farmacovigilância, além de tratar dos efeitos adversos, serão utilizadas, também, para assegurar o uso racional dos medicamentos. Para tanto, deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos.

Quanto à farmacoepidemiologia, deverão ser incentivados estudos sobre a utilização de produtor como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos.

4.3.5. Recursos humanos

Será estimulado, por intermédio de diferentes mecanismos de articulação intersetorial, o acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância.

Além disso, buscar-se-é promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos, bem como no manejo dos produtos, além da disseminação de informações objetivas e atualizadas.

4.4. Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos

A Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, será responsável pela coordenação e monitoramento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em articulação com estados e municípios, de forma a estabelecer claramente as medidas que atendam à estratégia da descentralização e o financiamento das ações.

A organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos terá por base a implementação do Sistema referido quanto às questões relativas a medicamentos. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver processo de reestruturação da área de vigilância sanitária na esfera federal, visando, especialmente, a sua revitalização, a flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica no estabelecimento das bases de sua intervenção, o que poderá ser viabilizado, por exemplo, mediante a composição de grupos assessores integrados por representações de diferentes setores, como a academia, os serviços e o setor privado.

Na implementação dessa prioridade, deverão ser considerados, em especial, os aspectos identificados a seguir.

4.4.1. Desenvolvimento e elaboração de procedimentos operacionais sistematizados

Os procedimentos próprios da Vigilância Sanitária serão periodicamente revisados, sistematizados e consolidados em manuais técnico-normativos, roteiros, modelos e instruções de serviço, viabilizando-se, ainda, ampla divulgação. Nesse contexto, aplica-se, inclusive, a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares. A adoção desses instrumentos concorrerá para a equalização e a agilização das atividades e tarefas a serem cumpridas, quer as de natureza técnico-normativa, quer as de caráter administrativo, de que são exemplos: o registro de produtos, as inspeções em linhas de produção, a fiscalização e a farmacovigilância.

4.4.2. Treinamento de pessoal do Sistema de Vigilância Sanitária

O treinamento em serviço recurso efetivo para as mudanças e adequações a serem introduzidas no modelo de atuação da vigilância sanitária - deverá buscar a incorporação:

a- dos recentes avanços tecnológicos do setor, inclusive os da informatização do Sistema de Vigilância Sanitária;

b- da metodologia convalidada de controle e de sistematização dos procedimentos técnicos e operacionais;

c- aos esquemas apropriados de inspeção preventiva em linhas de produção, de serviços e de desembaraço alfandegário sanitário, bem como os de amostragem e coleta de material para o controle de qualidade referencial.

4.4.3. Consolidação do sistema de informação em vigilância sanitária

O aprimoramento do desempenho das ações de vigilância sanitária terá como ponto importante a consolidação do sistema de informação, que deverá compreender, principalmente:

a- produtos registrados, sua composição, indicações principais e formas de comercialização;

b- vigilância de medicamentos (farmacovigilâncla);

c- produtos retirados do mercado e justificativas correspondentes;

d- ensaios clínicos;

e- normas e regulamentos atinentes à determinação do grau de risco de medicamentos e farmoquímicos;

f- registros e regulamentos da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas;

g- controle da comercialização e uso de produtos psicotrópicos e entorpecentes, inclusive nas farmácias magistrais;

h- controle da propaganda dos medicamentos de venda livre;

a) regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores, de modo a resguardarem-se os padrões éticos.

5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS

No que respeita às funções de Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade aos medicamentos, a promoção. do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

5.1. Articulação intersetorial

Caberá, no tocante à implementação desta Política, uma atuação que transcende os limites do setor saúde, conforme já referido anteriormente, voltado para a articulação intersetorial, sobretudo com as áreas envolvidas na questão medicamentos, que deverá ser efetivada nas diferentes instâncias do SUS.

No âmbito federal, de forma específica, a articulação promovida pelo Ministério da Saúde ocorrerá com várias instituições e organizações, conforme exemplificado a seguir.

a) Ministério da Justiça

A articulação com esse Ministério terá por finalidade efetivar medidas no sentido de coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos, com base nas Leis Antitruste, da Livre Concorrência e de Defesa do Consumidor.

b) Ministérios da área econômica

A articulação com os ministérios da área econômica estará voltada para o acompanhamento das variações dos índices de custo dos medicamentos essenciais, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo, no sentido de preservar a capacidade de aquisição dos produtos, por parte da população, de forma direta ou indireta (subsídio governamental, seguro de saúde).

Deverá, além disso, buscar o encaminhamento das questões relativas ao financiamento das ações inseridas na operacionalização desta Política e que incluam, nos termos da lei, as respectivas participações dos governos estaduais e municipais.

c) Ministério da Educação e do Desporto

A articulação com esse Ministério visará o desenvolvimento de ações, junto aos professores, pais e alunos, relativas ao uso correto dos medicamentos, bem como a reorientação dos currículos de formação dos profissionais de saúde.

d) Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia e agências internacionais

A articulação do Ministério da Saúde com essas instituições buscará o estabelecimento de mecanismos e compromissos que viabilizem o fomento à cooperação técnica, científica e tecnológica.

5.2. Gestor federal

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades:

a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;

b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo;

c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;

f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;

g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;

h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;

i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;

k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;

l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;

m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;

n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via Internet;

o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;

p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;

q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;

r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;

s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;

t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;

u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes", tópico 3.3. deste documento;

v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

x) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

5.3. Gestor estadual

Conforme disciplinado na Lei nº 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;

b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;

c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;

d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;

e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;

h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulações farmacêuticas;

i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;

j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;

l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;

m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, "Diretrizes" , tópico 3.3. deste documento e destinando orçamento adequado à sua aquisição;

n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;

o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;

p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda; .

q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

5.4. Gestor municipal

No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente as seguintes responsabilidades:

a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;

b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;

c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;

e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de

Laboratórios de Saúde Pública;

f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;

g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;

h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;

i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;

j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;

k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;

l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;

m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O propósito desta Política Nacional de Medicamentos será objeto de contínua avaliação, mediante metodologias e indicadores definidos em projeto específico, a ser formulado pela Secretaria de Políticas de Saúde, a quem cabe, também, a responsabilidade da implementação do processo de elaboração ou reorientação de programas, projetos e atividades, de modo a adequá-los às diretrizes e prioridades aqui fixadas.

A principal finalidade da avaliação será conhecer a repercussão da Política de Medicamentos na saúde da população, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial, verificando, também, em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS.

Com isso, para além do enfoque meramente operacional, verificar-se-á como estão sendo considerados e consolidados os princípios acima referidos, constantes na Lei nº 8.080/90, de que são exemplos, entre outros:

a) "a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;"

b) "a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;"

c) "a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo."

Além disso, buscar-se-á avaliar resultados e impactos da Política de Medicamentos em termos, por exemplo, de eficiência, cobertura e qualidade. Para essa avaliação, deverão ser definidos parâmetros e indicadores que serão periodicamente monitorados, cujos resultados orientarão a adoção das medidas corretivas necessárias, tanto em relação às linhas gerais da própria Política quanto em termos de redirecionamento de ações a ela vinculadas, tais como a farmácia básica.

Os resultados auferidos pelos programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos, os quais estão sob a responsabilidade de diferentes órgãos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, constituirão, na verdade, os principais insumos básicos para o processo de acompanhamento e avaliação desta Política. A sistematização desses resultados e sua divulgação serão, da mesma forma, de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde.

A Secretaria, por outro lado, deverá apoiar os órgãos do Ministério e as demais instâncias do SUS na identificação e aferição de metodologias e indicadores capazes de mensurar a efetividade e a eficiência de componentes-chave de cada uma das prioridades aqui definidas, incluindo-se aqueles preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política implicará, necessariamente, não só o envolvimento dos órgãos do Sistema e dos outros setores aqui identificados, como, também, diferentes segmentos da sociedade que direta ou indiretamente lidam com a questão medicamentos.

7. TERMINOLOGIA

1. Assistência ambulatorial	Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.
2. Assistência farmacêutica	Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente, da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.
3. Automedicação	Uso de medicamentos sem a prescrição, orientação e ou acompanhamento do médico ou dentista.
4. Biodisponibilidade	Medida da quantidade de medicamento, contida em uma fórmula farmacêutica, que chega à circulação sistêmica e da velocidade na qual ocorre esse processo.A biodisponibilidade se expressa em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade

	absoluta) ou a administração, por via oral, de um produto de referência (biodisponibilidade relativa ou comparativa).A biodisponibilidade de um medicamento não deve ser confundida com a fração biodisponível, a menos que se refira à biodisponibilidade absoluta.
5. Bioequivalência	Condição que se dá entre dois produtos farmacêuticos que são equivalentes farmacêuticos e que mostram uma mesma ou similar biodisponibilidade segundo uma série de critérios. Para tanto, dois produtos farmacêuticos devem considerar-se como equivalentes terapêuticos.
6. Centrais farmacêuticas	Almoxarifados centrais de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e produção para hospitais, ambulatórios e postos de saúde.
7. Dispensação	É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.
8. Doenças crônico degenerativas	Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano.
9. Doenças prevalentes	Doenças com maior número de casos existentes em função da população de uma região geográfica determinada.
10. Eficácia do medicamento	A capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico visado.
11. Equivalência in vitro	Condições em que dois ou mais medicamentos, ou fármacos, exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente em cultivos de células.
12. Ensaios clínicos	Qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.
13. Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM)	São aqueles relacionados com comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes; complementarmente, tem-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos.
14. Expectativa de vida ao nascer	É o tempo que seria esperado para um recém-nascido poder viver, em média.
15. Farmácias magistrais	Farmácias autorizadas a manipular medicamentos, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde.
16. Farmacopéia brasileira	Conjunto de normas e monografias de farmoquímicos, estabelecido por e para um país.
17. Fármacos	Substância química que é o princípio ativo do medicamento.
18. Farmacoepidemiologia	Aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos – benéficos ou adversos – e do uso de medicamentos em populações humanas.
19. Farmacoterapia	A aplicação dos medicamentos na prevenção ou tratamento de doenças.
20. Farmacovigilância	Identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos.
21. Farmoquímicos	Todas as substâncias ativas ou inativas que são empregadas na fabricação de produtos farmacêuticos
22. Forma de comercialização	Forma na qual o medicamento é vendido: supositório, comprimido, cápsulas.
23. Formulação farmacêutica	Relação quantitativa de farmoquímicos que compõem um medicamento.
24. Formulário terapêutico nacional	Documento que reúne os medicamentos disponíveis em um país e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico destes produtos.
25. Guias terapêuticos	Coleção de roteiros terapêuticos preconizados para doenças diversas.

padronizados	
26. Hemoderivados	Medicamentos produzidos a partir do sangue humano ou de suas frações.
27. Indicadores demográficos	Representação dos aspectos não sujeitos à observação direta relativa a dados populacionais.
28. Insumos farmacêuticos	Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.
29. Lei antitruste	Regra de direito destinada a evitar que várias empresas se associem e, assim, passem a constituir uma única, acarretando o monopólio de produtos e ou de mercado.
30. Medicamento	Produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
31. Medicamentos de dispensação em caráter excepcional	Medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.
32. Medicamentos de uso contínuo	São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente.
33. Medicamentos essenciais	São os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.
34. Medicamentos genéricos	São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB).
35. Medicamentos de interesse em saúde pública	São aqueles utilizados no controle de doenças, que, em determinada comunidade, tem magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégias básica de combate é o tratamento dos doentes.
36. Medicamentos para a atenção básica	Produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde.
37. Medicamentos tarjados	São os medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade.
38. Medicamentos de venda livre	São aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional.
39. Módulo-padrão de suprimento	Elenco de medicamentos repassado por um nível de gestão a outro para abastecer os serviços de saúde compreendidos no sistema estadual ou municipal.
40. Morbimortalidade	Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população,
41. Perfil epidemiológico	Estado de saúde de uma determinada comunidade.
42. Perfil nosológico	Conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade.
43. Piso da Atenção Básica (PAB)	Montante de recursos financeiros, da esfera federal, destinado ao custeio de procedimentos e ações compreendidos na atenção básica.
44. Prescrição	Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica.
45. Prescritores	Profissionais de saúde credenciados para definir o medicamento a ser usado (médico ou dentista).
46. Produtos psicotrópicos	Substâncias que afetam os processos mentais e podem produzir dependência.

47. Propaganda de produtos farmacêuticos	É a divulgação do medicamento promovida pela indústria, com ênfase na marca, e realizada junto aos prescritores, comércio farmacêutico e população leiga.
48. Protocolos de intervenção farmacêutica	Roteiros de indicação e prescrição, graduados de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção.
49. Registro de medicamentos	Ato privativo ao órgão competente do Ministério da Saúde destinado a conceder o direito de fabricação do produto.
50. Uso racional de medicamentos	É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

ANEXO 2 DO ANEXO XXVII

Diretrizes e Estratégias para Organização, Fortalecimento e Aprimoramento das Ações e Serviços de Farmácia no Âmbito dos Hospitais (Origem: PRT MS/GM 4283/2010, Anexo 1)

DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA ORGANIZAÇÃO, FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE FARMÁCIA NO ÂMBITO DOS HOSPITAIS

1.INTRODUÇÃO

Tomando como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, foram concebidas diretrizes e relacionadas estratégias, objetivando organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes, a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

O gerenciamento inadequado e o uso incorreto de medicamentos e de outras tecnologias em saúde acarretam sérios problemas à sociedade, ao SUS, e às instituições privadas (hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde, entre outros), gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, e prejuízos à segurança e à qualidade de vida dos usuários. Estas diretrizes reúnem elementos necessários à efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população, otimizando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários.

A elaboração deste conjunto de diretrizes e estratégias foi fruto de amplo processo de discussão participativa, entre gestores do Sistema Único de Saúde - SUS (MS, CONASS e CONASEMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR).

2. ABRANGÊNCIA

Estas diretrizes e estratégias são aplicáveis às farmácias em hospitais que integram o serviço público, da administração direta e indireta, da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de entidades privadas com ou sem fins lucrativos e filantrópicos.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Farmácia hospitalar: é a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente.

3.2. Tecnologias em saúde: Conjunto de equipamentos, de medicamentos, de insumos e de procedimentos, utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como das técnicas de infraestrutura desses serviços e de sua organização. Para efeito desta norma será dada ênfase a medicamentos, produtos para saúde (exceto equipamentos médico-assistenciais), produtos de higiene e saneantes.

3.3. Plano de contingência: plano que descreve as medidas a serem tomadas, em momento de risco, por um estabelecimento de saúde, incluindo a ativação de processos manuais, para fazer em que os processos vitais voltem a funcionar plenamente, ou num estado minimamente aceitável, o mais rapidamente possível, evitando paralisação prolongada que possa gerar danos aos pacientes ou prejuízos financeiros à instituição.

3.4. Gerenciamento de risco: aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco.

3.5. Assistência Farmacêutica: trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectivas da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

4. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a serviços farmacêuticos de qualidade em hospitais, ficam estabelecidas as seguintes diretrizes:

4.1. Gestão;

4.2. Desenvolvimento de ações inseridas na atenção integral à saúde:

Gerenciamento de tecnologias: distribuição, dispensação e controle de medicamentos e de outros produtos para a saúde;

Manipulação: manipulação magistral e oficinal; preparo de doses unitárias e unitarização de doses de medicamentos; manipulação de nutrição parenteral e manipulação de antineoplásicos e radiofármacos; e

Cuidado ao paciente.

4.3. Infraestrutura física, tecnológica e gestão da informação;

4.4. Recursos humanos;

4.5. Informação sobre medicamentos e outras tecnologias em saúde; e

4.6. Ensino, pesquisa e educação permanente em saúde.

4.1. GESTÃO

São objetivos principais da gestão da farmácia hospitalar: garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde; assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde; otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais; desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais; e participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde;

Para o adequado desempenho das atividades da farmácia hospitalar, sugere-se aos hospitais que: (i) provenham estrutura organizacional e infraestrutura física que viabilizem as suas ações, com qualidade, utilizando modelo de gestão sistêmico, integrado e coerente, pautado nas bases da moderna administração, influenciando na qualidade, resolutividade, e custo da assistência, com reflexos positivos para o usuário, estabelecimentos e sistema de saúde, devidamente aferidos por indicadores; (ii) considerem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde como referência, para a seleção de medicamentos; (iii) promovam programa de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares; (iv) incluam a farmácia hospitalar no plano de contingência do estabelecimento; e (v) habilitem a efetiva participação do farmacêutico, de acordo com a complexidade do estabelecimento, nas Comissões existentes, tais como: Farmácia e Terapêutica, Comissão Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e outras que tenham interface com a assistência farmacêutica hospitalar

Para o acompanhamento das principais atividades da farmácia em hospitais, recomenda-se a adoção de indicadores de gestão, logísticos, de assistência ao paciente e de educação.

4.2. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INSERIDAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Dentro da visão da integralidade do cuidado, a farmácia hospitalar, além das atividades logísticas tradicionais, deve desenvolver ações assistenciais e técnico-científicas, contribuindo para a qualidade e racionalidade do processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde e para a humanização da atenção ao usuário. Esta atividade deve ser desenvolvida, preferencialmente, no contexto multidisciplinar, privilegiando a interação direta com os usuários.

As ações do farmacêutico hospitalar devem ser registradas de modo a contribuírem para a avaliação do impacto dessas ações na promoção do uso seguro e racional de medicamentos e de outros produtos para a saúde.

O elenco de atividades farmacêuticas ofertadas depende da complexidade dos hospitais, bem como da disponibilidade de tecnologia e recursos humanos.

Entre as atividades que podem ser desenvolvidas destacam-se:

A) GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS: A farmácia hospitalar deve participar do gerenciamento de tecnologias, englobando a qualificação de fornecedores, armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos medicamentos, outros produtos para a saúde, produtos de higiene e saneantes usados pelos pacientes, em atendimento pré-hospitalar, pré-hospitalar de urgência e emergência, hospitalar (internamento e ambulatorial) e domiciliar, bem como pelo fracionamento e preparo de medicamentos. As políticas e procedimentos que regulam essas atividades devem ser estabelecidos com a participação da equipe multiprofissional e comissões assessoras.

B) DISTRIBUIÇÃO E DISPENSAÇÃO: A implantação de um sistema racional de distribuição de medicamentos e de outros produtos para a saúde deve ser priorizada pelo estabelecimento de saúde e pelo farmacêutico, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente, a orientação necessária ao uso racional do medicamento, sendo recomendada a adoção do sistema individual ou unitário de dispensação. No contexto da segurança, a avaliação farmacêutica das prescrições, deve priorizar aquelas que contenham antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos, observando concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos componentes, dose, dosagem, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação e manipulação. Com base nos dados da prescrição, devem ser registrados os cálculos necessários ao atendimento da mesma, ou à manipulação da formulação prescrita, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equvalência, quando aplicável, sendo apostos e assinado pelo farmacêutico.

Para promover o Uso Racional de Medicamentos e ampliar a adesão ao tratamento o estabelecimento, em conformidade com a complexidade das ações desenvolvidas, deve dispor de local para o atendimento individualizado e humanizado ao paciente em tratamento ambulatorial e/ou em alta hospitalar.

C) MANIPULAÇÃO

C.1) MANIPULAÇÃO MAGISTRAL E OFICINAL: A manipulação magistral e oficinal permite a personalização da terapêutica, utilização de sistemas seguros de dispensação de medicamentos (individual ou unitário), a racionalização de custos, sendo recomendada, sempre que necessária a sua utilização em hospitais, em sintonia com os dispositivos legais que regulam a matéria.

C.2) PREPARO DE DOSES UNITÁRIAS E UNITARIZAÇÃO DE DOSES DE MEDICAMENTOS: A unitarização de doses e o preparo de doses unitárias de medicamentos compreendem o fracionamento, a subdivisão e a transformação de formas farmacêuticas. O preparo de doses unitárias e a unitarização de doses contribui para a redução de custos, devendo ser garantida a rastreabilidade, por meio de procedimentos definidos e registro. Deve existir plano de prevenção de trocas ou misturas de medicamentos em atendimento à legislação vigente.

C.3) MANIPULAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL: A manipulação de nutrição parenteral realizada em hospitais compreende operações inerentes a preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e orientações para o transporte). A equipe multiprofissional de terapia nutricional deve realizar a monitorização do uso da nutrição parenteral mantendo registro sistematizado das suas ações e intervenções.

C.4) MANIPULAÇÃO DE ANTINEOPLÁSICOS E RADIOFÁRMACOS: A manipulação de antineoplásicos e radiofármacos realizada em hospitais requer a análise das prescrições previamente à manipulação, a verificação do disposto nos protocolos clínicos, e a observação das doses máximas diárias e cumulativas, com foco na biossegurança e uso seguro pelo paciente.

No desenvolvimento destas atividades o farmacêutico deverá antes da realização da manipulação, sanar todas as dúvidas, diretamente com o prescritor, mantendo registro sistematizado das análises realizadas, problemas identificados e intervenções; monitorar os pacientes em uso destes medicamentos e notificar queixas técnicas e eventos adversos.

D) CUIDADO AO PACIENTE: O cuidado ao paciente objetiva contribuir para a promoção da atenção integral à saúde, à humanização do cuidado e à efetividade da intervenção terapêutica. Promove, também, o uso seguro e racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde e reduz custos decorrentes do uso irracional do arsenal terapêutico e do prolongamento da hospitalização. Tem por função retroalimentar os demais membros da equipe de saúde com informações que subsidiem as condutas. A atividade do farmacêutico no cuidado ao paciente pressupõe o acesso a ele e seus familiares, ao prontuário, resultados de exames e demais informações, incluindo o diálogo com a equipe que assiste o paciente.

O farmacêutico deve registrar as informações relevantes para a tomada de decisão da equipe multiprofissional, bem como sugestões de conduta no manejo da farmacoterapia, assinando as anotações apostas.

Os hospitais devem adotar práticas seguras baseadas na legislação vigente, em recomendações governamentais, e em recomendações de entidades científicas e afins, nacionais e internacionais.

4.3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO, INFRAESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA: A gestão da informação reveste-se de fundamental importância no desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, devendo-se empreender esforços para possibilitar a sua realização.

A infraestrutura física e tecnológica é entendida como a base necessária ao pleno desenvolvimento das atividades da farmácia hospitalar, sendo um fator determinante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica, devendo ser mantidas em condições adequadas de funcionamento e segurança. A infraestrutura física para a realização das atividades farmacêuticas deve ser compatível com as atividades desenvolvidas, atendendo às normas vigentes.

A localização da farmácia deve facilitar o abastecimento e a provisão de insumos e serviços aos pacientes, devendo contar com meios de transporte internos e externos adequados, em quantidade e qualidade à atividade, de forma a preservar a integridade dos medicamentos e demais produtos para a saúde, bem como a saúde dos trabalhadores.

