

ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **4**

Copyright 2011 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

Esta coleção faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 10.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

ISBN: 978-85-89545-641-8



1. SUS (BR). 2. Média e Alta Complexidade. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2010/2011

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Irani Ribeiro de Moura

Região Nordeste

Herbert Motta de Almeida

Região Norte

Oswaldo Leal

Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques

Região Sul

Roberto Eduardo Hess de Souza

COMISSÃO FISCAL

George Antunes de Oliveira

Raimundo José Arruda Barros

Milton Luiz Moreira

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

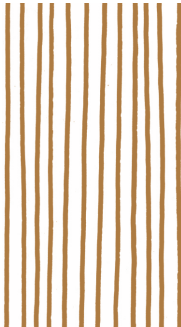
COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Osvaldo de Souza Leal Junior
Suely de Souza Melo da Costa

AL Herbert Motta de Almeida
Alexandre de Melo Toledo

AM Agnaldo Gomes da Costa
Wilson Alecrim

AP Eupídio Dias de Carvalho
Evandro Costa Gama

BA Jorge José Santos Pereira Solla

CE Raimundo José Arruda Bastos

DF Fabiola de Aguiar Nunes
Rafael de Aguiar Barbosa

ES Anselmo Tozi
José Tadeu Marino

GO Irani Ribeiro de Moura
Antonio Faleiros

MA José Márcio Soares Leite
Ricardo Murad

MG Antônio Jorge de Souza Marques

MS Beatriz Figueiredo Dobashi

MT Augusto Carlos Patti do Amaral
Pedro Henry Neto

PA Maria Sílvia Martins Comaru Leal
Cláudio Nascimento Valle
Hélio Franco de Macedo Júnior

PB José Maria de França
Mário Toscano de Brito Filho

PE Frederico da Costa Amâncio
Antônio Carlos dos Santos Figueira

PI Telmo Gomes Mesquita
Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins

PR Carlos Augusto Moreira Júnior
Michele Caputo Neto

RJ Sérgio Luiz Côrtes

RN George Antunes de Oliveira
Domício Arruda

RO Milton Luiz Moreira
Alexandre Carlos Macedo Muller

RR Rodolfo Pereira
Leocádio Vasconcelos Filho

RS Arita Gilda
Ciro Carlos Emerim Simoni

SC Roberto Eduardo Hess de Souza
Dalmo Claro de Oliveira

SE Mônica Sampaio de Carvalho
Antonio Carlos Guimarães Souza Pinto

SP Luiz Roberto Barradas Barata
Nilson Ferraz Paschoa

Giovanni Guido Cerri

TO Francisco Melquíades Neto
Arnaldo Alves Nunes



COORDENAÇÃO DA COLEÇÃO
René Santos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO LIVRO
René Santos

COLABORADORES*
José Dínio Vaz Mendes
Márcia Huçulak
Rosana Tamelini
Silvany Portas

REVISÃO TÉCNICA
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Roberto Arreguy Maia (coord.)

EDIÇÃO
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE
Thales Amorim

ILUSTRAÇÕES
José Márcio Lara

DIAGRAMAÇÃO
Ad Hoc Comunicação

* Os créditos referem-se às edições de 2007 e de 2011.

SUMÁRIO

Apresentação 7

Introdução 8

- 1 Conceitos gerais sobre assistência de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) 10**
 - 1.1 A integralidade da assistência à saúde no SUS 10
 - 1.2 A relação entre atenção primária e atenção em média e alta complexidade 11
 - 1.3 A importância da produção de média e alta complexidade no SUS 15
 - 1.4 O papel das esferas de governo na atenção de média e alta complexidade em saúde no SUS 17

- 2 Aspectos gerais, normas e procedimentos comuns para o planejamento, contratação e acompanhamento da assistência de saúde de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) 24**
 - 2.1 Levantamento de necessidades na assistência em saúde de média e alta complexidade 24
 - 2.2 Diagnóstico da situação assistencial de média e alta complexidade 27
 - 2.3 Fluxo geral de credenciamento/habilitação dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS 29
 - 2.4 Financiamento dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS 32
 - 2.5 Avaliação, controle e auditoria dos serviços do SUS 42
 - 2.6 Sistemas de informação do SUS 42