4.4. RECURSOS HUMANOS: A farmácia em hospitais deve contar com farmacêuticos e auxiliares, necessários ao pleno desenvolvimento de suas atividades, considerando a complexidade do hospital, os serviços ofertados, o grau de informatização e mecanização, o horário de funcionamento, a segurança para o trabalhador e usuários.

A responsabilidade técnica da farmácia hospitalar é atribuição do farmacêutico, inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição, nos termos da legislação vigente. A farmácia hospitalar deve promover ações de educação permanente dos profissionais que atuam no hospital, nos temas que envolvam as atividades por elas desenvolvidas.

Os hospitais devem direcionar esforços para o fortalecimento dos recursos humanos da farmácia hospitalar, com foco na adoção de práticas seguras na assistência e cuidados de saúde, bem como propiciar a realização de ações de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares.

ANEXO XXVIII

Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Origem: PRT MS/GM 1653/2004)

TÍTULO I

DO ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PACTUAÇÃO

CAPÍTULO I

DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS BASES DAS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, DAQUELES DESTINADOS À ATENÇÃO BÁSICA, BEM COMO DAS AÇÕES INERENTES À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 1º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases das possíves pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos essenciais e daqueles destinados à atenção básica, bem como das ações inerentes de assistência farmacêutica, assim como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, I)

II - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados e aos municípios visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 1º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 1º, II)

Art. 2º A Câmara Técnica terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1653/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO II
DA CÂMARA TÉCNICA COM A FINALIDADE DE AVALIAR E DEFINIR AS POSSÍVEIS PACTUAÇÕES E DAS DEMAIS AÇÕES REFERENTES AO SUPRIMENTO DE MEDICAMENTOS INTEGRANTES DO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

Art. 3º Fica instituída Câmara Técnica com a finalidade de avaliar e definir as bases da possíveis pactuações e das demais ações referentes ao suprimento de medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Estratégicos, às ações inerentes de assistência farmacêutica, bem como a monitoração de sua implementação e respectiva avaliação, incluindo, também, as seguintes atribuições: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º)

I - analisar, negociar e sugerir ao Ministro de Estado da Saúde a homologação das metas e ações a serem implementadas, no âmbito de suas finalidades; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, I)

II - definir os critérios para inclusão ou exclusão de medicamentos no Programa referido no art. 3º, bem como os respectivos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, quando for o caso; e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, II)

III - coordenar a disponibilização de apoio técnico aos Estados visando o aperfeiçoamento do processo de pactuação, inclusive no desenvolvimento de ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde da população atendida pelo Programa referido no art. 3º, bem como acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas. (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 1º, III)

Art. 4º A Câmara Técnica referida terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º)

I - 1 (um) representante do Gabinete do Ministro (GM), que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, I)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, III)

IV - 1 (um) representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 1652/2004, Art. 2º, V)

CAPÍTULO III
DO COMITÊ NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Art. 5º Fica instituído o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 1º)

Art. 6º O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos possui caráter consultivo e tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 2º)

Art. 7º Compete ao Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º)

I - identificar e propor estratégias e mecanismos de articulação, monitoramento e avaliação direcionados à promoção do uso racional de medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, I)

II - propor diretrizes e estratégias nacionais para a promoção do uso racional de medicamentos, em consonância com as políticas nacionais de medicamentos, de assistência farmacêutica e legislação afim; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, II)

III - identificar e propor estratégias que requeiram a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, III)

IV - contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IV)

V - propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, V)

VI - propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do SNVS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VI)

VII - propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VII)

VIII - promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, em território nacional cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, VIII)

IX - propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, IX)

X - propor o estabelecimento e a articulação de redes colaborativas existentes no país e no exterior relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como a sua integração e cooperação; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, X)

XI - propor a criação e a implementação de comitês estaduais, distrital, regionais e municipais para a promoção do uso racional de medicamentos, observadas as regras de pactuação e decisão no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XI)

XII - instituir grupos de trabalho para execução de atividades específicas relacionadas ao cumprimento das finalidades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XII)

XIII - elaborar anualmente o edital do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos "Lenita Wannmacher"; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIII)

XIV - organizar, a cada 2 (dois) anos, o Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XIV)

XV - elaborar anualmente o Planejamento de Ações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XV)

XVI - atualizar seu endereço eletrônico na internet, integrante do Portal da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço http://portal.saude.gov.br; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVI)

XVII - elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público externo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 3º, XVII)

Art. 8º O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos é composto por representantes dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º)

I - do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I)

a) 1 (um) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, a)

b) 1 (um) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, b)

c) 1 (um) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, c)

d) 1 (um) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, d)

e) 1 (um) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, e)

f) 1 (um) da Secretaria-Executiva (SE/MS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, f)

g) 1 (um) da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, I, g)

II - 1 (um) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, II)

III - 1 (um) do Ministério da Educação (MEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, III)

IV - 1 (um) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IV)

V - 1 (um) do Conselho Federal de Medicina (CFM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, V)

VI - 1 (um) da Federação Nacional dos Médicos (FENAM); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VI)

VII - 1 (um) do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VII)

VIII - 1 (um) do Conselho Federal de Farmácia (CFF); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, VIII)

IX - 1 (um) do Conselho Federal de Odontologia (CFO); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, IX)

X - 1 (um) da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, X)

XI - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XI)

XII - 1 (um) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, XII)

§ 1º A coordenação do Comitê Nacional será realizada de forma conjunta pela SCTIE/MS, por meio do DAF/SCTIE/MS, e pela ANVISA. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para cada membro titular será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º A participação dos órgãos e entidades de que tratam os incisos III a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê, com indicação dos seus respectivos representantes. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 3º)

§ 4º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê Nacional no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de publicação da Portaria nº 834/GM/MS, de 14 de maio de 2013. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 4º)

§ 5º A designação dos membros indicados pelos órgãos e entidades no Comitê Nacional será feita por meio de ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 5º)

§ 6º O Comitê Nacional poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 6º)

§ 7º A Secretaria-Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será exercida pelo DAF/SCTIE/MS, que fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 4º, § 7º)

Art. 9º O Comitê Nacional de Promoção do Uso Racional de Medicamentos exercerá suas atividades por meio de Plano de Ação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. O Plano de Ação conterá, no mínimo, objetivos e ações e será avaliado e atualizado, no máximo, a cada 2 (dois) anos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 10. Compete à coordenação do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º)

I - coordenar as reuniões e as atividades do Comitê; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, I)

II - propor o cronograma de suas reuniões ordinárias; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, II)

III - acompanhar e avaliar a implementação do Plano de Ação e o desenvolvimento das ações propostas e das demais atividades do Comitê, além de propor adequações quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, III)

IV - submeter as propostas e recomendações do Comitê à apreciação e à aprovação dos dirigentes máximos dos órgãos e entidades que o compõem; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, IV)

V - requerer os apoios técnico e administrativo da Secretaria Executiva do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, V)

VI - elaborar e sugerir adequações a este Capítulo; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VI)

VII - representar institucionalmente o Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 6º, VII)

Art. 11. Compete à Secretaria Executiva do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos: (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º)

I - apoiar as atividades do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, I)

II - executar ações resultantes das proposições e recomendações do Comitê Nacional; (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, II)

III - convocar reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê Nacional; e (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, III)

IV - organizar reuniões ou eventos técnico-científicos inerentes às atividades do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 7º, IV)

Art. 12. Os membros exercerão a representação no âmbito do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos por um período de 2 (dois) anos, sendo permitida sua recondução a critério do órgão ou entidade de origem. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º)

Parágrafo Único. Os membros poderão, a qualquer tempo, solicitar seu desligamento do Comitê Nacional por meio de ofício destinado à Secretaria Executiva, de forma fundamentada, cabendo ao órgão ou à entidade representada indicar imediatamente novo representante para término do período restante de representação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 8º, Parágrafo Único)

Art. 13. O Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos terá 4 (quatro) reuniões ordinárias anualmente e reuniões extraordinárias a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 9º)

Art. 14. As reuniões serão realizadas preferencialmente na sede do Ministério da Saúde, em Brasília/DF. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 10)

Art. 15. Ao convocar as reuniões do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, a Secretaria Executiva do Comitê encaminhará em conjunto a pauta da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11)

§ 1º As reuniões ordinárias serão convocadas, no mínimo, com 2 (duas) semanas de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 10 (dias) dias de antecedência. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 16. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, um terço do total de membros do Comitê Nacional. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 12)

Art. 17. Os representantes suplentes poderão participar das reuniões do Comitê Nacional com direito a voz, somente tendo direito a voto na ausência do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13)

Parágrafo Único. Caso o órgão ou entidade queira enviar para uma mesma reunião do Comitê Nacional os seus dois representantes, titular e suplente, então deverá custear as despesas de um dos membros. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 18. Os membros do Comitê Nacional participarão das reuniões com obediência às disposições constantes neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 14)

Art. 19. A falta injustificada em 2 (duas) reuniões no período de 1 (um) ano pelo membro titular e/ou, em caso de ausência do titular, pelo suplente acarretará a necessidade de indicação de novo representante por parte do respectivo órgão ou entidade. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 15)

Art. 20. A SCTIE/MS e a ANVISA se responsabilizarão pelo custeio das passagens e diárias dos representantes titulares do Comitê Nacional de Promoção para Uso Racional de Medicamentos que sejam não residentes em Brasília (DF) ou que não estejam no exercício regular de suas atividades no órgão ou entidade representada em Brasília (DF). (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16)

Parágrafo Único. Aplica-se o disposto no "caput" aos representantes suplentes na impossibilidade de presença do respectivo membro titular. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 16, Parágrafo Único)

Art. 21. Caso previamente aprovada pelo Comitê Nacional, a divulgação dos atos oriundos do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos será efetivada pela Secretaria Executiva. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 17)

Art. 22. As atas de reunião do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos serão por ele aprovadas ao final da respectiva reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 18)

Art. 23. Os órgãos e entidades que compõem o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos atuarão em conformidade com as finalidades institucionais do Comitê, inclusive mediante cumprimento de ações, tarefas e atividades inerentes à promoção do uso racional de medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 19)

Art. 24. As proposições discutidas no âmbito do Comitê Nacional somente constituirão recomendações se aprovadas por consenso pelos representantes dos órgãos e entidades presentes na reunião. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 20)

Art. 25. Quando entender conveniente e oportuno, o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos poderá encaminhar recomendações ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21)

§ 1º As recomendações do Comitê Nacional serão expressas na forma de resoluções e submetidas à aprovação do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 1º)

§ 2º Sem prejuízo do disposto no "caput", o Comitê também poderá encaminhar recomendações a outros órgãos e entidades, públicas e privadas. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 21, § 2º)

Art. 26. A utilização de dados e resultados obtidos das ações e atividades executadas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos depende de prévia autorização do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 22)

Art. 27. Ao final de cada ano, a Secretaria Executiva apresentará relatório das ações e atividades executadas e monitoradas pelo Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, além dos respectivos resultados obtidos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 23)

Art. 28. As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 24)

Art. 29. Os casos omissos, dúvidas e assuntos técnicos pertinentes à promoção do uso racional de medicamentos serão submetidos ao Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 834/2013, Art. 25)

TÍTULO II
DA POSSIBILIDADE DOS ENTES FEDERATIVOS AMPLIAREM O ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 30. Este Título dispõe sobre os §1º e §2º do art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que versam sobre a possibilidade dos entes federativos ampliarem o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública a justifiquem, e a competência do Ministério da Saúde de estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 1º)

Art. 31. Para os fins do disposto no art. 30, poderão ser aceitas documentações oriundas de serviços privados de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desde que respeitadas as regulamentações dos Componentes da Assistência Farmacêutica definidas pelo SUS e as pactuações realizadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB); (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 2º)

Art. 32. Para os fins do disposto no art. 30, as documentações oriundas de serviços privados de saúde também serão aceitas no caso de dispensação de medicamentos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil. (Origem: PRT MS/GM 2928/2011, Art. 3º)

TÍTULO III
DAS NORMAS DE FINANCIAMENTO E DE EXECUÇÃO DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO I)

Art. 33. Este Título dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 1º)

Art. 34. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 2º)

CAPÍTULO II
DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO III)

Art. 35. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º)

Parágrafo Único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 36. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º)

I - entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, I)

II - nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 6º, II)

Art. 37. Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml de que tratam os arts. 35 e 36 do Anexo XXVIII serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 7º)

Art. 37-A Para fins do disposto neste Capítulo, os Dispositivos Intrauterinos Tcu 380 (DIU de cobre) poderão ser disponibilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios às maternidades integrantes do SUS, para anticoncepção pós-parto (APP) ou pós-abortamento (APA) imediatas. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

§ 1º A APP ou APA imediata deverá ocorrer no período entre 10 (dez) minutos a 48 (quarenta e oito) horas que sucederem o parto ou abortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

§ 2º Para a APP, deve-se respeitar a 1ª hora de contato pele a pele mãe-bebê e início da amamentação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

§ 3º A APP e a APA deverão ser implementadas por meio de ações que assegurem os direitos sexuais e reprodutivos, tais como: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

I - aconselhamento focado na autonomia e garantia do direito ao exercício livre e seguro da sexualidade e à escolha quanto à opção e ao momento de engravidar, realizado na atenção básica e também nos momentos de internação hospitalar para o parto e para a atenção ao abortamento em todos os ciclos de vida, incluindo adolescentes; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

II - disponibilização da inserção do DIU de cobre de acordo com critérios de elegibilidade nos estabelecimentos hospitalares de saúde públicos e rede conveniada ao SUS com serviço de obstetrícia, imediatamente no pós-parto e pós-abortamento; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

III - acompanhamento pelas equipes da atenção básica e especializada, com esclarecimentos de dúvidas, manejo de efeitos adversos e atendimento a complicações, ajuste ou troca do método, entre outras ações que sejam necessárias. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

§ 4º A implantação do DIU de cobre no pós-parto (APP) e pós-abortamento (APA) imediato são estratégias complementares e compartilhadas das ações de planejamento reprodutivo da atenção básica. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

§ 5º As maternidades que contarem com atenção ambulatorial devem também ofertar a inserção do DIU de intervalo, assim considerado aquele inserido fora do período de pós-parto e pósabortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

§ 6º O procedimento "03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)" deverá ser informado na AIH como procedimento secundário aos procedimentos de parto normal, cesariana, curetagem e AMIU quando realizada a inserção imediata do DIU pós-parto e pós-abortamento. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.265 de 01.12.2017)

Art. 38. A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 8º)

Art. 39. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º)

I - plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, I)

II - matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, II)

III - a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 9º, III)

Art. 40. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 10)

Art. 41. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios podem pactuar nas respectivas CIB a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11)

§ 1º Na hipótese de utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório disporá sobre a possibilidade de sua utilização pelos Municípios. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Nos procedimentos de aquisição, as Secretarias de Saúde seguirão a legislação pertinente às licitações públicas no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 42. No sentido de fortalecer a produção pública de medicamentos, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios poderão pactuar que o montante correspondente aos recursos financeiros estaduais a ser aplicado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica seja implementado por meio de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais, cujo valor unitário de aquisição será informado na respectiva CIB. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 12)

Art. 43. Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibilizará aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 13)

CAPÍTULO III
DO CONTROLE E MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 1555/2013, CAPÍTULO IV)

Art. 44. As ações, os serviços e os recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constarão nos instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam, Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 15)

Art. 45. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16)

§ 1º O RAG conterá as ações e serviços efetuados no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde e sua execução orçamentária e será elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria de Consolidação nº 1, no Capítulo das Diretrizes do Processo de Planejamento no Âmbito do SUS, encontrando-se disponível para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 1º)

§ 2º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos financeiros tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 16, § 2º)

Art. 46. A transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios será suspensa, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pelas respectivas Secretarias de Saúde dos valores definidos no art. 537 da Portaria de Consolidação nº 6, quando denunciada formalmente por um dos gestores de saúde ou constatada por meio de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde ou por auditorias dos órgãos de controle interno e externo. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17)

§ 1º A suspensão das transferências dos recursos financeiros será realizada mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias pelo Ministério da Saúde ao gestor de saúde e formalizado por meio de publicação de ato normativo específico, devidamente fundamentado. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 1º)

§ 2º O repasse federal dos recursos financeiros será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 2º)

§ 3º Caso não comprovada a regularização de que trata o § 2º, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 17, § 3º, II)

TÍTULO IV
DAS REGRAS DE FINANCIAMENTO E EXECUÇÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Art. 47. Este Título dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 1º)

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO I)

Art. 48. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º)

Parágrafo Único. O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito do Componente de que trata o "caput" será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 49. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º)

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I)

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, a)

b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, b) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

II - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, II)

III - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, III)

Art. 50. Os grupos de que trata o art. 49 são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º)

I - complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, I)

II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, II)

III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 4º, III)

Art. 51. O Grupo 1 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º)

I - maior complexidade do tratamento da doença; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, II)

III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, III)

IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 5º, IV)

Art. 52. O Grupo 2 é definido de acordo com os seguintes critérios específicos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º)

I - menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, I)

II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 6º, II)

Art. 53. O Grupo 3 é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 7º)

~~**Art. 54.** O elenco de medicamentos de que trata o art. 49 está descrito nos Anexos I, II e III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º)~~

Art. 54. O elenco de medicamentos de que trata o art. 49 está descrito nos Anexos I, II e III. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018

§ 1º Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 constituem o Anexo III da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 1º)

§ 2º Os medicamentos do Grupo 3 compõem parte do Anexo I da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 8º, § 2º)

~~**Art. 55.** Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica somente serão autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID-10), constantes do Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)~~

Art. 55. Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica somente serão autorizados para as doenças descritas na Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde - 10ª revisão (CID10), constantes do Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 9º) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**Art. 56.** Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10)~~

Art. 56. Os medicamentos dos Grupos 1 e 2 compõem o Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, na forma e redação estabelecidas pelo Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

§ 1º Os atributos idade mínima, idade máxima, sexo, quantidade máxima e CID-10 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, utilizados para a execução deste Componente, são estabelecidos de acordo com os critérios preconizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 1º)

§ 2º O atributo quantidade máxima é definido considerando-se os meses com 31 (trinta e um) dias, sendo que para os meses com até 30 (trinta) dias a quantidade máxima autorizada será diretamente proporcional à quantidade de dias do mês correspondente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 10, § 2º)

Art. 57. As formas de organização dos procedimentos do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS são descritas de acordo com os critérios de classificação da "Anatomical Therapeutic Chemical" (ATC) da Organização Mundial da Saúde (OMS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11)

§ 1º Fármacos da mesma forma de organização não serão autorizados para uma mesma doença no mesmo período de vigência da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), exceto nos casos de recomendação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 1º)

§ 2º Fármacos da mesma forma de organização poderão ser autorizados para doenças diferentes no mesmo período de vigência da APAC, exceto para a forma de organização dos inibidores do fator de necrose tumoral alfa. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 11, § 2º)

Art. 58. Cabe à esfera de gestão do SUS responsável a seleção dos medicamentos entre as formas de organização do Grupo 06, Subgrupo 04, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS que define os procedimentos dos Grupos 1 e 2, desde que garantidas as linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 12)

Art. 59. Os medicamentos do Grupo 3 são de responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e compõem parte do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica regulamentado por ato normativo específico, sendo disponibilizados, em caso de demanda, para a garantia das linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 13)

Art. 60. A não disponibilização de medicamentos no âmbito deste Componente não garante a integralidade do tratamento e provoca desequilíbrio financeiro, devendo os gestores do SUS, em pactuação nas instâncias gestoras, promover ações que restabeleçam o acesso aos medicamentos estabelecidos nas linhas de cuidado definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde e o equilíbrio financeiro. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 14)

Art. 61. A incorporação, exclusão, ampliação ou redução de cobertura de medicamentos no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica ocorrerá mediante decisão do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15)

§ 1º O impacto orçamentário das incorporações ou ampliação de cobertura de que trata o "caput" será calculado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 1º)

§ 2º A responsabilidade pelo financiamento das incorporações de medicamentos, de ampliação de cobertura para medicamentos já incorporados e incorporações de novas concentrações e/ou apresentações farmacêuticas será pactuada no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), respeitando-se a manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS e a garantia da linha de cuidado da doença. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 15, § 2º)

Art. 62. A inclusão efetiva de um medicamento nos Grupos 1, 2 e 3 deste Componente ocorrerá somente após a publicação da versão final do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas específico pelo Ministério da Saúde, observadas as pactuações no âmbito da CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 16)

Art. 63. O Ministério da Saúde, em pactuação na CIT, poderá avaliar a transferência, em qualquer momento, de medicamentos deste Componente para outros Componentes da Assistência Farmacêutica ou a sua transferência entre os Grupos 1, 2 e 3 deste Componente, garantindo-se a disponibilização desses medicamentos no âmbito do SUS e o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 17)

CAPÍTULO II
DA EXECUÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II)

Art. 64. A execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22)

Parágrafo Único. As normas de execução do Grupo 3 são regulamentadas no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em ato normativo específico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 22, Parágrafo Único)

Art. 65. Para os medicamentos constantes dos Grupos 1 e 2, a execução é descentralizada e de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo realizada de acordo com os critérios definidos neste Título e na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 23)

Art. 66. A solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento ocorrerão somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 24)

Art. 67. A solicitação, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento poderão ser descentralizadas junto à rede de serviços públicos dos Municípios mediante pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde, observado o disposto no art. 65, os critérios legais e sanitários vigentes e os demais critérios de execução deste Componente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 25)

Art. 68. As Secretarias Estaduais de Saúde manterão os Municípios informados sobre a sistemática de execução deste Componente e os critérios de acesso aos medicamentos dos Grupos 1 e 2. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 26)

Seção I
Da Solicitação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção I)

Art. 69. A solicitação corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável, em um estabelecimento de saúde definido nos termos do art. 66. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27)

§ 1º Para a solicitação, será obrigatória a presença do paciente ou seu responsável e a apresentação dos seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º)

I - cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, I)

II - cópia de documento de identidade, cabendo ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original de identificação; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, II)

III - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, III)

IV - prescrição médica devidamente preenchida; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, IV)

V - documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, V)

VI - cópia do comprovante de residência. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 1º, VI)

§ 2º Os documentos descritos nos incisos III, IV e V do § 1º poderão ser oriundos de serviços privados de saúde, desde que respeitadas as demais regras deste Título e as pactuações realizadas no âmbito da respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 2º)

§ 3º Os documentos descritos nos incisos II e VI do § 1º não serão exigidos para a população indígena e penitenciária. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 27, § 3º)

Art. 70. Para a solicitação, fica dispensada a presença de pacientes considerados incapazes, conforme arts. 3º e 4º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), devidamente caracterizados no LME pelo médico prescritor. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28)

§ 1º No ato da solicitação, serão exigidos os seguintes documentos do seu responsável, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1º : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º)

I - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, I)

II - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, II)

III - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 1º, III)

§ 2º O responsável pelo paciente será o último indivíduo designado no LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 28, § 2º)

Art. 71. Cada usuário deverá ter apenas um cadastro no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, independente do número de LME vigentes. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 29)

Seção II
Da Avaliação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção II)

Art. 72. A avaliação corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 30)

Art. 73. O avaliador será um profissional de saúde com ensino superior completo, registrado em seu devido conselho de classe e designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 31)

~~**Art. 74.** Para a avaliação, serão considerados os documentos exigidos no art. 69, observando-se: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32)~~

Art. 74. Para a avaliação, serão considerados os documentos exigidos no art. 69, observando-se: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32) I - (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**I** - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, I)~~

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, II)

III - todos os documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, III)

~~**Parágrafo Único.** A avaliação será realizada utilizando os campos referentes à avaliação contidos no LME, conforme as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, Parágrafo Único)~~

Parágrafo único. A avaliação será realizada utilizando os campos referentes à avaliação contidos no LME, conforme as instruções apresentadas no Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 32, Parágrafo Único) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Seção III
Da Autorização
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção III)

Art. 75. A autorização corresponde ao parecer, de caráter administrativo, que aprova ou não o procedimento referente à solicitação ou renovação da continuidade do tratamento previamente avaliada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 33)

Art. 76. O autorizador será um profissional de nível superior completo, preferencialmente da área da saúde, designado pelo gestor estadual de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 34)

Art. 77. A autorização será efetivada somente após o deferimento da avaliação realizada de acordo com a Seção II do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 35)

Seção IV
Da Dispensação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção IV)

Art. 78. A etapa da dispensação consiste no ato de fornecer medicamento(s) previamente autorizado(s) de acordo com a Seção III do Capítulo II do Título IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 36)

Art. 79. O paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37)

Parágrafo Único. Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos, que serão apresentados e anexados aos documentos do paciente mencionados no art. 69, § 1° : (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único)

I - declaração autorizadora; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, I)

II - cópia do documento de identidade; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, II)

III - endereço completo; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, III)

IV - número de telefone. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 37, Parágrafo Único, IV)

Art. 80. O paciente, responsável ou representante apresentará documento de identificação para que seja efetuada a dispensação dos medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 38)

Art. 81. No ato da dispensação, o recibo de dispensação do medicamento será devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39)

Parágrafo Único. O Recibo de Medicamentos (RME) a ser utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica conterá, no mínimo, os dados constantes no modelo apresentado no Anexo VI. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 39, Parágrafo Único)

Art. 82. 1 (uma) via do LME, os recibos de dispensação dos medicamentos e os documentos descritos no art. 69 serão mantidos em arquivo pela unidade responsável pela dispensação. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 40)

Art. 83. A dispensação do medicamento poderá ser realizada para mais de um mês de competência, dentro do limite de vigência da APAC e respeitadas às exigências legais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 41)

Art. 84. O processamento mensal da APAC no SIA/SUS será efetivado somente a partir da emissão do recibo de dispensação do medicamento devidamente preenchido e assinado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 42)

Art. 85. A interrupção do fornecimento do medicamento por abandono do tratamento será realizada quando o paciente, responsável ou representante não retirá-lo por 3 (três) meses consecutivos e não tiver ocorrido o fornecimento antecipado previsto no art. 83. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 43)

~~**Art. 86.** O SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS descrita no Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 44)~~

Art. 86. O SIA/SUS exercerá crítica para todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os atributos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS descrita no Anexo IV. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 44) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Seção V
Da Renovação da Continuidade do Tratamento
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção V)

~~**Art. 87.** Para a renovação da continuidade do tratamento serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45)~~

Art. 87. Para a renovação da continuidade do tratamento serão obrigatórios os seguintes documentos do paciente: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, I)**~~

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, II)

III - documentos para monitoramento do tratamento estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 45, III)

Seção VI

Do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME)

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO II, Seção VI)

Art. 88. O LME é um documento oficial utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 46)

~~**Art. 89.** O modelo do LME que será utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e as instruções para o adequado preenchimento estão descritos no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47)~~

Art. 89. O modelo do LME que será utilizado no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e as instruções para o adequado preenchimento estão descritos no Anexo V. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47). (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Parágrafo Único. O LME está estruturado para que seja preenchido com informações sobre a solicitação, avaliação e autorização do procedimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 47, Parágrafo Único)

Art. 90. Para cada doença, definida de acordo com a CID-10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48)

§ 1º Cada LME corresponderá a uma única APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 1º)

§ 2º Em caso de solicitação de mais de 5 (cinco) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico preencherá mais de um LME, para os quais será emitido apenas um número de APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 2º)

§ 3º Nos casos em que o medicamento não tiver indicação para utilização contínua, será emitida APAC para 1 (uma) competência, que corresponderá apenas ao mês de atendimento. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 48, § 3º)

~~**Art. 91.** Durante o período de vigência da APAC de um LME, será permitido o ajuste da solicitação da seguinte forma, caracterizando-se a adequação do LME: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)~~

Art. 91. Durante o período de vigência da APAC de um LME, será permitido o ajuste da solicitação da seguinte forma, caracterizando-se a adequação do LME: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

I - substituição, inclusão ou exclusão do procedimento para o tratamento da mesma doença (CID-10); ou (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, I)

II - alteração da quantidade do medicamento solicitada pelo médico. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, II)

§ 1º Para a adequação do LME, será necessária a apresentação dos seguintes documentos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º)

~~**I** - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, I)~~

I - LME adequadamente preenchido, de acordo com as instruções apresentadas no Anexo V; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, I) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

II - prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 1º, II)

§ 2º Quando necessário, para adequação do LME, apresentar-se-ão também os documentos definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 2º)

§ 3º Não será necessário emitir nova APAC nos casos de adequação do LME. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 49, § 3º) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 92. Será permitida a emissão de mais de uma APAC dentro do mesmo período de vigência, nos casos de pacientes diagnosticados com mais de uma doença (CID-10). (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 50)

Art. 93. O LME terá 60 (sessenta) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 51)

Art. 94. Para cada LME será emitido um parecer do avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52)

Parágrafo Único. Caso seja solicitado mais de um medicamento no mesmo LME, a avaliação poderá possuir mais de um parecer. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 52, Parágrafo Único)

Art. 95. O LME será assinado pelo autorizador somente nos casos de deferimento de um medicamento pelo avaliador. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 53)

CAPÍTULO III

DA PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO

(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III)

Art. 96. A responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos dos Grupos 1A e 1B é das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos do Grupo 1A do Ministério da Saúde e dos medicamentos do Grupo 1B das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 54) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 97. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 2 é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 55) (com redação dada pela PRT MS/GM 1996/2013)

Art. 98. A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 3 é das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 56)

Art. 99. Na aquisição dos medicamentos dos Grupos 1 e 2, os entes federativos observarão o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), conforme regulamentação vigente da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), os benefícios fiscais e os preços praticados no mercado no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 57)

Seção I

Dos Medicamentos de Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I)

~~**Art. 100.** O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, descritos no Anexo I da RENAME, e ao Grupo 2, descritos no Anexo II da RENAME, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que seja garantido o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 58)~~

Art. 100. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal poderão pactuar a aquisição centralizada dos medicamentos pertencentes ao Grupo 1B, descritos no Anexo I, e ao Grupo 2, descritos no Anexo II do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, desde que seja garantido o equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS, observando-se, entre outros, o benefício econômico da centralização frente às condições do mercado e os investimentos estratégicos do governo no desenvolvimento tecnológico e da capacidade produtiva junto aos laboratórios públicos e oficiais.(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 58) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

Art. 101. Pactuada a aquisição centralizada de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica pelo Ministério da Saúde, nos termos do art. 100, observar-se-ão as seguintes condições: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59)

I - a primeira distribuição ocorrerá a partir da finalização dos procedimentos administrativos indispensáveis para o processo de aquisição; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, I)

II - o valor do(s) medicamento(s) na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS corresponderá a 0 (zero) a partir da primeira distribuição realizada pelo Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, II)

III - o Ministério da Saúde realizará o ressarcimento do estoque estadual com base na diferença entre as APAC aprovadas e o quantitativo distribuído no período de 180 (cento e oitenta) dias após a primeira distribuição do medicamento, considerando-se os valores definidos anteriormente ao valor descrito no inciso II. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 59, III)

Art. 102. A dispensação dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e seguirá os critérios estabelecidos neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 60)

Subseção I

Da Programação Anual
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção I)

Art. 103. A programação anual para aquisição centralizada de medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61)

§ 1º A finalização da programação anual ocorrerá até o dia 30 de abril de cada ano. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 1º)

§ 2º O quantitativo de medicamentos a ser adquirido será estabelecido considerando-se a média dos dados descritos nos incisos deste parágrafo, acrescido de um estoque estratégico calculado com base na série histórica de consumo de cada medicamento, nos seguintes termos: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º)

I - quantidade aprovada do medicamento, por meio de APAC, na competência de outubro, novembro e dezembro do ano anterior à programação anual, conforme informação do SIA/SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, I)

II - quantitativo de medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde para atendimento dos meses de janeiro, fevereiro e março do ano da programação anual. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 61, § 2º, II)

Subseção II
Da Programação Trimestral
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção II)

Art. 104. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal encaminharão ao DAF/SCTIE/MS a necessidade trimestral de cada medicamento de aquisição centralizada. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62)

§ 1º O período de envio das informações atenderá o seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º)

I - para a programação do 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, o período para o envio das informações será do dia 20 a 30 de novembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, I)

II - para a programação do 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, o período para o envio das informações será do dia 20 a 28 de fevereiro do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, II)

III - para a programação do 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de maio do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, III)

IV - para a programação do 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, o período para o envio das informações será do dia 20 a 31 de agosto do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 1º, IV)

§ 2º A distribuição dos medicamentos seguirá o período de entrega estabelecido no seguinte cronograma: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º)

I - para atendimento da programação referente ao 1º trimestre, que corresponde aos meses de janeiro, fevereiro e março, ocorrerá no período de 10 a 20 de dezembro do ano anterior; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, I)

II - para atendimento da programação referente ao 2º trimestre, que corresponde aos meses de abril, maio e junho, ocorrerá no período de 10 a 20 de março do ano corrente; (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, II)

III - para atendimento da programação referente ao 3º trimestre, que corresponde aos meses de julho, agosto e setembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de junho do ano corrente; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, III)

IV - para atendimento da programação referente ao 4º trimestre, que corresponde aos meses de outubro, novembro e dezembro, ocorrerá no período de 10 a 20 de setembro do ano corrente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 62, § 2º, IV)

Subseção III
Do Controle e Monitoramento da Programação
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO III, Seção I, Subeção III)

Art. 105. A distribuição dos medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal terá como parâmetros a programação trimestral enviada pelas citadas Secretarias e a continuidade e regularidade da produção registrada em APAC. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 63)

Art. 106. Após a finalização da programação trimestral para os medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, caso seja verificado que o consumo, via produção registrada em APAC, para o período, seja inferior ao quantitativo total distribuído, a diferença será ajustada posteriormente. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 64)

Art. 107. Após a entrega dos medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde para as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, toda a logística restante será de responsabilidade exclusiva das citadas Secretarias. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 65)

CAPÍTULO IV
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 1554/2013, CAPÍTULO VI)

Art. 108. O medicamento Filgrastim 300mcg injetável por frasco passa a integrar o Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 80)

Art. 109. Compete ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) providenciar junto ao DATASUS as medidas necessárias para que sejam efetivadas nos sistemas de informação as adequações definidas neste Título. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 81)

Art. 110. Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) editar normas técnicas complementares referentes à operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, observadas as pactuações na CIT. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 82)

Art. 111. Os recursos financeiros federais para a execução do disposto neste Título são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.303.2015.4705 - Apoio Financeiro para Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 83)

~~**Art. 112.** Os Anexos I, II, III, IV, V e VI da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente estão disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, cujo o acesso pode ser realizado por meio do endereço eletrônico www.saude.gov.br/medicamentos. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84)~~

Art. 112. Os Anexos I, II, III, IV, V e VI estão disponibilizados no portal do Ministério da Saúde, cujo acesso pode ser realizado por meio do endereço eletrônico http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

~~**Parágrafo Único.** O acesso ao Anexo IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente também poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico datasus.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84, Parágrafo Único)~~

Parágrafo Único. O acesso ao Anexo IV também poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico datasus.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 84, Parágrafo Único) (Retificado Pelo DOU Nº 71, Seção 1, p. 76 de 13.04.2018)

ANEXO XXIX

Regulamento da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Origem: PRT MS/GM 962/2013)

Art. 1º Fica regulamentada a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.

Art. 2º Fica instituído o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 1º)

Art. 3º Compete ao Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º)

I - promover a articulação e o alinhamento entre os campos da reabilitação e da atenção psicossocial para qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, I)

II - promover a difusão de informações que possam subsidiar o debate sobre ações inclusivas, considerando os princípios dos Direitos Humanos, da Reforma Psiquiátrica e da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada nos termos do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, II)

III - realizar o balanço semestral do desenvolvimento das ações para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do SUS. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 2º, III)

Art. 4º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo é composto por: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º)

I - da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I)

a) 1 (um) representante do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde (GAB/SAS/MS), que o coordenará; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, a)

b) 5 (cinco) representantes do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, b)

c) 1 (um) representante do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS). (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, I, c)

II - 1 (um) representante da Secretaria-Executiva (SE/MS); (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, II)

III - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, III)

IV - autores e colaboradores das seguintes publicações do Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV)

a) Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, a)

b) Diretriz de Atenção à Reabilitação das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, IV, b)

§ 1º Para cada membro titular que represente os órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" será indicado o seu respectivo suplente. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º A participação dos autores e colaboradores de que trata o inciso IV do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes dos órgãos de que tratam os incisos I a III do "caput" serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 3º)

§ 4º O Comitê poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às atividades do Comitê, quando entender necessário para o cumprimento de suas finalidades institucionais. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º O GAB/SAS/MS fornecerá os apoios técnico e administrativo necessários para o funcionamento do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 3º, § 5º)

Art. 5º O Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo se reunirá semestralmente ou, em caráter extraordinário, a critério da Coordenação. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 4º)

Art. 6º Compete à Coordenação do Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo: (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º)

I - organizar a pauta das reuniões; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, I)

II - promover a articulação entre os membros do Comitê e subsidiá-los com as informações por ele demandadas; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, II)

III - promover a divulgação dos relatórios de acompanhamento dos trabalhos e resultados alcançados; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, III)

IV - articular os órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com as demandas nas ações e estratégias voltadas para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo; (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, IV)

V - elaborar a memória e sistematizar os produtos e documentos produzidos pelo Comitê; e (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, V)

VI - manter o Comitê informado sobre os processos de implantação das políticas públicas para as pessoas com transtornos do espectro do autismo. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 5º, VI)

Art. 7º A participação no Comitê não será remunerada e seu exercício será considerado de relevante interesse público. (Origem: PRT MS/GM 962/2013, Art. 6º)

ANEXO XXX

Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Origem: PRT MS/GM 426/2005)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, I)

II - identificar os determinantes e condicionantes dos principais problemas de infertilidade em casais em sua vida fértil, e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, III)

IV - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica na área da reprodução humana assistida no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, IV)

V - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, V)

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 2º, VI)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, de que trata o art. 1º será constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º)

I - Atenção Básica: é a porta de entrada para a identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastando-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto; (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, I)

II - Média Complexidade: os serviços de referência de Média Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Atenção Básica, realizando acompanhamento psicossocial e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção, e aos quais é facultativa e desejável, a realização de todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos relativos à reprodução humana assistida, à exceção dos relacionados à fertilização in vitro; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, II)

III - Alta Complexidade: os serviços de referência de Alta Complexidade estarão habilitados a atender aos casos encaminhados pela Média Complexidade, estando capacitados para realizar todos os procedimentos de Média Complexidade, bem como a fertilização in vitro e a inseminação artificial. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, III)

§ 1º A rede de atenção de Média e Alta Complexidade será composta por: (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º)

I - serviços de referência de Média e Alta Complexidade em reprodução humana assistida; e (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, a)

II - serviços de Assistência Especializada (SAE) que são de referência em DST/HIV/Aids. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 1º, b)

§ 2º Os componentes descritos no caput deste artigo devem ser organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e segundo os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 3º, § 2º)

Art. 4º A regulamentação suplementar e complementar do disposto neste Anexo ficará a cargo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção em reprodução humana assistida. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º)

§ 1º A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em reprodução humana assistida serão de competência das três esferas de governo. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Os componentes do caput deste artigo deverão ser regulados por protocolos de conduta, de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º A capacitação e a educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, deverão ser realizadas de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçadas nos pólos de educação permanente em saúde. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 5º)

Art. 6º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, ora instituída. (Origem: PRT MS/GM 426/2005, Art. 6º)

ANEXO XXXI

Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (Origem: PRT MS/GM 1169/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em A1lta Complexidade Cardiovascular, no território nacional. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 1º)

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, com a finalidade de prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de Alta Complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular será composta por: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

I - Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, I)

II - Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 2º, Parágrafo Único, II)

Art. 3º As Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular deverão oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de patologias cardiovasculares e desenvolver forte articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à saúde, incluindo, na sua solicitação de credenciamento, os critérios da Política Nacional de Humanização. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º)

Parágrafo Único. As aptidões e atribuições dos serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e nos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular serão regulamentadas pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) em portaria específica. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 4º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde em Gestão Plena do Sistema, de acordo com as respectivas condições de gestão e sua divisão de responsabilidades, adotarão as providências necessárias à implantação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a organização, habilitação, credenciamento e integração das Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e a dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular que comporão essas Redes. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 4º)

Art. 5º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída pelo art. 1º. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 5º)

Art. 6º Ficam instituídos os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º)

I - avaliação da qualidade das Unidades cadastradas e das Normas de Acompanhamento de Procedimentos de Alta Complexidade; e (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, I)

II - formulários de registros de preenchimento obrigatório: "Registro Brasileiro de Cirurgia Cardiovascular", "Registro Brasileiro de Marcapasso, Desfibrilador e Ressincronizador Cardíacos", "Registro Brasileiro de Cirurgia Vascular", "Registro Brasileiro de Procedimentos da Cardiologia Intervencionista", "Registro Brasileiro de Procedimentos Endovasculares Extracardíacos" e "Registro Brasileiro de Procedimentos em Eletrofisiologia". (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 6º, II)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 7º)

Art. 8º O quantitativo mínimo de procedimentos regulamentados pela SAS/MS, quando devidamente autorizados, terão a sua realização e pagamento garantidos, com vistas à manutenção da qualidade do serviço. (Origem: PRT MS/GM 1169/2004, Art. 8º)

ANEXO XXXII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (Origem: PRT MS/GM 1161/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam às doenças neurológicas e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços públicos e privados que realizam tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IV)

V - ampliar e qualificar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças neurológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, V)

VI - ampliar e qualificar a cobertura dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem o estudo do custo-efetividade, da eficácia e da qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo de diagnose e do tratamento clínico, intervencionista e/ou cirúrgico no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença neurológica; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, de que trata o art. 1º deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º)

I - atenção básica, que consiste em realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos, bem como ações clínicas para o atendimento pré-natal, o tratamento da desnutrição infantil e das doenças infecciosas, do controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus que possam ser realizadas neste nível, e terão lugar na rede de serviços básicos de saúde - Centro de Saúde /Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde e em especial pelas Equipes de Saúde da Família; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, I)

II - média complexidade, que consiste em realizar ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do portador da doença neurológica, hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como garantir a assistência ao parto, e devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, II)

III - alta complexidade, que consiste em garantir o acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos e assegurar a qualidade do processo, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e cuja assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em

Neurocirurgia e de Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas, composto por atenção pré-natal, ao parto, ao neonato, ao desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção do trauma, assistência nutricional infantil, controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doenças neurológicas; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, V)

VI - a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doenças neurológicas serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação, e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VII)

VIII - diretrizes de condutas, em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 4º)

Art. 5º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, por meio de portarias específicas. (Origem: PRT MS/GM 1161/2005, Art. 5º)

ANEXO XXXIII

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Origem: PRT MS/GM 1168/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença renal e ao desenvolvimento de ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IV)

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante); (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, V)

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VI)

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VII)

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, VIII)

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, IX)

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 2º, X)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o art. 1º, deverá ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º)

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível. Tais ações terão lugar na rede de serviços básicos de saúde (Unidades Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família). De acordo com a necessidade local, o gestor poderá instituir uma equipe de referência da atenção básica com a função de tutoria e, ou referência assistencial à rede de serviços básicos de saúde, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, I)

II - média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, II)

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, III)

IV - plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, IX)

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos alocados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 3º, X)

Art. 4º Fica instituída uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. (Origem: PRT MS/GM 1168/2004, Art. 4º)

ANEXO XXXIV

Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia (Origem: PRT MS/GM 221/2005)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 1º)

CAPÍTULO I

DA REDE MULTICÊNTRICA DE AVALIAÇÃO DE IMPLANTES ORTOPÉDICOS (REMATO)

Art. 2º Fica instituída a Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (REMATO) com o objetivo de atender às demandas do Sistema Único de Saúde no que se refere ao monitoramento da qualidade de implantes ortopédicos comercializados no país. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º)

§ 1º A REMATO é composta por laboratórios voltados à análise e avaliação de qualidade dos implantes ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 1º)

§ 2º Cabe ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS) fornecer o suporte técnico e administrativo necessário para o desenvolvimento das atividades de operacionalização da REMATO. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 1º, § 2º)

Art. 3º Cabe à REMATO: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º)

I - promover ações voltadas à qualidade e segurança dos implantes ortopédicos, de forma a evitar a exposição da população a produtos sem evidência de segurança e eficácia em seu consumo; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, I)

II - fomentar a adequação e modernização dos laboratórios que venham a prestar serviços e contribuir com a qualificação do complexo industrial da saúde na área de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, II)

III - atuar como facilitador na implantação e ampliação de sistemas de gestão de qualidade laboratorial com padrões internacionais; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, III)

IV - contribuir para a implementação das diretrizes relacionadas à avaliação da qualidade e eficácia de implantes ortopédicos no país; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, IV)

V - propor a organização de eventos de interesse na área com vista à capacitação dos profissionais para avaliação de implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, V)

VI - contribuir para a difusão do conhecimento sobre implantes ortopédicos; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VI)

VII - apoiar os laboratórios da rede nas ações voltadas a serviços tecnológico; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VII)

VIII - apoiar tecnicamente o Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Brasileiro de Tecnologia (SIBRATEC), quanto a temática implantes e instrumentais ortopédicos. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 2º, VIII)

Art. 4º Fica instituído o Comitê Gestor da REMATO que será composto por um representante, titular e suplente, dos seguintes órgãos e entidades: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º)

I - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, I)

II - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde (INTO/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, II)

III - Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (SETEC) do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, III)

IV - Instituto Nacional de Metrologia e Qualidade Industrial (INMETRO); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, IV)

V - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, V)