- 3 Componentes de atenção de média e alta complexidade nas políticas nacionais de saúde 48**
 - 3.1 Política Nacional de Atenção Cardiovascular 48
 - 3.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva 53
 - 3.3 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal 58
 - 3.4 Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade 64
 - 3.5 Política Nacional de Atenção Oncológica 67
 - 3.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência 73

3.7	Política Nacional de Saúde Bucal	79	
3.8	Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia	83	
3.9	Política Nacional de Atenção às Urgências	88	
3.10	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica	105	
3.11	Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte	110	
3.12	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	113	
3.13	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	117	
3.14	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	123	
3.15	Política Nacional de Saúde Mental	130	
3.16	Política Nacional de Atenção Integral Genética Clínica	150	
3.17	Política Nacional de Oftalmologia	151	
4	Outras áreas de atenção de média e alta complexidade	160	
4.1	Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)	160	
4.2	Redes estaduais de assistência a queimados	163	
4.3	Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave	166	
4.4	Assistência de alta complexidade em terapia nutricional	170	
4.5	Programa Nacional de Triagem Neonatal	173	
4.6	Sistema Nacional de Transplantes	177	
4.7	Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos	182	
4.8	Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva	184	
4.9	Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário	185	
4.10	Assistência ao portador de lesão labiopalatal ou craniofacial	187	
5	Referências Bibliográficas	189	



APRESENTAÇÃO

A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Além desses princípios o sistema, ao longo dos anos, estabeleceu que as ações e procedimentos se dispusessem em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Dessa forma, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, e de controle, avaliação e regulação.

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC – e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec).

Os gestores estaduais têm se defrontado no seu cotidiano com o dilema da garantia do acesso, da qualidade e resolutividade por meio de conformação de redes de atenção à saúde, de forma equânime e integral, dentro do quadro de insuficiência financeira.

O CONASS apresenta neste livro toda a legislação que orienta a organização das ações de média e alta complexidade, as responsabilidades dos gestores e a forma de financiamento, com o objetivo de apoiar a gestão estadual no exercício da sua macrofunção de coordenação do sistema de saúde no âmbito estadual.

Considerando a dinâmica que envolve essa área no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentamos nessa edição 2011 a atualização das informações com base nas Portarias publicadas nos últimos quatro anos, bem como a inclusão de novas políticas pactuadas nesse período.

Boa leitura.

Beatriz Dobashi - Presidente do Conass



INTRODUÇÃO

O presente livro faz parte da Coleção Para entender a Gestão do SUS 2011, editada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e destinada, principalmente, a subsidiar os novos secretários estaduais de Saúde, que assumem seus cargos em 2011, dando a conhecer os principais aspectos sobre a organização da assistência em saúde de média e alta complexidade no SUS, com destaque especial para as normas atualmente vigentes no sistema.

Assim, este trabalho pretende ser sintético e direto, com ênfase em informações, de caráter prático e operacional, que auxiliem os gestores a aperfeiçoarem a rede de atenção à saúde para a população de seus respectivos estados.


A base principal para a elaboração dos diferentes capítulos deste livro são as normas nacionais sobre o assunto, editadas pelo Ministério da Saúde, acrescidas de outras fontes de informações, que, porventura, colaborem para o entendimento e desenvolvimento do tema tratado.



1 CONCEITOS GERAIS SOBRE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

- 1.1 A integralidade da assistência à saúde no SUS**
- 1.2 A relação entre atenção primária e atenção em média e alta complexidade**
- 1.3 A importância da produção de média e alta complexidade no SUS**
- 1.4 O papel das esferas de governo na atenção de média e alta complexidade em saúde no SUS**





1 CONCEITOS GERAIS SOBRE ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1.1 A integralidade da assistência à saúde no SUS

A Constituição Federal definiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê, em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...).