VI - Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial (ABDI/MDIC); e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VI)

VII - Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, VII)

§ 1º Cabe ao INTO/SAS/MS coordenar o Comitê Gestor. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação do Comitê. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 2º)

§ 3º Cabe ao Comitê Gestor: (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º)

I - aprovar o Regimento Interno da REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, I)

II - disponibilizar seu corpo técnico-profissional para a operacionalização da rede; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, II)

III - propor programas interinstitucionais de trabalho para a melhoria da qualidade da produção nacional, pública e privada, para os segmentos produtivos do Complexo Industrial da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, III)

IV - apoiar às ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no que se refere à análise de conformidade de produtos para a saúde, obedecido o disposto no arcabouço regulatório sanitário brasileiro e as responsabilidades e atribuições legais da ANVISA; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IV)

V - difundir e intercambiar conhecimentos e informações do conjunto de atribuições e competências dos partícipes, bem como criar mecanismos para tais fins; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, V)

VI - informar, obrigatoriamente, sobre ações em planejamento ou que estejam em andamento que possam interferir na atuação da outra parte; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VI)

VII - promover atividades de treinamento para a promoção de interesses comuns relacionadas a REMATO; (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VII)

VIII - participar das comissões e grupos de trabalho que tenham interface com as políticas de promoção e desenvolvimento das atividades econômicas e industriais, no âmbito do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, VIII)

IX - desenvolver atividades para suporte à execução das políticas de saúde, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial, em especial a Política Industrial na Área de Próteses, Novos Materiais, Fármacos, Equipamentos Hospitalares, Acreditação de Laboratórios e Outras Atividades, sempre considerando as competências de cada um dos partícipes. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 3º, § 3º, IX)

Art. 5º O Regimento Interno deverá prever a estrutura organizacional, a operacionalização das atividades da Rede bem como os mecanismos para inserção e exclusão de laboratórios na Rede. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º)

§ 1º O INTO deve elaborar o Regimento Interno em 90 dias, após a publicação da Portaria nº 1883/GM/MS, de 14 de julho de 2010. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Após aprovado o Regimento pelo Comitê cabe ao INTO publicá-lo. (Origem: PRT MS/GM 1883/2010, Art. 4º, § 2º)

CAPÍTULO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

Art. 6º As Secretarias de Estado da Saúde estabelecerão um planejamento para formar uma rede hierarquizada, estadual ou regional, de atenção em alta complexidade em tráumato-ortopedia, com a finalidade de prestar assistência a doentes com afecções do sistema músculo-esquelético que necessitem ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º)

§ 1º A Rede de Atenção em Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia será composta por: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º)

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, I)

II - Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 1º, II)

§ 2º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia devem: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º)

I - oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a doentes de afecções do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, I)

II - desenvolver articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, II)

III - respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização do SUS. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 2º, III)

§ 3º As Unidades de Assistência de Alta Complexidade de Tráumato-Ortopedia e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia prestarão assistência por meio de seu respectivo Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 2º, § 3º)

Art. 7º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) regulamentará os atributos necessários ao credenciamento/habilitação: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º)

I - das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, I)

II - dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 3º, II)

Art. 8º As Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, habilitadas em Gestão Plena do Sistema Municipal, adotarão as providências necessárias ao processo de credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia e da habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º)

§ 1º Caberá às Secretarias de Estado da Saúde a indicação para a habilitação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Tráumato-Ortopedia. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As ações desenvolvidas deverão estar de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 4º, § 2º)

Art. 9º A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará uma Câmara Técnica com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída por este Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 5º)

Art. 10. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) criará e regulamentará os seguintes instrumentos de gestão: (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º)

I - Guia de Boas Práticas na especialidade de tráumato-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contraindicação de procedimentos de tráumato-ortopedia constantes da tabela do SUS; (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, I)

II - Indicadores de qualidade para avaliação das unidades credenciadas; e (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, II)

III - Registro Brasileiro de Cirurgia Tráumato-Ortopédica para prover a Autorização de Internação Hospitalar - AIH - de dados para rastreamento e avaliação futura de procedimentos, tornando-o de preenchimento obrigatório. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 6º, III)

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) adotará as medidas necessárias à implantação do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 221/2005, Art. 7º)

CAPÍTULO III
DA CÂMARA TÉCNICA EM TRÁUMATO - ORTOPEDIA

Art. 12. Fica atualizada a Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º)

I - Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I)

a) Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, a)

b) Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, b)

c) Departamento de Avaliação, Regulação e Controle de Sistemas (DRAC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, c)

d) Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, I, d)

II - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS): (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II)

a) Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde (DECIIS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, II, a)

III - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, V)

VI - Hospital Universitário Federal, indicado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VI)

VII - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT); e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VII)

VIII - Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, VIII)

§ 1º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia será coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e terá como Secretaria-Executiva o Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS). (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia, quando julgar necessário, poderá convidar participantes ad hoc, sempre de caráter institucional, internos ou externos ao Ministério da Saúde, nas áreas correlacionadas com a ortopedia, a traumatologia e a reabilitação do sistema músculo-esquelético. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 2º)

§ 3º À Câmara Técnica em Traumatologia e Ortopedia cabe propor sobre: (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º)

I - a política nacional de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, I)

II - as ações de promoção da saúde, da prevenção, de diagnóstico e do tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública e privada; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, II)

III - as recomendações para o desenvolvimento das ações das entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, III)

IV - a atualização de procedimentos ortopédicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IV)

V - a utilização de implantes utilizados no tratamento das doenças e agravos do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, V)

VI - incorporação de tecnologias que visam à promoção da saúde, à prevenção e ao diagnótico e tratamento de afecções músculo-esqueléticas, conforme o estabelecido para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC); (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VI)

VII - projetos de incentivo para ações de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento de doenças e agravos e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VII)

VIII - a formação e qualificação de profissionais para atuação em ortopedia, em traumatologia e em reabilitação do sistema músculo-esquelético; (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, VIII)

IX - estudos e pesquisas na área de ortopedia, de traumatologia e de reabilitação do sistema músculo-esquelético; e (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, IX)

X - o aprimoramento da política nacional de transplantes de tecido músculo-esqueléticos. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 1º, § 3º, X)

Art. 13. Fica determinado que a Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS) tomará as providências cabíveis para a operacionalização dos trabalhos da referida Câmara. (Origem: PRT MS/GM 2387/2017, Art. 2º)

ANEXO XXXV

Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) (Origem: PRT MS/GM 957/2008)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia será organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde, por intermédio de redes estaduais e regionais, permitindo: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º)

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, I)

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, II)

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transetoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, III)

IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação das Unidades de Atenção Especializada, públicas ou privadas que prestam atenção em oftalmologia, bem como os mecanismos de sua monitorização com vistas à diminuição dos riscos aos quais fica exposto o paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, IV)

V - ampliar a cobertura no atendimento aos pacientes com doenças oftalmológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, V)

VI - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doenças oftalmológicas; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VI)

VII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VII)

VIII - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 2º, VIII)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, de que trata o art. 1º, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º)

I - Atenção Básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas neste nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em Oftalmologia: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada e promover o acesso do paciente portador de doenças oftalmológicas a procedimentos de média e alta complexidade, em serviços especializados de qualidade, visando alcançar impacto positivo na morbidade e na qualidade de vida dos usuários do SUS, por intermédio da garantia da equidade; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, II)

III - a organização das Redes de Atenção em Oftalmologia deverá respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde, cujas ações referentes a esse nível de atenção serão realizadas em Hospitais Gerais ou Especializados, Hospitais de Ensino, Ambulatórios Especializados em Assistência Oftalmológica, cuja normatização será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, III)

IV - Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regional dos Estados e do Distrito Federal; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IV)

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, V)

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença oftalmológica serão de competência das três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VI)

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, controle e avaliação e promover a disseminação da informação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VII)

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, VIII)

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde; (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, IX)

X - acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS; e (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, X)

XI - acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 3º, XI)

Art. 4º A Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras áreas e agências do Ministério da Saúde, adotará todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia. (Origem: PRT MS/GM 957/2008, Art. 4º)

ANEXO XXXVI

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Origem: PRT MS/GM 1391/2005)

Art. 1º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º)

I - a promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, I)

II - a promoção da garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, II)

III - a instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, III)

IV - a promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, IV)

V - a promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando a implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias; (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, V)

VI - a promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos Especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão; e (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VI)

VII - a estimulação da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, VII)

Parágrafo Único. As diretrizes de que trata este artigo apóiam-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na reabilitação de agravos à saúde, articulando as áreas técnicas cujas ações têm interface com o atendimento hematológico e hemoterápico. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º Caberá à Secretaria de Atenção à Saúde adotar as providências necessárias ao cumprimento do disposto neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 1391/2005, Art. 2º)

ANEXO XXXVII

Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica (Origem: PRT MS/GM 81/2009)

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será implantada de forma articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 2º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º)

I - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, I)

II - possibilitar a identificação dos determinantes e condicionantes dos principais problemas de saúde relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas, de forma a fornecer subsídios para a elaboração de ações e políticas públicas no setor, sem prejuízo da participação social; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, II)

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas em genética clínica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, III)

IV - incentivar a realização de pesquisas e projetos estratégicos destinados ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade e incorporação de tecnologias na área de genética clínica; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, IV)

V - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Integral em Genética Clínica, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH). (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 2º, V)

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será constituída dos seguintes níveis: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º)

I - Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, I)

II - Atenção Especializada em genética clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, II)

§ 1º Na atenção básica serão identificadas e acompanhadas as famílias e indivíduos com problemas relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 1º)

§ 2º Na atenção especializada em genética clínica será realizado o acompanhamento especializado multidisciplinar e os demais procedimentos do elenco deste nível de atenção dos casos encaminhados pela atenção básica; (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º)

I - A atenção especializada será composta por: (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I)

a) Unidades de Atenção Especializada; e (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, a)

b) Centros de Referência em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 2º, I, b)

§ 3º A atenção integral em genética clínica deverá ser organizada em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada ente federado e com os princípios e diretrizes do SUS. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 3º, § 3º)

Art. 4º Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal a fiscalização, o controle e a avaliação das ações de atenção em genética clínica no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º)

§ 1º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão suplementar objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locorregionais. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 1º)

§ 2º As atribuições que compõem este artigo deverão ser fundamentadas nas diretrizes, protocolos de conduta e mecanismos de referência e de contrarreferência em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, da regulação, do controle e da avaliação. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 4º, § 2º)

Art. 5º Compete à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) a adoção das medidas necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. (Origem: PRT MS/GM 81/2009, Art. 5º)

ANEXO XXXVIII

Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO I)

Art. 1º Ficam instituídas a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras e as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem abrangência transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Cegonha. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 2º)

Art. 3º Para efeito deste Anexo, considera-se doença rara aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 3º)

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO II)

Art. 4º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tem como objetivo reduzir a mortalidade, contribuir para a redução da morbimortalidade e das manifestações secundárias e a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno redução de incapacidade e cuidados paliativos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 4º)

Art. 5º São objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º)

I - garantir a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde em relação às pessoas com doenças raras, com consequente redução da morbidade e mortalidade; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, I)

II - estabelecer as diretrizes de cuidado às pessoas com doenças raras em todos os níveis de atenção do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, II)

III - proporcionar a atenção integral à saúde das pessoas com doença rara na Rede de Atenção à Saúde (RAS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, III)

IV - ampliar o acesso universal e regulado das pessoas com doenças raras na RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, IV)

V - garantir às pessoas com doenças raras, em tempo oportuno, acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis conforme suas necessidades; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, V)

VI - qualificar a atenção às pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 5º, VI)

CAPÍTULO III
DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO III)

Art. 6º A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é constituída a partir dos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º)

I - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, I)

II - reconhecimento da doença rara e da necessidade de oferta de cuidado integral, considerando-se as diretrizes da RAS no âmbito do SUS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, II)

III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com doenças raras, com enfrentamento de estigmas e preconceitos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, III)

IV - garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e atenção multiprofissional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, IV)

V - articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, V)

VI - incorporação e uso de tecnologias voltadas para a promoção, prevenção e cuidado integral na RAS, incluindo tratamento medicamentoso e fórmulas nutricionais quando indicados no âmbito do SUS, que devem ser resultados das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de avaliação e aprovação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VI)

VII - promoção da acessibilidade das pessoas com doenças raras a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 6º, VII)

Art. 7º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º)

I - educação permanente de profissionais de saúde, por meio de atividades que visem à aquisição e ao aprimoramento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a atenção à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, I)

II - promoção de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, II)

III - organização das ações e serviços de acordo com a RAS para o cuidado da pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, III)

IV - oferta de cuidado com ações que visem à habilitação/reabilitação das pessoas com doenças raras, além de medidas assistivas para os casos que as exijam; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, IV)

V - diversificação das estratégias de cuidado às pessoas com doenças raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, V)

VI - desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 7º, VI)

CAPÍTULO IV
DAS RESPONSABILIDADES
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IV)

Art. 8º São responsabilidades comuns do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em seu âmbito de atuação: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º)

I - garantir que todos os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças raras possuam infraestrutura adequada, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, I)

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças raras, de acordo com suas responsabilidades e pactuações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, II)

III - garantir a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, III)

IV - definir critérios técnicos para o funcionamento dos serviços que atuam no escopo das doenças raras nos diversos níveis de atenção, bem como os mecanismos para seu monitoramento e avaliação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IV)

V - garantir o compartilhamento das informações na RAS e entre as esferas de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, V)

VI - adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados, considerando as especificidades dos serviços de saúde e suas responsabilidades; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VI)

VII - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e de pesquisas que busquem o aperfeiçoamento, a inovação de tecnologias e a disseminação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção, ao cuidado e à reabilitação/habilitação das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VII)

VIII - estimular a participação popular e o controle social visando à contribuição na elaboração de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, VIII)

IX - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e produção de informações, aperfeiçoando permanentemente a confiabilidade dos dados e a capilarização das informações, na perspectiva de usá-las para alinhar estratégias de aprimoramento da gestão, disseminação das informações e planejamento em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, IX)

X - monitorar e avaliar o desempenho e qualidade das ações e serviços de prevenção e de controle das doenças raras no país no âmbito do SUS, bem como auditar, quando pertinente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 8º, X)

Art. 9º Compete ao Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º)

I - prestar apoio institucional às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no processo de qualificação e de consolidação da atenção ao paciente com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, I)

II - analisar, consolidar e divulgar as informações provindas dos sistemas de informação federais vigentes que tenham relação com doenças raras, que devem ser enviadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e utilizá-las para planejamento e programação de ações e de serviços de saúde e para tomada de decisão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, II)

III - definir diretrizes gerais para a organização do cuidado às doenças raras na população brasileira; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, III)

IV - estabelecer, por meio de PCDT, recomendações de cuidado para tratamento de doenças raras, levando em consideração a incorporação de tecnologias pela CONITEC, de maneira a qualificar o cuidado das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, IV)

V - efetuar a homologação da habilitação dos estabelecimentos de saúde que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos previamente de forma tripartite; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, V)

VI - disponibilizar sistema de informação para registro das ações prestadas no cuidado às pessoas com doenças raras em todos os serviços de saúde, seja na atenção básica ou especializada, ambulatorial ou hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 9º, VI)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, I)

II - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas à inclusão da atenção e do cuidado integral às pessoas com doenças raras nos planos municipais, estadual e planejamento regional integrado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, II)

III - apoiar tecnicamente os Municípios para organização e implantação do cuidado para as pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, III)

IV - realizar a regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IV)

V - analisar os dados estaduais, relacionados às doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações e a qualificar a atenção prestada às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, V)

VI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VI)

VII - apoiar os Municípios na educação permanente dos profissionais de saúde a fim de promover a qualificação profissional, desenvolvendo competências e habilidades relacionadas às ações de prevenção, controle e no cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VII)

VIII - efetuar e manter atualizado o cadastramento dos serviços de saúde sob sua gestão no sistema de informação federal vigente para esse fim e que realizam a atenção à saúde das pessoas com doenças raras, de acordo com critérios técnicos estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, VIII)

IX - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando for de gestão estadual. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 10, IX)

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11)

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, I)

II - planejar e programar as ações e os serviços de doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, II)

III - organizar as ações e serviços de atenção para doenças raras, assim como o cuidado das pessoas com doenças raras, considerando-se os serviços disponíveis no Município; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, III)

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade própria; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IV)

V - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população de acordo com a contratualização dos serviços, quando de gestão municipal; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, V)

VI - realizar regulação visando à garantia do atendimento local, regional, estadual ou nacional às pessoas com doenças raras, de acordo com as necessidades de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VI)

VII - realizar a regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos de atendimento à saúde para fins de controle do acesso e da garantia de equidade, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a densidade tecnológica necessárias à atenção à pessoa com doenças raras, com sustentabilidade do sistema público de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VII)

VIII - realizar a articulação interfederativa para pactuação de ações e de serviços em âmbito regional ou interregional para garantia da equidade e da integralidade do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, IX)

X - analisar os dados municipais relativos às ações de prevenção e às ações de serviços prestados às pessoas com doenças raras, produzidos pelos sistemas de informação vigentes e utilizá-los de forma a aperfeiçoar o planejamento das ações locais e a qualificar a atenção das pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, X)

XI - definir os estabelecimentos de saúde de natureza pública, sob sua gestão, que ofertam ações de promoção e prevenção e que prestam o cuidado às pessoas com doenças raras, em conformidade com a legislação vigente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XI)

XII - efetuar e manter atualizado os dados dos profissionais e de serviços de saúde que estão sob gestão municipal, públicos e privados, que prestam serviço ao SUS no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XII)

XIII - programar ações de qualificação para profissionais e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de competências e de habilidades relacionadas às ações de prevenção e de controle das doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 11, XIII)

CAPÍTULO V
DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO V)

Art. 12. A organização do cuidado das pessoas com doenças raras será estruturada nos seguintes eixos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12)

I - Eixo I: composto pelas doenças raras de origem genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I)

a) anomalias congênitas ou de manifestação tardia; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, a)

b) deficiência intelectual; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, b)

c) erros inatos de metabolismo; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, I, c)

II - Eixo II: composto por doenças raras de origem não genética e organizado nos seguintes grupos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II)

a) infecciosas; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, a)

b) inflamatórias; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, b)

c) autoimunes; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, c)

d) outras doenças raras de origem não genética. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 12, II, d)

CAPÍTULO VI
DA ESTRUTURA DA LINHA DE CUIDADO DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VI)

Art. 13. A linha de cuidado da atenção aos usuários com demanda para a realização das ações na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras é estruturada pela Atenção Básica e Atenção Especializada, em conformidade com a RAS e seguindo as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13)

§ 1º À Atenção Básica, que é responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede, compete: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º)

I - realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, I)

II - desenvolver ações voltadas aos usuários com doenças raras, na perspectiva de reduzir os danos relacionados a essas doenças no seu território; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, II)

III - avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com doenças raras e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários e seus familiares; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, III)

IV - implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas, e seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IV)

V - encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de doença rara para confirmação diagnóstica; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, V)

VI - coordenar e manter o cuidado das pessoas com doenças raras, quando referenciados para outros pontos da RAS; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VI)

VII - registrar as informações referentes às doenças raras nos sistemas de informação vigentes, quando couber; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VII)

VIII - realizar o cuidado domiciliar às pessoas com doenças raras, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com os serviços de atenção especializada e serviços de referência em doenças raras locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, VIII)

IX - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 1º, IX)

§ 2º A Atenção Especializada, composta pelo conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma integral, resolutiva e em tempo oportuno, é composta, ainda, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, a quem compete oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras, que oferece atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 2º, II)

§ 3º Compete ao Componente Atenção Domiciliar: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º)

I - realizar o cuidado às pessoas com doença rara de forma integrada com os componentes da Atenção Básica e da Atenção Especializada; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, I)

II - implantar o acolhimento e a humanização da atenção de acordo com a PNH; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, II)

III - instrumentalizar e orientar cuidadores e familiares para o cuidado domiciliar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, III)

IV - contribuir para a qualidade de vida da pessoa com doença rara no ambiente familiar; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, IV)

V - promover ações que auxiliem a autonomia das pessoas com doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 3º, V)

§ 4º Os pontos de atenção à saúde garantirão tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender à região de saúde, considerando-se que a caracterização desses pontos de atenção deve obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, mediante articulação dos distintos componentes da RAS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 13, § 4º)

Art. 14. O componente da Atenção Especializada da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras será composto por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14)

I - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, I)

II - Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, II)

§ 1º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada em uma ou mais doenças raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 1º)

§ 2º O Serviço de Referência em Doenças Raras é o serviço de saúde que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da atenção especializada para pessoas com doenças raras pertencentes a, no mínimo, dois eixos assistenciais, de acordo com os seguintes parâmetros: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º)

I - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo I de que trata o art. 12; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, I)

II - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 2 (dois) grupos de doenças raras do Eixo II de que trata o art. 12; ou (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, II)

III - oferte atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo 1 (um) grupo de doenças raras de cada um dos Eixos de que trata o art. 12. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 2º, III)

§ 3º Os Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras são responsáveis também por ações diagnósticas, terapêuticas e preventivas às pessoas com doenças raras ou sob risco de desenvolvê-las, de acordo com os dois eixos assistenciais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 14, § 3º)

Art. 15. Compete ao Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras e ao Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15)

I - compor a RAS regional, de forma que se garantam os princípios, as diretrizes e competências descritas na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, I)

II - ter uma população definida como de sua responsabilidade para o cuidado, assim como ter vinculado a si os serviços para os quais é a referência para tratamento às pessoas com doenças raras, podendo ser de abrangência local, regional, estadual ou nacional; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, II)

III - apoiar os outros serviços de atenção à saúde no que se refere ao cuidado da pessoa com doença rara, participando sempre que necessário da educação permanente dos profissionais de saúde que atuam neste cuidado; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, III)

IV - utilizar os sistemas de informação vigentes para registro da atenção dispensada no cuidado às pessoas com doenças raras, conforme normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IV)

V - garantir a integralidade do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, V)

VI - reavaliar periodicamente as pessoas, de acordo com cada doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VI)

VII - estabelecer avaliações para verificar outras pessoas em risco de doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VII)

VIII - encaminhar as pessoas para a Atenção Básica para a continuidade do seguimento clínico, garantindo seu matriciamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, VIII)

IX - submeter-se à regulação, fiscalização, monitoramento e avaliação do Gestor Municipal, Estadual e do Distrito Federal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, IX)

X - investigar e buscar determinar o diagnóstico definitivo e assegurar a continuidade do atendimento de acordo com as rotinas e as condutas estabelecidas, sempre com base nos PCDT estabelecidos pelo Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, X)

XI - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XI)

XII - encaminhar as pessoas para os Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou outros com a finalidade de reabilitação para complementaridade do cuidado, sem se eximir de continuar ofertando o cuidado integral às pessoas com doenças raras, garantidos mediante regulação; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XII)