Nesses termos, fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a um “pacote” mínimo e básico de serviços de saúde, destinado à parcela mais pobre da população.

Daí a importância de se compreender a atenção primária como o eixo orientador do SUS e nunca como barreira limitante ou exclusiva do sistema. “Tentação” que tende a aumentar entre os governantes, na medida do encarecimento dos procedimentos de maior complexidade tecnológica em saúde, fato que vem se agravando nos últimos anos e que se tornou preocupação em praticamente todos os países do mundo. (MEDICI, 2002; DOCTEUR AND OXLEY, 2003)

Portanto, o SUS deve enfrentar um duplo desafio: abrir as portas do sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde (fato que tem alcançado sucesso no Brasil, por meio de ampla expansão da atenção primária em saúde, desde a implantação do sistema, em 1988) e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção à saúde que possam dar conta das necessidades de atendimento (questo em que o SUS ainda não obteve sucesso, persistindo desigualdades de acesso significativas entre as diferentes regiões do país).

Torna-se, assim, fundamental o conhecimento e a discussão, pelos gestores do SUS, das áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, objetivando adequada implementação de suas ações em complementação da atenção primária, garantindo-se que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente a população e não se converta em um “SUS para pobres”.

1.2 A relação entre atenção primária e atenção em média e alta complexidade

Sem pretender discutir aqui os conceitos de atenção primária ou básica, objetos de outro livro desta coleção, apresentamos as definições oficialmente adotadas pelo Ministério da Saúde apenas como forma de melhor delimitar o entendimento das áreas de atenção em média e alta complexidade no SUS.

A Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção primária para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define assim a atenção básica em saúde, em seu anexo.

A atenção básica caracteriza-se por 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.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (...).

A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Portanto, a atenção primária é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade.

Por tecnologia de baixa densidade fica subentendido que a atenção primária inclui um rol de procedimentos menos complexos, capazes de atender à maior parte dos problemas

comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

De fato, na mesma portaria, quando é descrita a infraestrutura necessária para a atenção primária, destaca-se a unidade básica de saúde, com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros.

Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a “garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”.

Assim, fica claro que, embora a atenção primária em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial e que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS.

Por outro lado, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), define média e alta complexidade em saúde conforme se segue.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

O material de apoio conhecido como O SUS de A a Z versão 2009, elaborado pelo Ministério da Saúde, traz uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

- » procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- » cirurgias ambulatoriais especializadas;
- » procedimentos traumatológico-ortopédico;
- » ações especializadas em odontologia;
- » patologia clínica;
- » anatomopatologia e citopatologia;
- » radiodiagnóstico;

- » exames ultrassonográficos;
- » diagnose;
- » fisioterapia;
- » terapias especializadas;
- » próteses e órteses;
- » anestesia.

No mesmo material de apoio, encontramos a seguinte definição de alta complexidade:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2009)

A Portaria SAS/MS n. 968, de 11 de dezembro de 2002, definiu o elenco de procedimentos considerados de alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

A citação dessas definições não tem o objetivo de fixar uma “relação definitiva” de média e alta complexidade de atenção à saúde, mas, antes, demonstrar as dificuldades que essas áreas de atenção representam para os gestores do SUS: sua visão foi desde sempre fragmentária, um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto

é, são os procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida.

Há que se salientar, ainda, que o MS utiliza frequentemente em suas normas o conceito de “redes de alta complexidade”, enquanto a literatura sobre o assunto aborda redes como organizações sistêmicas que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos, manifestados no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua à população – no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população. (MENDES, 2005)

Portanto, para fins de compreensão da normativa sobre o assunto, será mantida a nomenclatura de “redes de alta complexidade”, com a ressalva de que não há como conformar redes de atenção à saúde apenas com serviços de alta complexidade.

Na maior parte dos estados, esses procedimentos foram historicamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores, e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes.

Esta situação dificulta enormemente a alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, criando desigualdades regionais, até hoje ainda não resolvidas pelo SUS. Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente a grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto na qualidade do atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS.

Por outro lado, as dificuldades da realização de procedimentos de maior complexidade para sua população foi sentida por muitos municípios, que, infelizmente, tentaram construir sistemas de saúde municipais autônomos, expandindo a rede municipal sem articulação regional, sem observar a necessária economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se tornam ociosos, custosos e inviáveis técnica e financeiramente. (MENDES, 2001)

Sucintamente, essas são as razões que levaram à importante discussão dos gestores do SUS, ainda em desenvolvimento, sobre a adoção de critérios para a organização dessas ações de maior complexidade, permitindo a aplicação do princípio de “regionalização” da assistência, sem o qual dificilmente o SUS poderá garantir a integridade das ações de saúde para a população brasileira.

1.3 A importância da produção de média e alta complexidade no SUS

No ano de 2009, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 25,3 bilhões, portanto, o triplo das transferências para atenção primária (R\$ 8,5 bilhões).

Quando se analisa a produção de alguns procedimentos especializados ambulatoriais (Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS), podemos observar, conforme apresentado na tabela abaixo, que os valores gastos apresentam variação distinta entre os procedimentos selecionados, considerados os anos de 2003 e 2007. (Tabela 1)

Tabela 1 GRUPOS DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS E DE ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAIS COM VALORES APROVADOS POR ANO NO SUS – BRASIL, EM 2003 E 2007 (em milhões de R\$)

GRUPOS	2003	2007	VARIAÇÃO % ANOS 2003 E 2007
Procedimentos Especializados de Profissionais Médicos e outros de Nível Superior/Médio	1.049,51	1.728,76	64,72
Patologia Clínica	1.098,35	1.575,80	43,47
Terapia Renal Substitutiva	938,17	1.391,87	48,36
Quimioterapia	651,05	1.022,17	57
Radiodiagnóstico	366,33	490,44	33,88
Hemoterapia	332,91	389,08	16,87
Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	295,12	294,80	-0,11

FONTE: SIA/SUS/DATASUS/MS

O padrão de crescimento observado revela a necessidade de esses procedimentos serem estudados e analisados, criando-se mecanismos de regulação entre os gestores do sistema. Certamente, algumas áreas de alta complexidade terão crescimento maior em seus gastos, justamente por terem sido mais desassistidas antes da implantação do SUS e, com o aumento de cobertura na atenção primária, passam a ser mais acessadas (por exemplo: o aumento de detecção de câncer ocasiona aumento de quimioterapias e radioterapias).

Considerando-se o impacto desse gasto para o sistema e a influência das novas tecnologias disponibilizadas na área da saúde, torna-se fundamental analisar e compreender por que certas áreas estão apresentando esse crescimento e se este está se dando com eficiência e resultando em benefícios para a população.

Em relação às internações no SUS, podemos observar também um crescimento dos valores gastos no sistema.

Como o número total de internações não cresceu no Brasil, entre 2003 e 2007 (exceto para a especialidade cirúrgica), nota-se que a expansão das despesas deu-se em razão do aumento no valor médio das internações, que foi de 33,91% no mesmo período, conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

Uma das possíveis causas que explica esse crescimento é o aumento da complexidade do atendimento nas internações. Considerando que o total de internações no Brasil, entre 2003 e 2007, sofreu leve redução, observa-se ampliação de 15,07% no número de internações de alta complexidade e de 33,07% nos valores pagos por essas internações (Tabela 2).

Tabela 2 FREQUÊNCIA DE INTERNAÇÕES E VALOR ANUAL NOS PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE NO SUS, POR ESPECIALIDADE – BRASIL, EM 2003 E 2007

ESPECIALIDADE	FREQUÊNCIA		VARIÇÃO % 2003 - 2007	VALOR TOTAL R\$		VARIÇÃO % 2003 - 2007
	2003	2007		2003	2007	
Clínica cirúrgica	312.556	365.633	16,98	979.015.316,08	1.310.036.267,28	33,81
Clínica médica	67.158	72.049	7,28	48.642.401,61	58.506.167,48	20,28
Pediatria	9.169	9.806	6,95	5.951.630,95	6.858.327,44	15,23
Total	388.883	447.488	15,07	1.033.609.348,64	1.375.400.762,20	33,07

FONTE: SIH/SUS/DATASUS/MS.