XIII - realizar tratamento clínico e medicamentoso, quando houver, das pessoas com doenças raras segundo os PCDT instituídos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIII)

XIV - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica para uma ou mais doenças raras, em caráter multidisciplinar; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIV)

XV - referenciar as pessoas para os Serviços de Referência em Doenças Raras, quando se fizer necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XV)

XVI - garantir a investigação diagnóstica e o acompanhamento das doenças para as quais estiverem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVI)

XVII - acolher o encaminhamento regulado de pessoas com diagnóstico ou suspeita de doença rara, provenientes da atenção básica ou especializada, para fins de investigação e tratamento; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVII)

XVIII - garantir, por meio dos profissionais da RAS, o acesso regulado às diversas categorias profissionais necessárias para o cuidado e tratamento integral às pessoas com doenças raras, incluindo as diversas especialidades médicas e profissionais para atendimento ambulatorial e hospitalar de acordo com as necessidades do cuidado às pessoas com doenças raras; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XVIII)

XIX - oferecer atenção diagnóstica e terapêutica específica, em caráter multidisciplinar, de acordo com os eixos assistenciais e baseados nos PCDT instituídos; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XIX)

XX - realizar o aconselhamento genético das pessoas acometidas e seus familiares, quando indicado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 15, XX)

rt. 16. São competências específicas do Serviço de Referência em Doenças Raras: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16)

I - realizar o acompanhamento clínico especializado multidisciplinar à pessoa com doença rara; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, I)

II - apresentar estrutura adequada, realizar pesquisa e ensino organizado, com programas e protocolos estabelecidos, reconhecidos e aprovados pelo comitê de ética pertinente; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, III)

III - subsidiar ações de saúde dos gestores no âmbito das doenças raras, quando necessário; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, IV)

IV - participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com a gestão, tendo como base a PNEPS; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, V)

V - realizar atividades de educação ao público e aos profissionais de saúde no tema doenças raras, em conjunto com os gestores do SUS, os conselhos de saúde, a comunidade científica e as associações civis relacionadas às doenças raras ou outros representantes da sociedade civil organizada, com o objetivo de promover a compreensão da diversidade humana, dos direitos dos usuários e extinção dos preconceitos, buscando sua integração à sociedade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 16, VI)

Art. 17. Poderão pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras os estabelecimentos de saúde que obedeçam aos seguintes requisitos mínimos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17)

I - possuam alvará de funcionamento e se enquadrem nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros que venham a substituí-la ou complementá-la, precipuamente: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I)

a) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e suas alterações; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, a)

b) Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, b)

c) Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, I, c)

II - disponham dos seguintes serviços de apoio diagnóstico: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II)

a) laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos próprio ou alcançável; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, a)

b) laboratório de imagem próprio ou alcançável; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, II, b)

III - garantam, junto à RAS, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, III)

Parágrafo Único. Na hipótese dos estabelecimentos de saúde de que trata o "caput" não oferecerem, dentro de sua estrutura física, as ações e serviços necessários para o cumprimento dos requisitos mínimos para habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, estas ações e serviços poderão ser formalmente referenciados e contratualizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 17, Parágrafo Único)

Art. 18. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18)

I - possuir equipe assistencial composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, a)

b) técnico de enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, b)

c) médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, I, c)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico de que trata o inciso II poderá atuar como profissional em outro serviço habilitado pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 18, Parágrafo Único)

Art. 19. Além dos requisitos mínimos de que trata o art. 17, para pleitear a habilitação como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deverá cumprir os seguintes requisitos: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19)

I - possuir equipe assistencial para cada grupo dos Eixos de que trata o art. 12 composta, no mínimo, por: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I)

a) enfermeiro; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, a)

b) técnico de enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, b)

c) médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, c)

d) médico geneticista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, d)

e) neurologista; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, e)

f) pediatra (quando atender criança); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, f)

g) clínico geral (quando atender adulto); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, g)

h) psicólogo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, h)

i) nutricionista (quando atender erros inatos do metabolismo); (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, i)

j) assistente social; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, I, j)

II - contar com um responsável técnico médico, registrado no Conselho Regional de Medicina, devendo assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, II)

Parágrafo Único. O responsável técnico poderá fazer parte de equipe mínima assistencial, desde que tenha título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos 5 (cinco) anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 19, Parágrafo Único)

Art. 20. Para pleitear a habilitação dos estabelecimentos de saúde como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviço de Referência em Doenças Raras, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios encaminharão à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS): (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20)

I - Resolução da CIR e da CIB ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I)

a) a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, indicando quais destes realizarão o aconselhamento genético, se necessário; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, a)

b) a relação dos laboratórios que realizarão os exames diagnósticos, conforme descrito neste Anexo; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, I, b)

II - atualização dos dados no SCNES dos estabelecimentos a serem habilitados; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, II)

III - cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, III)

IV - a indicação do(s) eixo(s) assistencial(is) de que trata o art. 12, bem como os grupos de doenças doença(s) para a(s) qual(is) o estabelecimento ofertará a assistência; (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, IV)

V - Formulário de Vistoria disponível no Anexo 5 do Anexo XXXVIII , preenchido e assinado pelos respectivos gestores públicos de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, V)

VI - titulação dos profissionais da equipe mínima assistencial e do responsável técnico cadastrados no SCNES. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, VI)

§ 1º Poderá ser habilitado mais de 1 (um) Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras dentro do mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 1º)

§ 2º Na hipótese de ocorrência do disposto no § 1º, será acrescido à equipe mínima um profissional médico para cada Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras excedente, sendo os demais profissionais da equipe mínima

comuns a todos os Serviços de Atenção Especializada em Doenças raras habilitados nesse mesmo estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 2º)

§ 3º O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou o Serviço de Referência em Doenças Raras que realizar o aconselhamento genético, deverá obedecer aos critérios descritos neste Anexo. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 20, § 3º)

Art. 21. O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pelas Secretarias de Saúde, podendo proceder a vistoria "in loco" para conceder a habilitação do estabelecimento de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21)

Parágrafo Único. Caso a avaliação seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) tomará as providências para a publicação da portaria específica de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 21, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VII
DO FINANCIAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VII)

Art. 22. O monitoramento de que trata este Anexo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 28)

Art. 23. O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com fundamento nos relatórios de gestão, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos nos termos do disposto no art. 5º do Decreto nº 1.232, de 1994. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 29)

Art. 24. Para fins do disposto neste Anexo, o ente federativo beneficiário estará sujeito: (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30)

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados Anexo XXXVIII; e (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, I)

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 30, II)

CAPÍTULO VIII
DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO VIII)

Art. 25. Os estabelecimentos de saúde autorizados a prestarem a atenção à saúde às pessoas com doenças raras no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 31)

Art. 26. O Ministério da Saúde monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações no SIA/SUS e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 32)

Art. 27. As Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas neste Anexo, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 33)

Art. 28. O Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, será responsável pelo monitoramento e a avaliação contínua dos Serviços de Atenção Especializada em Doenças Raras e dos Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 34)

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 199/2014, CAPÍTULO IX)

Art. 29. A solicitação dos exames para diagnóstico das doenças raras, conforme descrito neste Anexo, será facultado apenas aos estabelecimentos habilitados como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras ou Serviços de Referência em Doenças Raras. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 35)

Art. 30. As Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do SUS serão disponibilizadas no endereço eletrônico www.portal.saude.gov.br. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 36)

Art. 31. Os medicamentos e as fórmulas nutricionais incorporados pela CONITEC e constantes dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para os cuidados das pessoas com doenças raras serão objeto de pactuação tripartite no âmbito da assistência farmacêutica e dispostos em atos específicos. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 37)

Art. 32. A APAC emitida para a realização dos procedimentos de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias congênitas ou de manifestação tardia, Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual e Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo, terão validade fixa de 3 (três) competências. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38)

§ 1º Na APAC inicial dos procedimentos descritos no "caput" deverá ser registrado o procedimento principal (códigos: 03.01.01.019-6 ou 03.01.01.020-0 ou 03.01.01.021-8) de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras com o quantitativo 1 (um) com os procedimentos secundários realizados. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 1º)

§ 2º A partir da segunda competência (APAC de continuidades), se houver necessidade de novos procedimentos secundários, o procedimento principal de avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras deverá ser registrado com o quantitativo zerado e os respectivos procedimentos secundários realizados quantificados, durante o período de validade da APAC. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38, § 2º)

Art. 33. O procedimento de Aconselhamento Genético (código: 03.01.01.022-6) descrito Anexo XXXVIII poderá ser executado por equipe de saúde multiprofissional habilitada para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de habilitação. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A)

§ 1º O Aconselhamento Genético envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 1º)

§ 2º Quando o aconselhamento genético envolver diagnóstico médico, tratamento clínico e medicamentoso, será obrigatória a presença de médico geneticista. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 2º)

§ 3º É obrigatória a elaboração de laudo escrito e assinado pelo profissional responsável que realizou o aconselhamento genético, a ser anexado no prontuário do consulente. (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 3º)

§ 4º O aconselhamento genético será realizado no SUS apenas nos serviços de saúde definidos e pactuados pelo gestor local com habilitação específica para o referido procedimento (código 32.14), conforme descrito no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 38-A, § 4º)

Art. 34. Fica incluído na Tabela de Serviços Especializados do SCNES o Serviço de ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (código - 168) com as respectivas classificações, conforme o Anexo 1 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 39)

Art. 35. Ficam incluídas na Tabela de Habilitações do SCNES, Grupo de habilitação 35 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras, as habilitações, conforme definido no Anexo 2 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 40)

Art. 36. Ficam incluídos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS os procedimentos referentes à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 3 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 41)

Art. 37. Ficam incluídas compatibilidades entre procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS referentes aos procedimentos relativos à assistência às pessoas com doenças raras no SUS, conforme disposto no Anexo 4 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 42)

Art. 38. Ficam alterados na Tabela de Procedimentos do SUS os atributos dispostos no Anexo 6 do Anexo XXXVIII . (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Art. 43)

ANEXO 1 DO ANEXO XXXVIII

Serviço Especializado 168 - Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 1)

SERVIÇO ESPECIALIZADO 168 - ATENÇÃO AS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

CÓD. SERV	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	CÓD. CLASS	DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	CBO	DESCRIÇÃO
168	ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS	001	ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
		002	REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS	1	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
				2	2251*	Médicos clínicos
					2252*	Médicos em especialidade cirúrgica

					2253*	Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
					2235-05	Enfermeiro
					3222-05	Técnico de enfermagem
					2251-24	Médico pediatra
					2251-12	Médico neurologista
					2251-25	Médico clínico geral
					2215-10	Psicólogo clínico
					2216-05	Assistente social
					2237-10	Nutricionista

Os CBOs indicados com asterisco (*) referem-se à possibilidade de inclusão de qualquer código referente a estas famílias de CBO que tenham comprovada experiência na área.

ANEXO 2 DO ANEXO XXXVIII

Tabela de Habilitações para à Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 2)

TABELA DE HABILITAÇÕES PARA À ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981 /GM/MS, de 2014)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	RESPONSABILIDADE
35.01	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I Doença Rara de Origem Genética: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada
35.02	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência Intelectual Associada à Doença Rara	Centralizada
35.03	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato do Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.04	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.05	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.06	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.07	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 1- Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia	Centralizada
35.08	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 2- Deficiência intelectual associada a Doenças Raras	Centralizada
35.09	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo I - Doença Rara de Origem Genética: 3- Erro Inato de Metabolismo (EIM)	Centralizada
35.10	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 3- Doenças raras autoimunes	Centralizada
35.11	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 2- Doenças raras inflamatórias	Centralizada
35.12	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 1- Doenças raras infecciosas	Centralizada
35.13	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4- Outras Doenças Raras de Origem não Genética	Centralizada
35.14	Serviço de Referência em Doenças Raras - Eixo II - Doença Rara de Origem não Genética: 4 - Outras Doença Rara de Origem não Genética	Centralizada
35.15	Serviço de Aconselhamento Genético	Centralizada

Obs: quando existir a habilitação em Erros Inatos do Metabolismo - EIM deverá ser indicado a vinculação do profissional nutricionista (CBO: 2237-10) no estabelecimento o qual irá compor a equipe.

ANEXO 3 DO ANEXO XXXVIII

Procedimentos relativos à Atenção à Pessoa Com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 3)

Procedimento:	03.01.01.019-6 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 1 - Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia
Origem	Novo
Descrição	Consiste na Avaliação Clínica por médico especialista e investigação laboratorial, referentes ao Eixo Doenças Raras Genéticas que cursam com Anomalias Congênitas ou de Manifestações Tardias.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E77.8, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9, G10, G12, G12.0, G12.1, G12.2, G12.3, G12.8, G12.9, H35.5, Q78.0, Q79.6, Q81.0, Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9, Q82.1, Q96, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q97, Q97.0, Q97.1, Q97.2, Q97.3, Q97.8, Q97.9, Q98, Q98.0, Q98.1, Q98.2, Q98.3, Q98.4, Q98.5, Q98.6, Q98.7, Q98.8, Q98.9, Q99, Q99.1, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001,168/002
Habilitação:	35/01.35/07

Procedimento:	03.01.01.020-0 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 2 - Deficiência Intelectual
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com deficiência intelectual.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal),
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 800,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 800,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	D82.0, D82.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E75.0, E75.1, E76, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76.9, E77, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, F84.2, G12.0, G12.1, G12.2, G12.8, G12.9, G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, Q00.0, Q00.1, Q00.2, Q85.0, Q85.1, Q85.8, Q85.9, Q87, Q87.0, Q87.1, Q87.2, Q87.3, Q87.4, Q87.5, Q87.8, Q92.2, Q92.3, Q92.6, Q92.8, Q92.9, Q93.3, Q93.5, Q93.9, Q96.0, Q96.1, Q96.2, Q96.3, Q96.4, Q96.8, Q96.9, Q99.0, Q99.1, Q99.2, Q99.8, Q99.9
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/02, 35/08

Procedimento:	03.01.01.021-8 - Avaliação clínica para diagnóstico de doenças raras - Eixo I: 3 - Erros Inatos do Metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste na avaliação clínica por médico especialista e investigação laboratorial referente ao Eixo de Doenças Raras Genéticas que cursam com Erros Inatos do Metabolismo.
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial,
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal), 04 - AIH (Proc. Especial)

Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 600,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 600,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2251* Médicos clínicos, 2252* Médicos em especialidade cirúrgica, 2253*, Médicos em medicina diagnóstica terapêutica
CID:	E16.1, E70.0, E70.1, E70.2, E70.3, E70.8, E70.9, E71.0, E71.1, E71.2, E71.3, E72.0, E72.1, E72.2, E72.3, E72.4, E72.5, E72.8, E72.9, E74.0, E74.1, E74.2, E74.3, E74.4, E74.8, E74.9, E75.0, E75.1, E75.2, E75.3, E75.4, E75.5, E75.6, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8, E76, E77.0, E77.1, E77.8, E77.9, E80.0, E80.1, E80.2, E80.3, E80.4, E80.5, E80.6, E80.7, E83.0, E83.1, E83.2, E83.3, E83.4, E83.5, E83.8, E83.9, F70, F70.0, F70.1, F70.8, F70.9, F71, F71.0, F71.1, F71.8, F71.9, F72, F72.0, F72.1, F72.8, F72.9, F73, F73.0, F73.1, F73.8, F73.9, F78, F78.0, F78.1, F78.8, F78.9, F79, F79.0, F79.1, F79.8, F79.9 , G37.0, G37.1, G37.2, G37.3, G37.4, G37.5, G37.8, G37.9, G71.0, G71.1, G71.2, G71.3, G71.8, G71.9, G72.0, G72.1, G72.2, G72.3, G72.4, G72.8, G72.9, E83.0
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/03, 35/09

Procedimento:	03.01.01.022-6 - Aconselhamento genético
Origem	Novo
Descrição	Procedimento que envolve a existência prévia ou o estabelecimento de diagnóstico de determinada doença, a interpretação de achados e estimativas de riscos genéticos para pessoas clinicamente normais com familiares que apresentam diagnóstico de doença rara documentada, a transmissão das informações relativas à etiologia, à evolução, ao prognóstico e ao risco de recorrência, as estratégias de tratamento e prevenção, além de recomendações para acompanhamento e elaboração de relatório final a ser entregue ao consulente, realizado por equipe de saúde multiprofissional capacitada
Complexidade:	AC - Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	BPA – I
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 100,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 100,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima	01
CBO:	2251-75 Médico geneticista ; 221105 – Biólogo
CID:	Z31.5
Serviço/classificação:	168/001, 168/002
Habilitação:	35/07, 35/08, 35/09, 35/10, 35/11, 35/12, /35/14, 35/15

Procedimento:	02.02.10.005-7 - Focalização isoelétrica da transferrina
Origem	Novo
Descrição	Consiste em teste pelo método de isoeletrofocalização, para detecção de todos os subtipos de defeitos congênitos da glicosilação tipo I. O agravo é decorrente da deficiência, ou ausência, de carboidratos, secundária à secreção de glicoproteínas, especialmente transferrina sérica, devido à atividade enzimática anormal da fosfomanomutase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial

Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.006-5 - Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, digestão com enzimas de restrição específicas, separação dos fragmentos em gel de agarose, transferência para membrana seguida de hibridação com uma ou mais sondas específicas, para detecção de uma determinada sequência e seu tamanho, ou determinação de sua ausência.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)o por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.007-3 - Análise de DNA por MLPA
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridização do DNA genômico a uma mistura de sondas específicas para cada uma de diversas regiões estudadas simultaneamente, com amplificação dos produtos de ligação pela técnica de reação em cadeia de polimerase, utilizando um par de primers universal. A visualização dessas amplificações pode ser feita por eletroforese capilar e a análise por programas específicos de genotipagem. A técnica permite detectar deleções e duplicações de genes.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00

Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.008-1 - Identificação de mutação/rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da amplificação da sequencia de DNA de interesse por primers específicos, através da ação da enzima DNA polimerase, com visualização em gel após eletroforese (PCR clássico), ou diretamente pela dinâmica da reação de PCR (qPCR), podendo ser antecedida por tratamentos prévios que permitam verificação do estado de metilação (PCR sensível a metilação e qPCR sensível a metilação).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.009-0 FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
Origem	Novo
Descrição	Técnica usada para verificar a presença ou ausência, o número de cópias e a localização cromossômica de uma sequência de DNA específica tanto nos cromossomos em metáfase quanto nas células em interfase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011- Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.010-3 - Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA, seguida da hibridação genômica comparativa com milhares de sequências de DNA arranjadas em uma base (array) para detecção de variação no número de cópias de sequências de DNA (perdas ou ganhos de material cromossômico).
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.011-1 - Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
Origem	Novo
Descrição	Consiste na extração de DNA seguido do sequenciamento bidirecional pelo método de Sanger de uma sequencia de até 500 pares de bases. O método é utilizado para identificação de mutações pontuais, deleções e duplicações de bases.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.012-0 - Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
Origem	Novo
Descrição	Consiste na detecção de glicosaminoglicanos na urina de pacientes suspeitos de mucopolissacaridoses, um erro inato do metabolismo, qualitativamente através de cromatografia de camada delgada, eletroforese ou quantitativamente, através de espectrofotometria.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00

Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.013-8 - Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
Origem	Novo
Descrição	Consiste na separação de oligossacarídeos e sialossacarídeos em cromatografia de camada delgada, com identificação de suas bandas para diagnóstico de erros inatos do metabolismo que acumulam esses metabólitos.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.014-6- Dosagem quantitativa de carnitina, perfil de acilcarnitinas
Origem	Novo
Descrição	Consiste na identificação e quantificação, através da espectrometria de massa, de carnitina e acilcarnitinas em sangue para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas, defeitos de beta-oxidação de ácidos graxos e doenças do metabolismo energético em geral.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial

Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02. 10.015-4 - Dosagem quantitativa de aminoácidos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação dos aminoácidos em sangue ou urina, através de cromatografia gasosa, cromatografia líquida de alta performance (HPLC) ou espectrometria de massa para diagnóstico de aminoácidopatias.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(S)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.016-2 - Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos
Descrição	Consiste na identificação e quantificação de ácidos orgânicos, por cromatografia gasosa acoplada a espectrometria de massa para auxílio diagnóstico em acidemias orgânicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.017-0. - Ensaios enzimáticos no plasma e leucócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total para medida da atividade enzimática em plasma, leucócitos ou tecido (fibroblasto, tecido hepático, medula óssea, etc.) A ser cultivado, em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente bioquímicas, fluorimétricas, espectrofotométricas, colorimétricas e outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima::	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.018-9 - Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de análise bioquímica realizada em coleta em sangue total, separando-se os eritrócitos. A técnica utilizada é, geralmente, fluorimétrica, podendo ainda ser espectrofotométrica ou colorimétrica. Auxilia no diagnóstico de galactosemia, podendo-se dosar tanto a galactose-1-fosfato, quanto a galactose total, além de se fazer o ensaio bioquímico para análise da atividade enzimática da galactose-1-fosfato uridil transferase.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.10.019-7 - Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
Origem	Novo
Descrição	Consiste de uma análise bioquímica realizada em tecido cultivado, preferencialmente fibroblasto, coletado através de uma biópsia de pele e cultivado em meios específicos para o seu crescimento. As técnicas utilizadas são geralmente fluorimétricas, espectrofotométricas ou outras técnicas usualmente utilizadas em análises bioquímicas usuais. É útil para o diagnóstico de doenças lisossômicas.
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 00,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)

Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145/011 Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)

Procedimento:	02.02.05.007-6 - Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Complexidade:	MC - Média Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	02 - BPA (individualizado), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	MAC
Valor Ambulatorial SA:	R$ 3,70
Valor Ambulatorial Total:	R$ 3,70
Valor Hospitalar SP:	R$ 00,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 00,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 00,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	01
CBO:	2211-05 Biólogo; 2212-05 Biomédico; 2234-15 Farmacêutico analista clínico; 2253-35 Médico patologista clínico / medicina laboratorial
Serviço/classificação:	145 005 Exames de uroanálise (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico) 145/011 - Exames de genética (Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico)
Regra Condicionada	008- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

ANEXO 4 DO ANEXO XXXVIII

Compatibilidade dos Procedimentos Relativos à Assistência à Pessoa com Doença Rara no SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 4)

COMPATIBILIDADE DOS PROCEDIMENTOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA A PESSOA COM DOENÇA RARA NO SUS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS	DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS
03.0101.019-6	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo I - anomalias congênitas o	02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.006-5	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.020-0	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo II - deficiência intelectual	02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas

		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.006-3	Análise de DNA pela técnica de Southern Blot
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.009-0	FISH em metáfase ou núcleo interfásico, por doença
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases
03.01.01.021-8	Avaliação para diagnóstico de doenças raras - Eixo III - erros inatos do metabolismo	02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.012-0	Identificação de glicosaminoglicanos urinários por cromatografia em camada delgada, eletroforese e dosagem quantitativa
		02.02.10.013-8	Identificação de oligossacarídeos e sialossacarídeos por cromatografia (camada delgada)
		02.02.10.005-7	Focalização isoelétrica da transferrina
		02.02.10.014-6	Dosagem quantitativa de carnitinas, perfil de acilcarnitinas
		02.02.10.015-4	Dosagem quantitativa de aminoácidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.016-2	Dosagem quantitativa de ácidos orgânicos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.017-0	Ensaios enzimáticos no plasma, leucócitos e tecidos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.018-9	Ensaios enzimáticos em eritrócitos para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.019-7	Ensaios enzimáticos em tecido cultivado para diagnóstico de erros inatos do metabolismo
		02.02.10.007-3	Análise de DNA por MLPA
		02.02.10.008-1	Identificação de mutação ou rearranjos por PCR, PCR sensível a metilação, qPCR e qPCR sensível à metilação
		02.02.10.010-3	Identificação de Alteração Cromossômica Submicroscópica por Array-CGH
		02.02.10.011-1	Identificação de mutação por sequenciamento por amplicon até 500 pares de bases

ANEXO 5 DO ANEXO XXXVIII

Formulário de Vistoria do Gestor para Solicitar Habilitação de Serviços de Atenção Especializada e Serviços de Referência em Doenças Raras (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 5)

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA SOLICITAR HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS (Redação dada pela Portaria nº 981/GM/MS, de 2014)

Nome da Unidade: _____

CNPJ: _____CNES_____

Endereço: _____

Município: _____UF:_____

CEP:_____ Telefones: ( ) _____

Fax: ( ) _____E-mail:_____

Diretor Técnico: _____

Telefones:( )_____Fax:( )_____

E-mail: _____

Gestor: _____Telefones: ( )_____

Fax:( )_____

E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS - manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:

_____

2. Enviou a Resolução da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, no caso do Distrito Federal, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde (CGSES/DF) contendo a relação dos estabelecimentos de saúde que realizarão a atenção especializada como Serviço de Atenção Especializada ou Serviço de Referência em Doenças Raras, no âmbito do SUS, conforme descrito nesta Portaria.