Portanto, tal como na assistência ambulatorial, os altos valores envolvidos nas internações indicam a importância do aperfeiçoamento da regulação hospitalar no SUS, observando em que especialidades e em que tipo de procedimentos os gastos estão aumentando, procurando simultaneamente reduzir as internações evitáveis. Somente dessa forma será possível melhorar a cobertura das internações especializadas necessárias para garantir a integralidade da atenção no sistema.

1.4 O papel das esferas de governo na atenção de média e alta complexidade em saúde no SUS

1.4.1 A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde em seus aspectos referentes à divisão de competências na atenção em saúde

Não é fácil delimitar as funções das esferas de governo (federal, estadual e municipal) no planejamento, no financiamento e na execução das ações e dos procedimentos de média e alta complexidade, pois essa divisão não foi estabelecida nas normas legais maiores que constituíram o SUS.

Inicialmente, deve-se salientar que o desenvolvimento do SUS, conforme prevê a Constituição Federal (CF), é de responsabilidade das três esferas de governo, de forma concorrente, em suas respectivas áreas de abrangência, uma vez que o direito universal à saúde é dever do Estado (sem distinção) e o financiamento do sistema tem, como fonte conjunta, recursos do orçamento da União, dos estados (quando for referida à esfera estadual, subtenda-se sempre a inclusão do Distrito Federal) e dos municípios.

A Constituição Federal define que o SUS se constitui num sistema único, organizado como uma rede regionalizada e hierarquizada e com a diretriz de descentralização, com direção única em cada esfera de governo (Art. 198). Mas não define o tipo de descentralização que o SUS deverá adotar, nem como se constituirá efetivamente a rede hierarquizada e regionalizada. A Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, apresenta, no Artigo 15, as atribuições comuns dos três gestores e, nos Artigos 16, 17 e 18, as atribuições específicas de cada esfera, tratando de diversos assuntos, porém, abordando poucos pontos sobre as competências assistenciais em saúde.

Entre os pontos que podem auxiliar na orientação da pactuação entre os gestores e no estabelecimento de responsabilidades e competências referentes à realização e ao controle de ações e serviços de média e alta complexidade, destacam-se os seguintes:

1.4.1.1 COM RELAÇÃO À DESCENTRALIZAÇÃO

É especificado que a descentralização no sistema se dará com ênfase na municipalização (princípios do SUS, Inciso IX, Art. 7º). Acrescenta-se, ainda, entre as competências do Ministério da Saúde, “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (Inciso XV, do Art. 16).

E entre as competências das Secretarias Estaduais de Saúde, “promover a descentra-

lização para os municípios dos serviços e das ações de saúde” (Art. 17, Inciso I), ou seja, sempre que possível, de acordo com sua abrangência, os serviços de saúde devem ser municipalizados ou estadualizados.

Há que se salientar que, mais recentemente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 399/2006, que divulga o Pacto pela Saúde, desenvolve as questões de regionalização e de rede de atenção à saúde, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado.

1.4.1.2 COM RELAÇÃO À DIREÇÃO ÚNICA

A direção do SUS é única, por esfera de governo (Art. 9º). Com essa determinação, objetiva-se evitar o fracionamento das funções de saúde em uma mesma esfera de governo, como no passado ocorrera com os Ministérios da Saúde e da Previdência.

O tema da gestão de serviços será abordado no item 1.4.3 deste capítulo, que trata do Pacto pela Saúde.

1.4.1.3 COM RELAÇÃO A PLANEJAMENTO, COORDENAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

O controle, a avaliação e a fiscalização das ações e dos serviços de saúde e a elaboração de normas técnicas, padrões de qualidade e parâmetros de custos para a assistência à saúde de forma geral são funções comuns às três esferas de governo (Art. 15, Incisos I e V).

Entretanto, é atribuído ao Ministério da Saúde (MS) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade e de rede de laboratórios de saúde pública (Art. 16, Inciso III). O MS tem competência também para identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde, estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com as outras esferas de governo (Art. 16, Incisos XI e XIX).

Às Secretarias Estaduais de Saúde é atribuída competência de acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS (Art. 17, Inciso II). É atribuída também às Secretarias Estaduais a identificação dos estabelecimentos hospitalares de referência, a gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional, e a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, além da gerência das unidades que permaneçam em sua organização administrativa (Art. 17, Incisos IX e X).

A esfera municipal de saúde tem competência para planejar, organizar, controlar e

avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde (inclusive laboratórios públicos de saúde e hemocentros – Art. 18, Incisos I e VIII). Cabe, também, às prefeituras, participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual (Art. 18, Inciso II).

1.4.2 Outras normas federais que regulamentam o processo de divisão de responsabilidades entre os gestores

A aplicação dos princípios do SUS e das diretrizes da Lei n. 8.080/1990 ocasionou importante avanço no processo de descentralização da prestação de serviços de saúde, em especial, na atenção primária, totalmente municipalizada.

Ao longo da década de 1990, foram editadas Normas Operacionais pelo Ministério da Saúde (NOB n. 01/1991, NOB n. 01/1992, NOB n. 01/1993 e NOB n. 01/1996), que, embora tenham auxiliado, estimulado e regulamentado o processo de descentralização, permitindo seu grande avanço, não detalharam adequadamente a divisão de responsabilidades e competências entre os gestores, nos serviços de média e alta complexidade. O desenvolvimento da regionalização e hierarquização dessas ações de saúde no SUS tornou-se ponto fundamental para se atingir a integralidade da assistência, como preconiza a Constituição Federal.

Esse problema foi reconhecido pelo Ministério da Saúde e tornou-se o objetivo principal da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01), republicada em 2002, que propôs, para o aprimoramento do processo de descentralização, uma estratégia de regionalização, com elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse plano definiu a necessidade do estabelecimento de áreas geográficas (módulos), nas quais se daria o planejamento dos fluxos e pactuações entre os gestores – Programação Pactuada Integrada (PPI), no sentido de organizar efetivamente uma rede hierarquizada e regionalizada.

Se por um lado o processo de planejamento desencadeado pela NOAS representou um avanço ao situar o plano regional como unidade de planejamento assistencial, a efetivação de seu desenvolvimento foi prejudicada, entre outros aspectos, pela incapacidade dos gestores definirem as prioridades de saúde a serem atendidas pelo sistema, em um cenário de dificuldades de financiamento (em especial para áreas de média e alta complexidade), uma vez que a implantação da norma não era acompanhada da garantia de aumento de recursos.

Saliente-se ainda que, antes e após a publicação da NOAS, no que se refere à área de

média e alta complexidade, o Ministério da Saúde e seus órgãos responsáveis, como a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), continuaram a publicar inúmeras portarias específicas para regular, em especial, cada área assistencial de alta complexidade.

1.4.3 Pacto pela Saúde

O Ministério da Saúde editou as Portarias GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro, e n. 699, de 30 de março subsequente: a primeira “divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto”, e a outra “regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão”.

O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, as diretrizes compreendem a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

Sem pretender aqui esgotar a portaria em questão, para a qual se sugere a leitura dos textos explicativos já publicados pelo CONASS e do Livro 1 desta Coleção, seguem alguns aspectos que dizem respeito à assistência de média e alta complexidade.