( ) Sim ( ) Não

Informar CIB Nº:_____ Data: _____de _____de_____.

3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta

( ) Sim ( ) Não

4. Enviou a atualização dos dados do SCNES:

( ) Sim ( ) Não

5. Enviou a cópia da publicação em diário oficial do extrato de contrato com o serviço de saúde, quando este não for da rede própria da respectiva secretaria de saúde.

( ) Sim ( ) Não

B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:

1. TIPO DE SERVIÇO:

A. ( ) SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DOENÇAS RARAS

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:

( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética

Doença (s): _____

O Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria GM nº 199/2014 ( ) Sim ( ) Não

B. ( ) SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS

I - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem genética: 1- anomalias congênitas ou de manifestação tardia associado a doenças raras, 2-deficiência intelectual associada a doença rara, 3- erros inatos do metabolismo associado a doenças raras, ou;

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

II - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo dois (2) grupos do eixo de doenças raras de origem não genética: 1- Doenças Raras infecciosas, 2- Doenças Raras inflamatórias, 3- Doenças Raras autoimunes, 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética; ou ( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética Doença (s): _____

III - Ofertar atenção diagnóstica e terapêutica para no mínimo um (1) grupo do eixo doenças raras de origem não genética e um (1) grupo do eixo de doenças raras de origem genética

Eixo I - Doenças Raras de Origem genética:

( ) 1- Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Deficiência Intelectual

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem genética caracterizada por Erros Inatos do Metabolismo

Doença (s): _____

Eixo II - Doenças Raras de Origem não genética:

( ) 1 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Infecciosas

Doença (s): _____

( ) 2 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Inflamatórias

Doença (s): _____

( ) 3 - Doenças Raras de Origem não genética de causas Autoimunes

Doença (s): _____

( ) 4 - Outras Doenças Raras de origem não Genética

Doença (s): _____

O Serviço de Referência em Doenças Raras, acima assinalado, está indicado pelo Gestor local para realizar o Aconselhamento Genético e preenche todos os requisitos explícitos na Portaria nº 199/GM/MS, de 2014 ( ) Sim ( ) Não

2. INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS RARAS:

A. Dispõe de áreas físicas deverão possuir alvará de funcionamento e se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

1. Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não

2. Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, que altera a Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, e de outras que vierem a complementá-la, alterá-la ou substituí-la, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; ( ) Sim ( ) Não

3. Resolução - RDC nº 306, de 06 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde; ( ) Sim ( ) Não

4. Resolução - ABNT NBR 9050 - Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos - que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto de construção, instalações e adaptações de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. ( ) Sim ( ) Não

B. Dispõe dos seguintes serviços de apoio diagnóstico:

A. Laboratório de patologia clínica, anatomia patológica e de exames genéticos, quando necessário ( ) Sim ( ) Não

( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____

B. Serviço de Imagem ( ) Sim ( ) Não

( ) Próprio ( ) Terceirizado - nº do CNES: _____

3. Garante, junto à Rede de Atenção à Saúde, as necessidades de internação (enfermaria e UTI) e cirurgia, que terão seus fluxos regulados conforme pactuações locais.

( ) Sim ( ) Não

4. Para se habilitar como Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:

I. Possui equipe mínima assistencial composta por: ( ) Sim ( ) Não

A. Enfermeiro: Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

C. Médico responsável pelo Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

Aconselhamento Genético (preencher somente se for realizar o aconselhamento genético) :

a. Possui em sua equipe multiprofissional, o profissional médico geneticista, para realização do Aconselhamento Genético

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

ou

b. Possui em sua equipe multiprofissional, um profissional com graduação na área da saúde e pósgraduação - mestrado ou doutorado acadêmico na área de Genética Humana ou Título de especialista em Biologia Molecular Humana ou Citogenética Humana, emitidos pela Sociedade Brasileira de Genética ou Titulo de Especialista em Genética, emitido pelo Conselho Federal de Biologia, e comprovação de no mínimo 800 horas de experiência profissional ou estágio supervisionado em Aconselhamento Genético, para realização do Aconselhamento Genético ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

Titulação: _____

II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico, registrado no Conselho Regional de Medicina

( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS

( ) Sim ( ) Não

IV. Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.

( ) Sim ( ) Não

A. No caso em que atender mais de uma doença, informar a especialidade do médico com comprovada experiência na área ou especialidade. ( ) Sim ( ) Não

1. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

2. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

3. Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

5. Para se habilitar como Serviço de Referência em Doenças Raras, o estabelecimento de saúde deve cumprir os seguintes requisitos:

I. Possui equipe mínima assistencial cada grupo do Eixo I ou do Eixo II atendido pelo Serviço de Referência em Doenças Rara composta por: ( ) Sim ( ) Não

A. Enfermeiro: ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

B. Técnico de enfermagem ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

C. Médico com título de especialista na área da especialidade que acompanha, registrado no Conselho Regional de Medicina e/ou comprovação de atuação na doença rara específica por pelo menos 5 (cinco) anos. ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

D. Médico geneticista

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

E. Neurologista;

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

F. Pediatra (quando atender criança);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

G. Clínico Geral (quando atender adulto);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

H. Psicólogo;

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

I. Nutricionista (quando atender Erros Inatos do Metabolismo);

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

J. Assistente Social.

Nome:_____

Nº do registro no Conselho:_____

II. Conta com um responsável técnico que deve ser médico,

Medicina ( ) Sim ( ) Não

Nome:_____

Especialidade: _____

Nº do registro no Conselho:_____

III. Assume a responsabilidade técnica por uma única unidade habilitada pelo SUS

( ) Sim ( ) Não

IV Reside no mesmo Município no qual se encontra o Serviço de Atenção Especializada em Doença Rara pelo qual é responsável ou em cidades circunvizinhas.

( ) Sim ( ) Não

V. O responsável técnico possui título de especialista na área da especialidade que acompanha e/ou comprovação de atuação na área por pelo menos cinco anos para uma das doenças raras acompanhadas pelo Serviço de Referência.

( ) Sim ( ) Não

ANEXO 6 DO ANEXO XXXVIII

ALTERAÇÕES DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS (Origem: PRT MS/GM 199/2014, Anexo 6)

Alterações da Tabela de Procedimentos do SUS

Código:	Alterar Nome
02.02.05.007-6	Identificação de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir:Descrição	Consiste na análise de glicídios urinários por cromatografia (camada delgada)
Incluir: Serviço/Classificação	145/011 - Exames de genética (Serviço de diagnóstico por laboratório clínico)
Excluir: Instrumento de Registro	01-BPA (Consolidado)
Incluir: Instrumento de Registro	06-APAC (Proc.Secundário)
Incluir: Regra Condicionada	006- Sem valor quando apresentado como APAC secundário tem valor zerado

ANEXO XXXIX

Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007)

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), na forma do Anexo 1 do Anexo XXXIX . (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 1º)

Art. 2º A Política Nacional de que trata o art. 1º estará disponível no endereço eletrônico do Ministério da Saúde www.saude.gov.br, mais especificamente na área da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Art. 2º)

Art. 3º Os processos administrativos relativos à gestão do SUS serão definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º)

§ 1º Os processos pactuados no âmbito de cada CIB deverão respeitar as diretrizes aprovadas na CIT e os critérios técnicos das portarias específicas do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 1º)

§ 2º A CIB terá o prazo de 30 dias para se posicionar. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 1º, § 2º)

Art. 4º Para a garantia da permanente qualificação do processo de descentralização, será efetuado o desenvolvimento de ações como: (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º)

I - oferta de capacitação das equipes técnicas de estados e de municípios para adequada realização das ações descentralizadas; (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, I)

II - apoio técnico às CIBs, por parte da CIT e do Ministério da Saúde (MS), como forma de estabelecer um processo permanente de qualificação das pactuações em curso; e (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, II)

III - definição das informações estratégicas que devem ser enviadas ao Ministério da Saúde para subsidiar o processo de homologação, monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 598/2006, Art. 3º, III

ANEXO 1 DO ANEXO XXXIX

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) (Origem: PRT MS/GM 3027/2007, Anexo 1)

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)

Apresentação

O presente documento, elaborado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), objetiva apresentar a referida política, que orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão.

A proposta está fundamentada no programa de governo, na proposta da equipe de transição, nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nas deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como nos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS.

O governo federal tem o compromisso de consolidar a Reforma Sanitária brasileira, ancorada no conceito ampliado de saúde, concebido como qualidade de vida e decorrente da implementação de políticas econômicas e sociais direcionadas ao bem-estar da população, reafirmando as responsabilidades do Estado em relação à proteção social, conforme preceitua o artigo 3º da Lei nº 8.080, de 1990.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 conceitua a seguridade social como um valor social, configurada como um sistema que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (artigo 194). Nesse contexto, o SUS surge como estratégia descentralizada para a atenção e o cuidado à saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes de universalidade, eqüidade, integralidade e participação da comunidade, indicando que esta deve atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde.
Entretanto, para que ocorra a efetiva participação social na gestão da saúde, é fundamental que se implementem mecanismos de mobilização dos diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena. Formalmente, todos os estados e municípios têm conselhos de saúde; porém, em muitos casos, são frágeis na efetividade e na eficácia de suas atuações, requerendo iniciativas concretas das três esferas de gestão do SUS e da sociedade civil.

A administração federal tem buscado, entre suas prioridades, alcançar maior eficiência, eficácia e efetividade na gestão do Estado. Todavia, o crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, concomitantemente à progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações de saúde e pelo uso dos recursos financeiros, exige o alcance de maior competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema.

Com o objetivo de reunir diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa no SUS, a Secretaria de Gestão Participativa, criada em 2003, foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Naquela oportunidade, incorporou-se à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), foi instituído o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS.

Por oportuno, destaco que tal processo vem contribuindo para a qualificação da administração pública, ampliando-se seu comprometimento com a gestão participativa.

Assim, em continuidade a esse movimento, apresento a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), debatida e aprovada no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

1 Introdução

O Estado brasileiro vem enfrentando, energicamente, a lógica da oferta de serviços fragmentados, que advém da visão compartimentada das necessidades sociais, dificultando a apreensão integral das complexas dimensões que compõem o cotidiano dos indivíduos e das coletividades. Tal modalidade de oferta atendia aos interesses corporativistas e produtivistas das "múltiplas prestações de serviços", resultando na criação e manutenção do caos na demanda. Configurava, desta forma, um desvio do objeto da gestão pública, constituindo-se em estratégia disfarçada de privatização do Estado, por meio do esvaziamento do compromisso com a construção da eqüidade na oferta e utilização dos serviços públicos.

A eqüidade a ser construída pelas políticas públicas deve viabilizar a extensão de cobertura de serviços com qualidade em nome da universalidade, que não deve ser confundida com iniciativas que oferecem serviços de baixo custo, precários e de caráter compensatório e focalizante.

A emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80, associada à mobilização nas universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, gerou, de modo pluralista e suprapartidário, as condições sociais e políticas de onde emerge, em meio à luta social, a noção da saúde como direito, assim como os princípios que viriam a servir de base para a criação do SUS.

Neste novo contexto histórico, realizou-se, em 1986, a 8a Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprovaram as bases do que viria a se constituir numa das principais conquistas sociais do período, o Sistema Único de Saúde, marco da construção democrática e participativa das políticas públicas, principal reforma popular e democrática em curso no Estado brasileiro. Esse amplo processo social gerou um fato inédito e singular: a apresentação de texto para a Assembléia Nacional Constituinte, que consagrava a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas. Assim, a participação da sociedade revela-se componente essencial, inerente ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e sua marca emblemática.

Como conseqüência deste intenso processo, a Constituição Federal de 1988 incluiu a Saúde no Capítulo da Seguridade Social. Os artigos 196 a 200 introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a eqüidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, bem como a ampliação decisiva da participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde. Com isto, ficam estabelecidos mecanismos de controle social, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos do SUS. Outro ponto que merece destaque é que as ações e os serviços de saúde são definidos como de relevância pública.

Em continuidade ao processo de construção do SUS, o texto constitucional foi detalhado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), composta pelas Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Entre tantos pontos importantes, esta legislação definiu os mecanismos de participação popular/controle social e as competências das três esferas de governo.

As especificidades da área da saúde no Brasil fazem com que o debate acerca da função, do vínculo, dos resultados e das finalidades da implantação de toda e qualquer ação seja efetivada com base nos princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, eqüidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular. Tais princípios e diretrizes devem ser discutidos e incorporados na formulação de políticas dessa natureza.

Nesse contexto, o município deve ser valorizado como lócus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. A articulação cooperativa e solidária entre as gestões municipais e a gestão estadual, conformando um modelo regionalizado, representa a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde.

As bases do movimento da Reforma Sanitária, efetivadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Como a realidade das regiões do país é bastante diversificada, em função da dinâmica sociopolítica e cultural e da amplitude geográfica, as demandas, necessidades e potencialidades podem variar, tornando fundamental a estratégia da descentralização. A regionalização cooperativa, contida no Pacto pela Saúde, firmado pelas três esferas do SUS, visa garantir o enfrentamento das iniqüidades com integralidade e racionalidade.

Esta tarefa exige o esforço de desencadear ações de educação em saúde que operem no sentido de ampliar a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Ao mesmo tempo, implica tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS, a partir da concepção das equipes multiprofissionais de saúde, da intersetorialidade, da integralidade e do acolhimento.

A integralidade do cuidado à saúde e a humanização no SUS representam campos nos quais é possível a construção da autonomia das pessoas como cidadãos, como usuários do sistema de saúde e como centro de todo o processo de organização das práticas, pois possibilitam o encontro entre a necessidade e o desejo da população, com a lógica que orienta e preside as respostas institucionais. Por tudo isso, são consideradas políticas estruturantes para a gestão do SUS. Além disso, o atual governo acolheu as demandas oriundas de diferentes grupos relacionados com *ações intersetoriais* de inclusão social (populações negra e quilombolas, populações do campo e da floresta, população de gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e travestis – GLBTT, ciganos, população em situação de rua e outros), gerando comitês técnicos que articulam governo e sociedade civil, mas que ainda não contavam com uma adequada estruturação.

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças.

Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo. Torna-se necessário, também, aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

A auditoria no âmbito do SUS, nesse novo contexto, vem passando por um processo de mudança de conceitos, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro, reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, pautada na visão do coletivo.

O "Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS", uma das Metas Presidenciais sob responsabilidade do Ministério da Saúde, dá concretude a uma lacuna referente à qualificação da gestão do Sistema, além de ser um exemplo importante da necessidade de integração entre as áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, pois mantém estreita relação com os demais departamentos citados.

Assim, a gestão estratégica e participativa encontra-se presente nos processos cotidianos do SUS, sendo transversal ao conjunto de seus princípios e diretrizes. A criação da SGEP, com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS resulta desse movimento. Estas estruturas representam áreas de atuação complementar, devendo atuar de forma integrada, com maior racionalidade e ganho de eficácia, evitando duplicidade de ações ou conflito de competências.

A criação da SGEP representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da democracia do Estado. A SGEP tem a responsabilidade de acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS.

2 Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS tem por base os seguintes princípios e diretrizes:

Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, eqüidade, integralidade e participação social.

Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.

Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à eqüidade no exercício do direito à saúde.

Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.

Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.

Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS.

Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde.

Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

3 Componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da eqüidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados.

3.1 A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte. As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde afirma a necessidade de "Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos".

Nesse processo, algumas propostas emanadas das conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais – assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria.

Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros.

Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa.

Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

Uma estratégia em desenvolvimento pela Secretaria está permitindo a construção do ParticipanetSUS, um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros. O diagnóstico construído evidencia que, apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como o não-exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados.

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo. Recentemente, vêm sendo propostos conselhos regionais, bem como conferências e plenárias regionais.

Processos participativos de gestão, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente em saúde e setoriais de saúde dos movimentos sociais, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem-se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo.

Instâncias de pactuação entre gestores, como as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), envolvendo representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com representantes do Ministério da Saúde, além dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, constituindo espaços de ações compartilhadas, estratégicas e operacionais da gestão do SUS.

Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares.

Processos de educação popular em saúde desenvolvidos no diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

Reconstrução do significado da educação em saúde que se desenvolve nas escolas, nas universidades e nos serviços de saúde, fortalecendo o protagonismo na produção de saúde e na formação de cidadãos em defesa do SUS.

Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade) caracterizando o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e da sociedade civil, que atuam na produção social da saúde.

Este conceito ampliado de gestão participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pelas ouvidorias do SUS; os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.

Assim, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da eqüidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde.

Todas essas formas que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de novos modelos de atenção e gestão da saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população.

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), correspondente a sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no Termo de Compromisso.

3.2 Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Diante da complexidade do processo de construção de um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida, modelo reiteradamente reforçado pelas Conferências Nacionais de Saúde (especialmente 10a, 11a e 12a), as dimensões de monitoramento e avaliação devem, necessariamente, buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, individuais e coletivos, também os indicadores da desigualdade e iniqüidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas.

A preocupação com as ações de monitoramento e avaliação é crescente desde a criação do Sistema Único de Saúde, com diversos movimentos visando ao estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas. Em 2000, em meio às reformas neoliberais em curso, o tema foi objeto de uma publicação polêmica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que teve o mérito de gerar um intenso debate que realçou outros processos em desenvolvimento na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), uma das unidades regionais da própria OMS, e em países como Reino Unido, Canadá e Austrália, atentos a questões como as da eqüidade, as dimensões sociais do processo saúde-doença e a reorganização dos serviços e ao direito à saúde.

No Brasil, merece destaque o projeto PRO-ADESS (maiores informações poderão ser obtidas em www.proadess.cict.fiocruz.br) que reuniu pesquisadores de diversas instituições ligadas à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), produzindo importantes contribuições metodológicas e conceituais, no sentido de:

a) compreender, monitorar e avaliar as inter-relações e os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a eqüidade no desempenho do SUS;

b) melhorar a formulação das políticas;

c) monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil; e

d) criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação destinados aos municípios, aos estados e à esfera federal, bem como mecanismos de acesso e difusão da informação e de formação permanente, voltados aos gestores, trabalhadores e usuários, em especial aos membros dos conselhos de saúde.

Para o monitoramento e avaliação de processos e resultados, são fundamentais os indicadores de estrutura, em especial no que se refere a recursos alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e indicadores de saúde. O crescente desenvolvimento de ações de cooperação técnica e financeira entre União, estados e municípios vem evidenciando a necessidade de novos mecanismos de controle, interno e externo, que ampliem o papel exercido pelos mecanismos de controle social. Sendo assim, o problema da prestação de contas insere-se numa questão maior, envolvendo outros órgãos como a Secretaria Federal de Controle, da Controladoria-Geral da União (SFC/CGU), demonstrando a necessidade e a importância desse componente nas atividades de monitoramento e avaliação.

Monitoramento pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos.

Fruto de um intenso debate promovido pelo Ministério da Saúde, entre 2003 e 2005, envolvendo diversos órgãos, evidenciou-se a necessidade de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação que se encontram em curso nas diversas secretarias do Ministério da Saúde e demais unidades, bem como nas outras esferas do SUS, motivando a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, integrando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Uma das primeiras tarefas do novo departamento está sendo a preparação da publicação Painel de Indicadores do SUS, editada pela SGEP/MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que tem como objetivo estimular a participação social e apoiar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde, rumo à consolidação do SUS.

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em fomento da participação e do controle de ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da eqüidade e da qualidade em saúde.

Outra ação em desenvolvimento, em articulação com as diferentes áreas do MS, é a regulamentação do monitoramento do Pacto pela Saúde. Este deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os Termos de Compromisso de Gestão e os cronogramas pactuados, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio para a qualificação do processo de gestão. Além disso, o Pacto pela Saúde estabelece diversas atribuições e responsabilidades das três esferas de gestão, em relação a monitoramento e avaliação, indicando a necessidade de articulação entre elas.

Nesse sentido, mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

3.3 A Ouvidoria do SUS

A Ouvidoria-Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, apresentou, entre suas contribuições para a construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, as seguintes propostas:

Criar e implementar, nas três esferas de governo, um processo de escuta contínua e interlocução entre usuários do SUS, por intermédio de serviços telefônicos gratuitos.

Desenvolver ampla pesquisa para avaliar a satisfação dos usuários e profissionais do SUS, quanto aos serviços e atendimento no âmbito do SUS.

Utilizar o instrumento de ouvidoria para fortalecer o controle social e a gestão participativa.

As ouvidorias são canais democráticos de comunicação, destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), é papel da Ouvidoria efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão.

O processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde. As experiências de ouvidorias do SUS implantadas na União, estados e municípios contribui para a construção do Sistema Nacional de Ouvidorias, com vistas à descentralização do serviço e à identificação das reais necessidades da população. É imprescindível o compromisso dos gestores na tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação com a população.