- » O Pacto de Gestão (componente do Pacto pela Saúde) tem como principal objetivo estabelecer as responsabilidades de cada ente federado.
- » O Pacto de Gestão reafirma a regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, as Secretarias Estaduais, considerando as premissas propostas no Pacto de Gestão, devem avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus planos diretores de regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado.
- » O Pacto mantém o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como principais instrumentos da regionalização.
- » O PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção em saúde em cada região.
- » As redes devem ser pactuadas com relação a todas as responsabilidades e todas as ações de saúde que forem necessárias para o atendimento integral da população.
- » O que se pretende com o processo de regionalização é melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de


qualidade da atenção, de forma a se desenvolverem sistemas eficientes e efetivos. E ao construir uma regionalização eficaz, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.

- » O desenho da rede e das regiões será definido pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que, para tanto, deverá definir Colegiados de Gestão Regional.
- » O Pacto não propõe nenhum desenho ou modelo-padrão de Região de Saúde.
- » Cada CIB deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde, portanto, a definição do conjunto de ações e serviços a serem desempenhados em cada região deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e da capacidade de oferta da região.
- » Além da atenção primária e de parte da média complexidade (municipal), no desenho da região e das redes serão definidas as demais áreas de atenção, levando em conta a economia de escala e a equidade no acesso da população, sempre pactuada na CIB ou nos colegiados regionais.
- » O Pacto de Gestão estabeleceu que as ações e os serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.
- » As referências na NOAS SUS n. 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo termo de compromisso de gestão.
- » Os estados e municípios são considerados gestores de saúde e o que diferencia o gestor, a partir da publicação do Pacto, são as responsabilidades definidas nas respectivas CIBs.
- » A gestão dos prestadores deixa de ser uma prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação.
- » Assim, pode-se ter situação em que o Estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for a compreensão dos gestores para determinado estado.
- » São fixados seis blocos de financiamento federal, um dos quais é o de financiamento das ações de média e alta complexidade.
- » O bloco citado é composto de dois componentes: o componente limite financeiro


da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e o componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).


- » A divisão reduzirá o conjunto de procedimentos que integram atualmente o Faec, incorporando gradativamente os recursos correspondentes aos tetos do MAC dos estados e municípios.
- » A responsabilidade, com relação à regulação, no que se trata das referências intermunicipais (que acabam abrangendo parte dos procedimentos de média e praticamente toda a alta complexidade), é do gestor estadual, inclusive quanto ao desenho das redes.
- » Os complexos reguladores devem ter a sua operação pactuada na CIB.

Portanto, em linhas gerais, podemos dizer que o avanço do processo de efetivação do Pacto pela Saúde deve definir gradativamente as competências dos gestores e estabelecer a participação no financiamento das ações e dos serviços de média e alta complexidade no SUS.



2 ASPECTOS GERAIS, NORMAS E PROCEDIMENTOS COMUNS PARA O PLANEJAMENTO, CONTRATAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

- 2.1 Levantamento de necessidades na assistência em saúde de média e alta complexidade**
 - 2.2 Diagnóstico da situação da rede assistencial de média e alta complexidade**
 - 2.3 Fluxo geral de credenciamento/habilitação dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS**
 - 2.4 Financiamento dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS**
 - 2.5 Avaliação, controle e auditoria dos serviços do SUS**
 - 2.6 Sistemas de informação do SUS**
- 



2 ASPECTOS GERAIS, NORMAS E PROCEDIMENTOS COMUNS PARA O PLANEJAMENTO, CONTRATAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

2.1 Levantamento de necessidades na assistência em saúde de média e alta complexidade

Não é objetivo do presente texto apresentar toda a complexidade do processo de planejamento em saúde. As observações que se seguem sobre o levantamento de necessidades de atenção em saúde e de utilização de parâmetros devem ser entendidas como alerta para alguns aspectos importantes relacionados ao tema, que, entretanto, não podem ser tomados isoladamente e devem estar inseridos no planejamento global de saúde dos estados ou das regiões.

Assim, pressupõe-se que a determinação das necessidades de serviços e ações de saúde de média e alta complexidade inicia-se com o levantamento geral de informações sobre a situação de saúde da área de interesse, com o