A implementação de uma ouvidoria bem estruturada e articulada com as três esferas de governo em conjunto com a comunidade, que insere o usuário no processo da administração das ações e serviços de saúde oferecidos pelo Estado, contribuirá para o apontamento e a identificação da necessidade de ajustes, criação e/ou extinção de mecanismos de gestão, programas, serviços e gerência das estruturas componentes do SUS. Portanto, a partir do momento em que esse usuário se manifesta, no exercício de sua cidadania, torna-se necessário criar meios acessíveis de interação entre os gestores e a população.

Em 2005, foi dado um passo importante no sentido da construção da Política Nacional de Ouvidorias do SUS, com a definição de suas diretrizes, de forma pactuada e com ampla participação.

A proposição de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, estruturado no interior da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, deve atuar de forma auxiliar e complementar, considerando as estruturas já institucionalizadas, tais como os conselhos de saúde, as comissões intergestores, as corregedorias e o Sistema Nacional de Auditoria.

É importante registrar que o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges) incorporou e vem estruturando os serviços "Disque Saúde" do Ministério da Saúde (Central de Atendimento Telefônico de Discagem Direta Gratuita/DDG), atualmente unificados no 0800-61-1997, com o intuito de facilitar o acesso e para melhor atender ao cidadão-usuário. Além disso, o Doges desenvolve parcerias com outros órgãos do Ministério da Saúde, como o Instituto Nacional do Câncer (Inca) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de outras estruturas da esfera federal, como a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Além desse atendimento, a Ouvidoria conta com uma área técnica especializada que realiza o trabalho de captação, acompanhamento e encaminhamento das demandas e informações provenientes dos serviços 0800; das correspondências espontâneas enviadas pelo cidadão-usuário à Presidência da República, ao Gabinete do Ministro e ao próprio Doges; de correspondências eletrônicas (Portal da Saúde/MS); do atendimento pessoal e das pesquisas de satisfação do usuário do SUS. Todas essas alternativas de atendimento viabilizam um canal permanentemente aberto entre o cidadão e o Ministério da Saúde.

O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS vem propiciando espaços de discussão para a construção, de forma pactuada, das diretrizes para a Política Nacional de Ouvidoria do SUS, por intermédio da promoção de convênios com vários estados e municípios, bem como investindo na organização de mecanismos de integração das ouvidorias, incluindo o esboço legal de um sistema nacional de ouvidoria e do desenvolvimento de uma ferramenta informatizada – o Ouvidor-SUS – destinada a ampliar e otimizar o atendimento das demandas provenientes da população, trabalhando dessa forma, a perspectiva de descentralização.

A sociedade brasileira passou a adotar, principalmente na busca por seus direitos em saúde, uma atitude nitidamente mais crítica e consciente, portanto a Ouvidoria-Geral do SUS é um instrumento da democracia participativa que trabalha na perspectiva de contribuir ativamente para ampliar a participação dos cidadãos, de forma a fortalecer as estratégias da gestão participativa, ampliando o processo do controle social, valorizando as opiniões geradas pelos usuários do SUS.

3.4 A Auditoria do SUS

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), tem-se caracterizado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em consonância com seus princípios e diretrizes, alterando a lógica da produção/ faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.
A nova concepção de saúde, pautada em princípios inerentes ao campo dos direitos humanos e sociais, exige dos técnicos e gestores da área, mudanças no sentido de apropriar novos conhecimentos, aprimorar e desenvolver novas técnicas, definindo padrões na forma de pensar e fazer auditoria.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), em seu art. 16, inciso XIX, atribui à direção nacional do SUS competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal.

A Lei nº 8.689/1993, que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), define, no art. 6º, como competência precípua do SNA, a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. Destaca que a concretização do SNA deverá se dar de forma descentralizada por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política.

O SNA, além de exercer as atividades de controle das ações e serviços de saúde, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, bem como realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial, como estabelece o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Ao receber a demanda e/ou após avaliar a necessidade de realizar a ação, é gerada uma tarefa no Sistema de Auditoria (Sisaud), norteando a atividade a ser desencadeada. Após esse procedimento, programa-se a ação, define-se o período de execução e designa-se a equipe responsável, cabendo a esta a emissão do correspondente relatório, que será o produto da análise e do cruzamento de dados gerados pelos diversos sistemas de informações do MS e de outras fontes e da verificação in loco da realidade concreta.

Cabe ao Denasus, além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de recursos humanos dos órgãos que compõem o SNA. Isto ocorre por meio de mecanismos que busquem maior interação e troca de informações entre seus componentes, possibilitando um diagnóstico mais preciso das necessidades de desenvolvimento e ações de capacitação de recursos humanos para a assunção das responsabilidades em cada nível de gestão.

Finalmente, o SNA deve atuar orientado, também, pelos resultados do monitoramento implementado pelas áreas finalísticas; pelos indicadores de avaliação; pelos pontos relevantes e fatores de riscos evidenciados por auditorias anteriores; pelas demandas originadas dos conselhos de saúde, movimentos sociais, do cidadão, de outros órgãos de controle e pelas prioridades governamentais, retroalimentando a gestão do SUS.

Assim, as ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e a transparência, estimulando e apoiando o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e resultados das ações do SNA e consolidando a auditoria como instrumento de gestão.

Integra o Sistema Nacional de Auditoria uma Comissão Corregedora Tripartite composta por representantes da direção nacional do SUS, do Conass e do Conasems, conforme disposto no Decreto nº. 1.651, de 28 de setembro de 1995, cujas competências foram definidas pelo respectivo decreto e pela Portaria nº 2.123, de 30 de agosto de 2007.

4 Ações a Serem Desenvolvidas

Neste item são apresentadas as ações a serem desenvolvidas no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

1. Implementação da Política de Promoção da Saúde com a Promoção da Eqüidade em Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniqüidade:

a) Combate às iniqüidades em saúde que atingem diferentes grupos sociais, como as populações negra, do campo e da floresta, GLBTT – gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e, em situação de rua, cigana, entre outras;

b) Promoção de espaços de discussão e de fomento ao combate às iniqüidades em saúde nos níveis loco-regionais;

c) Sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da eqüidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde;

d) Ampliação do acesso às populações negra, do campo e da floresta, GLTTB em situação de rua, cigana, entre outras, aos serviços e ações de saúde em articulação com os gestores;

e) Promoção de educação em saúde e controle social.

2. Brasil Quilombola:

a) Promoção da eqüidade na atenção à saúde da população quilombola;

b) Estabelecimento do recorte racial na política da saúde, nos aspectos relacionados à organização e ao desenvolvimento institucional e suas variantes nos programas do SUS;

c) Atenção à saúde das populações quilombolas.

3. Aprimoramento das Instâncias e Processos de Participação Social no SUS:

a) Realização da Conferência Nacional de Saúde;

b) Capacitação contínua de conselheiros de saúde;

c) Criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas destes conselhos;

d) Aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população;

e) Implantação de conselhos de gestão participativa nos estabelecimentos de saúde federais e municipais;

f) Intersetorialidade adotada como prática de gestão;

g) A disseminação de experiências bem sucedidas de gestão participativa em saúde deverá ser consolidada em uma rede de intercâmbio e cooperação entre instituições;

h) Implantação de ouvidorias no SUS e implementação de práticas de ausculta dos usuários, profissionais e gestores.

4. Gestão da Política de Saúde

Implementação de práticas de gestão estratégica com ações de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

5. Consolidação do Processo de Reforma Sanitária no País Realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS.

6. Fortalecimento da Gestão do Trabalho no SUS

a) Promoção de conhecimento sobre o SUS, sua organização, acesso, responsabilidades de gestão e direitos dos usuários;

b) Implementação da educação permanente para o controle social no SUS.

7. Qualificação e Humanização na Gestão do SUS

Organização de instâncias que possibilitem a ausculta sistemática de profissionais de saúde.

5 Atribuições e Responsabilidades das Esferas de Gestão

As atribuições e responsabilidades dos gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, têm como base o Pacto pela Saúde.

5.1 Atribuições e Responsabilidades do Gestor Federal

Na esfera federal, o órgão responsável pela coordenação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS é a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com seus quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS. São atribuições do SGEP:

1. Acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração dos respectivos componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

2. Propor, coordenar e apoiar a implementação da Política Nacional de Gestão Participativa, bem como o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

3. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

4. Apoiar os conselhos estaduais e municipais de saúde, que deverão ser organizados em conformidade com a legislação vigente;

5. Promover, em parceria com o CNS, a realização de conferências nacionais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências estaduais e municipais de saúde, inclusive com apoio técnico e financeiro.

6. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros nacionais nas conferências nacionais de saúde e na plenária nacional dos conselhos de saúde.

7. Apoiar o processo de a educação permanente dos conselheiros nacionais, estaduais, municipais e dos conselheiros de gestão participativa.

8. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

9. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.

10. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde.

11. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

12. Fomentar pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

13. Colaborar com as demais áreas do Ministério da Saúde, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, na identificação das iniqüidades, oportunidades e recursos.

14. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais, apoiando os comitês nacionais de eqüidade em saúde.

15. Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.

16. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a eqüidade inter-regional e interestadual.

17. Apoiar o funcionamento dos colegiados de gestão regionais, inclusive os das regiões de saúde fronteiriças.

18. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, construindo, nesse processo, o plano nacional de saúde a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

19. Incentivar a participação da sociedade na construção das políticas intersetoriais, inclusive quanto ao financiamento dos mesmos, bem com de sua execução objetivando impactar de forma positiva nos determinantes sociais da saúde.

20. Disponibilizar o resultado das ações da SGEP ao CNS.

21. Colaborar na elaboração do relatório de gestão anual do Ministério da Saúde, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

22. Acompanhar o gerenciamento dos sistemas de informação, bem como colaborar na divulgação de informações e análises.

23. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de monitoramento, avaliação e auditoria dos serviços vinculados ao SUS.

24. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

25. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de monitoramento e avaliação, articulando as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, especialmente as relativas:

a) à aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

b) ao cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

c) à implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

d) ao acompanhamento da atenção básica, nas demais esferas de gestão;

e) às ações de vigilância em saúde, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

f) ao desempenho das redes regionais e de referências interestaduais.

26. Coordenar a implantação do componente nacional do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes estaduais e municipais.

27. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

28. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

29. Criar um fluxo de relação entre o controle social e a ouvidoria.

30. Apoiar o desenvolvimento e a pactuação de políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.

31. Colaborar no fortalecimento da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito

estadual, regional e/ou municipal.

32. Articular esta Política da SGEP – ParticipaSUS, com as demais políticas do Ministério da Saúde, inclusive com a de Comunicação.

5.2 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Estaduais e do Distrito Federal

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação abrangendo as diversas áreas da SES, acompanhar e apoiar as SMS do respectivo estado no desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação e monitorar os municípios e os consórcios intermunicipais de saúde.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Promover atividades de educação e comunicação e apoiar as desenvolvidas pelos municípios.

5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros de saúde.

6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde e à pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

10. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível estadual, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Estadual de Auditoria do SUS, bem como apoiar a implantação dos componentes municipais.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, bem como auditar os sistemas municipais de saúde e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde.

16. Viabilizar a participação dos conselheiros estaduais nas conferências estaduais de saúde e na plenária estadual dos conselhos de saúde, bem como os delegados da respectiva UF eleitos para participar das conferências nacionais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CES, a realização das conferências estaduais de saúde, bem como colaborar na organização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme *diretrizes* nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

5.3 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais

1. Desenvolver processo de monitoramento e avaliação, abrangendo as diversas áreas da SMS.

2. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.

3. Apoiar a realização de pesquisa na área de gestão estratégica e participativa.

4. Assumir responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de educação e comunicação, no âmbito local.

5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.

6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS, bem como a educação permanente dos conselheiros municipais e dos conselhos de gestão participativa.

7. Garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano

municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do conselho municipal de saúde.

8. Submeter o relatório de gestão anual à aprovação do conselho municipal de saúde.

9. Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.

10. Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

11. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises, operar os sistemas de informação e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação e manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

12. Coordenar a implantação do componente Municipal de Auditoria do SUS.

13. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial, e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

14. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

15. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Municipal de Saúde(CMS).

16. Viabilizar, administrativa e financeiramente, a participação dos conselheiros municipais nas conferências municipais e estaduais de saúde.

17. Promover, em parceria com o CMS, a realização das conferências municipais de saúde.

18. Estimular o processo de discussão e de organização do controle social no espaço regional.

19. Implementar ouvidoria municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, em consonância com as diretrizes nacionais.

20. Apoiar a Política Nacional do HumanizaSUS.

ANEXO XL

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Origem: PRT MS/GM 198/2004)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (Origem: PRT MS/GM 344/2002, Art. 1º, caput)

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Art. 2º Ficam instituídas as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º)

Parágrafo Único. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 1º, Parágrafo Único)

Art. 3º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º)

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 1º)

§ 2º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH - SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 2º, § 2º)

Art. 4º Os Colegiados de Gestão Regional são as instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º)

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 5º São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º)

I - construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (de sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, I)

II - submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, II)

III - pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais Municípios de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, III)

IV - incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde de sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, IV)

V - acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 4º, VI)

Art. 6º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º)

I - gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, I)

II - trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, II)

III - instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, III)

IV - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, IV)

Parágrafo Único. A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo LXXXV da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 7º São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º)

I - apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, I)

II - articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além dos critérios e diretrizes referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, II)

III - incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, III)

IV - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, IV)

V - apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 6º, V)

Art. 8º A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º)

Parágrafo Único. Nenhum Município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional (CGR), deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 9º As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 8º)

Art. 10. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá contar com o apoio de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, formada por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º)

I - representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, I)

II - gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, II)

III - um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme o art. 6º. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 9º, III)

Art. 11. São atribuições dessa Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, vinculada à Comissão Intergestores Bipartite: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10)

I - assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, I)

II - estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando à integração das propostas; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, II)

III - contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 10, III)

Art. 12. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11)

I - elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, I)

II - definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o Estado; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, II)

III - pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, III)

IV - homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, IV)

V - acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, V)

VI - avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações, caso necessário. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, VI)

Parágrafo Único. Os recursos financeiros serão transferidos aos fundos estaduais, do Distrito Federal ou de um ou mais municípios, conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 11, Parágrafo Único)

Art. 13. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12)

I - definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, I)

II - aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, II)

III - acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 12, III)

Art. 14. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13)

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do Anexo LXXXVI da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 13, Parágrafo Único)

Art. 15. Anualmente, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 14)

Art. 16. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 15)

Art. 17. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 16)

Art. 18. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20)

I - organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação técnica/graduação/especialização; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, I)

II - elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, II)

III - orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, III)

IV - qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, IV)

V - instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 20, V)

Art. 19. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por: (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21)

I - planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, I)

II - estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde em seu âmbito de gestão para atividades *curriculares* e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, II)

III - articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 21, III)

Art. 20. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem por atribuição formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde, e será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações. (Origem: PRT MS/GM 1996/2007, Art. 22)

CAPÍTULO II
DOS POLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 21. A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão) com as funções de: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, I)

II - mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas); (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

IV - articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

V - formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

VII - estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

Art. 22. Poderão compor os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS: (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º)

I - gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, I)

II - instituições de ensino com cursos na área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, II)

III - escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, III)

IV - núcleos de saúde coletiva; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IV)

V - hospitais de ensino e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, V)

VI - estudantes da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VI)

VII - trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VII)

VIII - conselhos municipais e estaduais de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, VIII)

IX - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 23. O Colegiado de Gestão de cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Polo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 3º)

Art. 24. Nos Estados com vários Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º)

Parágrafo Único. Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Polos. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 4º, Parágrafo Único)

Art. 25. Cada Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º)

Parágrafo Único. A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada Estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 26. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º)

Parágrafo Único. A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Polo, CIB e CES de cada Estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 6º, § 2º)

Art. 27. Os projetos apresentados pelos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as "Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor" (Anexo 1 do Anexo XL), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º)

Parágrafo Único. O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído. (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 7º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO III
DA COMISSÃO NACIONAL DE ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS

Art. 28. Fica instituída a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover a pactuação interinstitucional e intersetorial em torno das diretrizes políticas gerais da educação permanente em saúde no âmbito do SUS, bem como de seu acompanhamento e proposição das diretrizes de avaliação. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 1º) (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Art. 8º)

Art. 29. São atribuições da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS): (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º)

I - propor prioridades, métodos e estratégias para a integração entre ensino das profissões da saúde, gestão do SUS, serviços de saúde e participação popular na saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, I)

II - propor estratégias e métodos de articulação com os órgãos educacionais e do SUS, bem como com entidades representativas da formação de recursos humanos na área da saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, II)

III - contribuir técnica e operacionalmente com a formulação e avaliação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 2º, III)

Art. 30. A Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde será composta pelos seguintes representantes: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º)

I - Ministério da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I)

a) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, a)

b) Secretaria de Atenção à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, b)

c) Secretaria-Executiva; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, I, c)

II - Ministério da Educação: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II)

a) Secretaria de Ensino Superior; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, a)

b) Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, II, b)

III - Conselho Nacional de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, III)

IV - Conselho Nacional de Secretários de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IV)

V - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, V)

VI - Fórum de Pró-Reitores de Extensão; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VI)

VII - Fórum de Pró-Reitores de Graduação; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VII)

VIII - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII)

a) Associação Brasileira de Educação Médica; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, a)

b) Associação Brasileira de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, b)

c) Associação Brasileira de Ensino de Psicologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, c)

d) Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE); (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, VIII, d)

IX - Movimento Estudantil da Área da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX)

a) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, a)

b) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, b)

c) Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, IX, c)

X - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, X)

XI - Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, XI)

Parágrafo Único. A Comissão poderá convidar outros técnicos e dirigentes para participarem de suas reuniões, em função da especificidade do tema a ser tratado. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 31. A coordenação dos trabalhos da Comissão ficará a cargo da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que oferecerá o apoio técnico e operacional necessário à realização dos trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º)

Parágrafo Único. A Comissão terá autonomia para a determinação de subgrupos, de acordo com temas e necessidades do trabalho. (Origem: PRT MS/GM 1055/2005, Art. 4º, Parágrafo Único)

CAPÍTULO IV

DA COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL COM O OBJETIVO DE PROMOVER MEDIDAS QUE GARANTAM O SUPORTE TÉCNICO-ADMINISTRATIVO NECESSÁRIO AO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (UNA-SUS)

Art. 32. Fica instituída Comissão Interinstitucional com o objetivo de promover medidas que garantam o suporte técnico-administrativo necessário ao desenvolvimento da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), com a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º)

I - Colegiado Institucional formado por cinco membros, sendo: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I)

a) 2 (dois) membros indicados pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, a)

b) 2 (dois) membros indicados pelo Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, b)

c) 1 (um) membro indicado pelo representante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, I, c)

II - Secretaria-Executiva formada por técnicos nomeados pelo Ministro da Saúde, composta por: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II)

a) Assessor Técnico Principal; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, a)

b) Coordenador Administrativo pela FIOCRUZ; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 1º, II, b)

Art. 33. O Colegiado Institucional será presidido pelo Secretário da SGTES/MS que, de comum acordo com o Presidente da FIOCRUZ, proverá os meios e recursos para o funcionamento da Secretaria-Executiva da UNA-SUS. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º)

Parágrafo Único. A Cooperação Técnica da OPAS/OMS será promovida no contexto dos Termos de Cooperação nº 41 e nº 57. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 34. São atribuições da Secretaria-Executiva: (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º)

I - coordenar um processo de fortalecimento institucional da UNA-SUS que assegure a execução e a sustentabilidade de seu programa de trabalho, mediante decisões homologadas pelo Colegiado Institucional; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, I)

II - articular as diversas instâncias da SGTES/MS, da FIOCRUZ e da OPAS/OMS envolvidas com a implantação e fortalecimento da UNA-SUS, visando dotá-la do instrumental técnico e administrativo necessário para a execução de seu programa de trabalho; (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, II)

III - apoiar tecnicamente a UNA-SUS em suas articulações com as diversas Secretarias do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com as Instituições do Sistema Educacional, executoras das políticas voltadas para qualificação da força de trabalho em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, III)

IV - propiciar apoio às equipes técnicas encarregadas do programa de trabalho da UNA-SUS, em sua atuação junto às instituições acima referidas, visando à execução de ações de forma articulada e descentralizada. (Origem: PRT MS/GM 1325/2010, Art. 3º, IV)

CAPÍTULO V
DA CÂMARA DE REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Art. 35. Fica instituída a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 827/2004, Art. 1º)

Art. 36. A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, tem as seguintes funções: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º)

I - debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, I)

II - sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, II)

III - sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 1º, III)

Art. 37. A CRTS terá a seguinte composição: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º)

I - 8 (oito) representantes do Ministério da Saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I)

a) o Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que a coordenará; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, a)

b) o Coordenador-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, que atuará como Coordenador Adjunto; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, b)

c) 2 (dois) representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, sendo: um da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde; e um da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, c)

d) 1 (um) representante da Secretaria de Atenção à Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, d)

e) 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, I, e)

II - 2 (dois) representantes do Ministério da Educação, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II)

a) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Média e Tecnológica; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, a)

b) 1 (um) representante da Secretaria de Educação Superior. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, II, b)

III - 1 (um) representante do Ministério do Trabalho e Emprego; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, III)

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IV)

V - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, V)

VI - 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VI)

VII - 1 (um) representante de cada um dos Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VII)

VIII - 4 (quatro) representantes de entidades científicas das profissões da área de saúde, sendo: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII)

a) 1 (um) representante da Associação Médica Brasileira; (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, a)

b) 1 (um) representante da Associação Brasileira de Enfermagem; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, b)

c) 2 (dois) representantes por designação das entidades nacionais dos trabalhadores da área de saúde que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS); e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, VIII, c)

IX - 2 (dois) representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, IX)

Parágrafo Único. À exceção dos representantes individuados pelo inciso I deste artigo, os demais integrantes da Câmara serão livremente designados por meio de expediente subscrito pelos representantes legais dos órgãos e das instituições representadas. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 38. Compete ao Coordenador da CRTS a indicação do Secretário-Executivo e do Relator Geral da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 3º)

Art. 39. A Câmara de Regulação contará com dois assessores técnicos, indicados pelo seu Coordenador, para assisti-la na consecução dos seus trabalhos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 4º)

Art. 40. Quando necessário, a CRTS poderá convidar especialistas ou instituições para participarem de discussões específicas, considerando o notório saber dos convidados sobre os assuntos. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 5º)

Art. 41. A CRTS poderá realizar audiências públicas para disseminar o debate sobre temas de sua pauta de trabalho. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 6º)

Art. 42. As reuniões da CRTS ocorrerão ordinariamente uma vez a cada três meses e, extraordinariamente, sempre que convocadas pelo seu Coordenador. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 7º)

Art. 43. Os integrantes da CRTS serão notificados da realização de suas reuniões por meio eletrônico ou por ofício enviado pelo seu Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º)

Parágrafo Único. A notificação deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único)

I - a proposta de pauta da reunião; e (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, I)

II - o local, a data e a hora em que a reunião se realizará. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 8º, Parágrafo Único, II)

Art. 44. A reunião da CRTS somente será realizada se presente a maioria absoluta dos seus membros. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º)

§ 1º Os trabalhos da reunião acontecerão no horário das dez às dezessete horas, podendo estender-se por decisão da Câmara. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 1º)

§ 2º A verificação do quórum de instalação da reunião será realizada 15 (quinze) minutos após a hora prevista para seu início. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 9º, § 2º)

Art. 45. A ata da reunião da CRTS será redigida pelo seu Relator Geral e subscrita, na reunião seguinte, por todos os representantes que dela participaram, após a leitura e aprovação do seu texto. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10)

Parágrafo Único. Uma minuta da ata de que trata o caput deste artigo deverá acompanhar a notificação da reunião seguinte. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 10, Parágrafo Único)

Art. 46. Os consensos construídos na CRTS referentes às atribuições que lhes são conferidas pelo art. 36 serão encaminhados ao Ministro de Estado da Saúde por meio do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 11)

Art. 47. Os trabalhos da CRTS serão executados com plena observância das previsões contidas neste Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12)

Parágrafo Único. As eventuais omissões de procedimento serão supridas por deliberação de sua Coordenação, ad referendum dos seus demais componentes. (Origem: PRT MS/GM 174/2006, Art. 12, Parágrafo Único)

CAPÍTULO VI
DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Art. 48. Este Capítulo regulamenta os arts. 8º e 9º do Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, para definir as informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico, a serem fornecidas por Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) e sociedades de especialidades a ela vinculadas, que farão parte do Cadastro Nacional de Especialistas. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 1º)

Art. 49. Para a implantação e atualização do Cadastro Nacional de Especialistas, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas disponibilizarão suas bases de dados atualizadas ao Ministério da Saúde com informações referentes à especialidade médica de cada profissional médico. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º)

Parágrafo Único. Para fins do disposto no "caput", as informações a serem fornecidas encontram-se listadas nos termos do Anexo 2 do Anexo XL . (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 2º, Parágrafo Único)

Art. 50. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibilizarão manual conjunto instrutivo com as diretrizes e regras de negócios para fluxos de dados e integração entre sistemas de informação entre o Ministério da Saúde, a CNRM, o CFM e a AMB e sociedades de especialidades a ela vinculadas para a disponibilização das informações de que trata este Capítulo. (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Art. 3º)

ANEXO 1 DO ANEXO XL

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor (Origem: PRT MS/GM 198/2004, Anexo 2)

Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

1. Introdução

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar educação permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro e em 23 de outubro de 2003 e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003 (estes documentos estão a disposição no site: www.saude.gov.br/sgtes).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, foram desafios assumidos pelo governo federal.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso.

A negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos:

- transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;

- estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;

- instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;

- construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locorregionais;

- avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A interlocução com o CNS, com a CIT, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com as Associações de Ensino será permanente, especialmente no tocante à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde, à formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da organização da atenção à saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutiva.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Assim, propõe-se a implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão).

O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O Ministério da Saúde pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a idéia de Pólos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Pólos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locorregionais.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação temos novidade de Estado, quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado; quando a formação e desenvolvimento reúnem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e os outros o campo de exercício profissional das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento das instituições de ensino e dos municípios, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas, o que repercutirá em mudanças na educação e na atenção à saúde. Espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da locorregionalização.

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Cada parceiro institucional do Pólo deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção locorregional; ou seja, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento devem ser repactuadas para integrar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Caberá ao Colegiado de Gestão de cada um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por este espaço colegiado.

O MS acreditará os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, CIB e aprovados no CES, assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nenhum município do país deixará de estar afeto a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e cada SES coordenará esse processo, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as "locorregionalizações".

2. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação.

2.1. Bases do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - apresentar-se como um dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos - dentro ou fora dos limites de um mesmo estado - áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);

II - estabelecer-se como articulação interinstitucional locorregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);

III - configura-se com capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;

IV - constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações "de balcão" ou "de banco" com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;

V - estabelecer-se como espaço de formulação de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

VI - comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;

VII - estabelecer-se como um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locorregional;

VIII - constituir-se como referência para um certo território (base locorregional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;

IX - referenciar-se aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde constituintes de seu território de abrangência para organizar políticas formativas e de desenvolvimento de forma participante com o Sistema de Saúde locorregional;

X - reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

XI - estabelece-se como um Colegiado de Gestão onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

2.2. Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

A gestão colegiada introduzirá uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS é uma plenária onde participam todas as instituições que aderirem à proposta.

Pode contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes.

Cada Colegiado de Gestão poderá criar uma Secretaria Executiva, composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Cada área de formação e desenvolvimento eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores deve ter um espaço de tematização que se estende às e extrapola as estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (secretarias de saúde, escolas ou departamentos de ensino, por exemplo). Nesse arranjo, o que interessa é o espaço de análise e deliberação com que

conta um dado tema e não a sua condição de "filiação" a um departamento, uma escola ou uma secretaria. Por isso, comitês temáticos, quando forem montados, preservarão o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, bem como, por serem comitês de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS que lhes dá unidade, devem compartir o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão.

Muitos processos poderão ser de plena autonomia dos Comitês Temáticos, mas muitos pertencem obrigatoriamente ao Colegiado de Gestão. Entre esses estão questões como a formação de formadores, incentivos institucionais à mudança, geração de densidade pedagógica locorregional para as demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, análise da representatividade de todos os segmentos em cada comitê ou atividade, análise da produção de impactos prevista ou a implementar, análise da produção de interface entre projetos e associação de projetos, entre muitas outras, por exemplo.

2.3.Funções do Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

I - mobilizar a formulação e a integração de ações de educação na saúde entre os distintos atores locais: usuários; gestores da saúde e da educação; dirigentes da educação e de ações e serviços de saúde; docentes e estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;

II - induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação dos profissionais de saúde (ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica);

III - Formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais);

IV - formular abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos (temáticas ou áreas técnicas delimitadas) e reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional (exemplos: tuberculose, hanseníase, aids, dengue, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, urgência e emergência...);

V - estabelecer relações cooperativas entre os vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (internamente aos estados e nacionalmente).

2.4.Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

O Ministério da Saúde acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Colegiado de Gestão de cada Pólo, na CIB e aprovados no CES de cada estado, assegurando o ajustamento à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A acreditação é proposta como recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quando for o caso, o Ministério da Saúde estabelecerá cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos devem ser encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos nestas Orientações, com vistas à sua acreditação/validação e devem ser acompanhados pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Pólo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

Endereço:

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725 70058-900 - Brasília /DF

Telefones: (61) 315-2858/315-3848/Fax: 315-2862

e-mails: deges@saude.gov.br /sgtes@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/sgtes

Para a acreditação, cada projeto deve:

I - apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;

II - apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;

III - apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas;

IV - explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;

V - explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;

VI - explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;

VII - explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;

VIII - anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual, serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de termino de cada ação),plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinaciamento.asp Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento

IX - anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:

- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ;

- cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;

- se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;

- se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;

- cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;

- cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);

- cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações: http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp Operacionalização

2.5. Critérios para Alocação dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os orçamentos serão baseados no custeio das atividades, segundo o teto previsto pelo Ministério da Saúde para cada locorregião (segundo critérios de alocação pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite) e encaminhados com antecedência suficiente para permitir sua avaliação, aprovação e desembolso.

O Ministério da Saúde alocará recursos definidos por critérios técnicos locorregionais. O repasse será permanente, o que permitirá às instâncias locorregionais planejar com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazos, inclusive ampliando as capacidades formadoras locais, regionais e estaduais.

A transparência na utilização dos recursos públicos será profundamente ampliada, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto de maior ingerência dos gestores, do controle social local e das instituições de ensino no gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde.

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de eqüidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subseqüentes.
Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito locorregional não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da "vida real" nas localidades intra-estaduais).

Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:

2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação

I - população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);

II - número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);

III - número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).

IV - inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);

V - número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutiva da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);

VI - população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados

Impacto	Indicador Mensurável Provisório	Peso Relativo	Parcela do Teto Financeiro
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por Estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	20	40 %
	Número de ESF (C 2)	20	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	15	45 %
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	15	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	15	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	10	10 %
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	5	5%
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): CE = 20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7) 100		100	100 %

2.5.2. Alocação entre as locorregiões dos recursos calculados pela base dos estados

Aplica-se, para cada locorregião, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos Estados:

I - população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;

II - número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;

III - número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais;

IV - inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);

V - número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;

VI - população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorização do município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

VII - número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base per capita, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um País de Todos.

2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;

2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;

3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

III - Atividades:

- Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;

- Estruturação de recursos e programas de educação à distância;

- Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

2.6.2.Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;

2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;

3. Residências Integradas em Saúde;

4. Pós-Graduação;

5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;

6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;

8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);

9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);

10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;

11.Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;

12.Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;

- Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;

- Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

- Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;

- Formação de outros técnicos em saúde;

- Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;

- Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde

I - Enfoques:

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);

2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;

3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;

6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;

7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

III - Atividades:

- Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;

- Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;

- Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

I - Enfoques:

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

II - Eixos de Ação:

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;

2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde para acompanhamento docente;

3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem;

4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;

5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

III - Atividades:

- Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;

- Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);

- Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;

- Especialização em educação de profissionais de saúde;

- Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;

- Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;

- Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

- Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação. - Os documentos estarão à disposição também no site www.saude.gov.br/sgtes . - Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.

ANEXO 2 DO ANEXO XL

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS (Origem: PRT MS/GM 1578/2015, Anexo 1)

INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS POR CNRM, CFM E AMB E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS PARA FORMAÇÃO DO CADASTRO NACIONAL DE ESPECIALISTAS

Dados Pessoais: 1.Nome completo 2.Data de nascimento 3.Sexo 4.Local de nascimento 5.Unidade Federativa e Município de residência 6.CPF 7.Se estrangeiro, número da cédula de identidade de estrangeiro; 8.Definição da nacionalidade do médico (Exemplo: B = brasileiro, E = estrangeiro, N = naturalizado); 9.Se médico estrangeiro, tipo de visto apresentado (Exemplo: P = permanente, V = provisório).
Dados da Inscrição: 1.Número de inscrição no CRM e unidade de inscrição; 2.Tipo de inscrição realizada pelo médico (Exemplos: P = primária, S = secundária, V = provisória, T = temporária, E = Estudando Méd. Estrangeiro); 3.Data da realização da(s) inscrição(ões) do médico; 4.Situação do médico no estado (Exemplos: A = ativo, T = transferido, C = cassado, S = suspenso, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, D = dívida ativa, O = suspenso por ordem judicial, X = afastado, I = interditado cautelarmente, N = interditado parcialmente); 5.Unidade da Federação da(s) inscrição(ões) do médico; 6.Em caso de cancelamento: Data e motivo de cancelamento da situação que estiver atual (Exemplos: C = cassado, P = aposentado, F = falecido, L = cancelado, X = Afastado, I = interditado cautelarmente).
Dados de Formação: 1.Data da formatura do médico; 2.Identificador da escola de graduação; 3.Município da escola de graduação; 4.Unidade da Federação da escola de graduação.
Título de Especialista - AMB: 1.Especialidade ou área de atuação do título obtido 2.Data de obtenção do título
Certificados de Residência Médica registrados na Comissão Nacional de Residência Médica: 1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido 4.Período (data de início e conclusão do PRM) 5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)
Revalidação: 1 .Data da formatura do médico;

	2.Identificador da escola que revalidou o diploma do médico formado do exterior; 3.Unidade da Federação da escola que revalidou o diploma do médico formado no exterior; 4.País de formação do médico.

AMB - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES A ELA VINCULADAS	1.Nome; 2.Sexo; 3.Data de nascimento; 4.Naturalidade; 5.CPF 6.Especialidade ou área de atuação do título obtido 7.Data de obtenção do título

NRM - Comissão Nacional de Residência Médica	1.Número de registro na CNRM 2.Programa 3.Especialidade ou área de atuação do título obtido 4.Período (data de início e conclusão do PRM) 5.Data de obtenção do título 6.Unidade de Residência Médica (Nome da instituição, Município, UF)

ANEXO XLI

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (Origem: PRT MS/GM 2690/2009)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º)

§ 1º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde será implantada de forma gradativa e articulada nas três esferas de gestão do SUS. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 1º)

§ 2º No Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implementada à luz dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 1º, § 2º)

Art. 2º Para fins desta Política, define-se gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 2º)

Art. 3º É objetivo geral da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade, visando: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º)

I - orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, I)

II - nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, II)

III - promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, III)

IV - sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, IV)

V - fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 3º, V)

Art. 4º As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º)

I - a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, I)

II - a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, II)

III - os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo crítico, permanente e independente; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, III)

IV - o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, IV)

V - o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, V)

VI - a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VI)

VII - os processos de incorporação de tecnologias no sistema de saúde deverão incluir atores representativos da sociedade. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 4º, VII)

Art. 5º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º)

I - utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, I)

II - aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, II)

III - racionalização da utilização de tecnologias; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, III)

IV - apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, IV)

V - sistematização e disseminação de informações; (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, V)

VI - fortalecimento das estruturas governamentais; e (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VI)

VII - articulação político-institucional e interssetorial. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, VII)

Parágrafo Único. Na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) as diretrizes desta Política terão caráter recomendatório e as ações articuladas serão subsidiadas por um Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde, coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 5º, Parágrafo Único)

Art. 6º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implantada pelos órgãos e instituições sob gestão federal, respeitadas as competências institucionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º)

Parágrafo Único. A Secretaria de Atenção à Saúde, à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Secretaria em Vigilância à Saúde e demais órgãos do Ministério da Saúde adotarão, de forma articulada, todas as providências necessárias à plena implementação desta Política. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 7º Na implantação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), coordenar, em âmbito nacional, as ações de avaliação de tecnologias em saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º)

Parágrafo Único. Para a geração e a síntese de evidências científicas no campo de Avaliação de Tecnologias em Saúde, o Departamento de Ciência e Tecnologia conta com o apoio da rede de centros colaboradores e instituições de ensino e pesquisa no País, denominada Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 7º, Parágrafo Único)

Art. 8º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão complementar o objeto deste Anexo para atender às necessidades e peculiaridades locais e regionais. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º)

§ 1º Caberá aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal o monitoramento e a avaliação das ações advindas das diretrizes dessa Política, no seu âmbito de atuação e gestão. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 1º)

§ 2º As medidas para estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, no âmbito dos Estados e Municípios, serão subsidiadas pelo Grupo de Trabalho de Ciência e Tecnologia da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 8º, § 2º)

Art. 9º Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) a adoção das medidas necessárias à estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2690/2009, Art. 9º)

ANEXO XLII

Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (Origem: PRT MS/GM 589/2015)

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO I)

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 1º)

Art. 2º A PNIIS tem como finalidade definir os princípios e as diretrizes a serem observados pelas entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelas entidades vinculadas ao Ministério da Saúde, para a melhoria da governança no uso da informação e informática e dos recursos de informática, visando à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 2º)

CAPÍTULO II
DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO II)

Art. 3º A PNIIS é constituída a partir dos seguintes princípios e diretrizes: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º)

I - princípios gerais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, I)

II - diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, II)

III - diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, III)

IV - diretrizes relacionadas à Gestão da Política Nacional de Informação e Informática em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, IV)

V - diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 3º, V)

Seção I
Dos Princípios Gerais da PNIIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção I)

Art. 4º Constituem princípios gerais da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º)

I - informação em saúde direcionada à ação de atenção à saúde de cada indivíduo e da coletividade; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, I)

II - produção da informação em saúde abarcando a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, das ações da atenção à saúde e das ações de gestão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, II)

III - gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, III)

IV - democratização da informação em saúde como um dever das entidades públicas e privadas de saúde no âmbito do SUS e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IV)

V - informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, V)

VI - acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VI)

VII - descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacional e internacional e às especificidades regionais e locais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VII)

VIII - preservação da autenticidade e da integridade da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, VIII)

IX - confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 4º, IX)

Seção II
Das Diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov)
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção II)

Art. 5º São diretrizes relacionadas à Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º)

I - implementação da PNIIS conforme as diretrizes da Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov); (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, I)

II - promoção da articulação intersetorial visando melhorar a capacidade de produção de "software" como bem público, no interesse da área da saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, II)

III - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações com vistas à implantação da infraestrutura necessária à área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, III)

IV - fomento ao desenvolvimento de metodologias e ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, IV)

V - qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando as atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 5º, V)

Seção III
Das Diretrizes Relacionadas à Estratégia de e-Saúde
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção III)

Art. 6º São diretrizes relacionadas à estratégia de e-Saúde para o Brasil no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º)

I - fortalecimento da área de informação e informática em saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à saúde nas três esferas de governo; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, I)

II - estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional de "software" em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, II)

III - promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, III)

IV - promoção da disseminação e publicização de dados e informação em saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IV)

V - criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, V)

VI - estabelecimento de um padrão para e-Saúde que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VI)

VII - estabelecimento de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VII)

VIII - estímulo ao uso de telecomunicação na atenção à saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados à atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, VIII)

IX - estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, IX)

X - divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, X)

XI - instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 6º, XI)

Seção IV
Das Diretrizes Relacionadas à Gestão da PNIIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção IV)

Art. 7º São diretrizes relacionadas à Gestão da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º)

I - incentivo à qualificação dos processos de trabalho em saúde, considerando-os atividades de gestão do sistema de saúde e de gestão do cuidado; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, I)

II - implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, II)

III - fomento ao desenvolvimento de profissionais na área de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, III)

IV - incentivo por meio de certificação digital e/ou sistemas biométricos à implementação de mecanismos de segurança de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde que garantam a sua autenticidade e integridade dos dados e informações de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IV)

V - dotação da área de saúde de instrumentos legais, normativos e organizacionais, relacionados à questão da segurança e da confidencialidade da informação; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, V)

VI - definição de linhas de financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VI)

VII - implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo de tecnologia da informação em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VII)

VIII - adoção de ações referentes à implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado, a fim de fortalecer a articulação interfederativa no âmbito da saúde em território nacional; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, VIII)

IX - garantia de desenvolvimento e implantação de sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual mediante prévia pactuação nas respectivas comissões intergestores; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, IX)

X - estabelecimento de política de controle de acesso autorizado aos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde pelo cidadão e pelos gestores de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, X)

XI - promoção do uso de soluções de tecnologia de informação e comunicação (TICs) que possibilitem aos Conselhos de Saúde a sistematização de informações e a agilidade no acompanhamento das ações em saúde e da

participação da comunidade. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 7º, XI)

Seção V

Das Diretrizes Relacionadas à Formação Permanente de Pessoal para o SUS na Área de Informação e Informática em Saúde

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, Seção V)

Art. 8º São diretrizes relacionadas à formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde no âmbito da PNIIS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º)

I - promoção da formação, da qualificação e da educação permanente dos trabalhadores e dos gestores de saúde para uso da informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, I)

II - promoção da articulação entre os Ministérios da Saúde, da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação com vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de informação e informática em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, II)

III - incentivo ao desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação permanente na área de saúde, a fim de ampliar e qualificar a produção e utilização da informação e informática em saúde. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 8º, III)

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES

(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO III)

Art. 9º Ao Ministério da Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º)

I - incluir no Plano Nacional de Saúde ações e metas para a implementação da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, I)

II - apoiar a implementação da PNIIS nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, II)

III - incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, III)

IV - prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IV)

V - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, V)

VI - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação da PNIIS de forma articulada com os Estados e os Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VI)

VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades, para atender às demandas informacionais, garantida a interoperabilidade entre os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VII)

VIII - promover e coordenar ações para o desenvolvimento de alta competência e excelência profissional em áreas da informação e tecnologia da informação em saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, VIII)

IX - apoiar processos para adoção de certificação digital, emitida pela Infraestrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil). (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 9º, IX)

Art. 10. Às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal competem: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10)

I - promover a implementação das ações de informação e informática no âmbito estadual e distrital, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, I)

II - incluir ações e metas nos planos estaduais e distrital de saúde, em consonância com a PNIIS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, II)

III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, III)

IV - desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde com foco nas especificidades de informação e informática, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IV)

V - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, V)

VI - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VI)

VII - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VII)

VIII - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática da PNIIS de forma articulada com o Ministério da Saúde e com os Municípios; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, VIII)

IX - coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 10, IX)

Art. 11. Às Secretarias Municipais de Saúde compete: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11)

I - implementar as ações de informação e informática em saúde em consonância com a PNIIS, conforme previsto no sistema de planejamento do SUS; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, I)

II - apoiar a implementação da PNIIS por meio do processo de planejamento regional em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, II)

III - articular e estabelecer parcerias com órgãos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, intra e intersetoriais, e com a sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de informação e informática em saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, III)

IV - implantar soluções de informática, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas informacionais no âmbito de seu território, garantida a interoperabilidade com os sistemas nacionais; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, IV)

V - desenvolver ações de educação permanente, com foco nas especificidades de informação e informática em saúde, destinadas aos trabalhadores de saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, V)

VI - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação das ações de informação e informática desta Política no âmbito local; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VI)

VII - coordenar ações que promovam o desenvolvimento das instâncias públicas de informação e tecnologia da informação em saúde no SUS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 11, VII)

CAPÍTULO IV
DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO IV)

Art. 12. As ações e as metas para o monitoramento e a avaliação da PNIIS devem estar presentes nos seguintes instrumentos de gestão definidos pelo sistema de planejamento do SUS: (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12)

I - Planos de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, I)

II - Programações Anuais de Saúde; e (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, II)

III - Relatórios Anuais de Gestão. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 12, III)

CAPÍTULO V
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
(Origem: PRT MS/GM 589/2015, CAPÍTULO VI)

Art. 13. Fica instituído Comitê Gestor, de composição tripartite, cujas competências serão definidas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde, para o acompanhamento da implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 14)

Art. 14. O Comitê garantirá, no seu cronograma anual de trabalho, encontros sistemáticos com representantes de outros órgãos e entidades públicas e privadas que têm interface com as ações a serem executadas, bem como poderá convidá-los a participar de suas reuniões, sempre que necessário. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 15)

Art. 15. A implementação da PNIIS deve observar a realidade local, respeitando conceitos e incentivando experiências bem-sucedidas para estabelecer uma extensa rede de cooperação, com o fim de inserir os princípios e as diretrizes da Política no cotidiano das ações institucionais na área de saúde em território nacional. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 16)

Art. 16. Compete, conjuntamente, à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e à Secretaria-Executiva (SE/MS), articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessárias à implementação da PNIIS. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 17)

Art. 17. O texto integral da PNIIS estará disponível no Portal do Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível pelo endereço eletrônico http://portalsaude.saude.gov.br/. (Origem: PRT MS/GM 589/2015, Art. 18)

[Acesso à Matriz de Consolidação: Compêndio com informações estruturadas em abas - Atual. até 28.09.2017]

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde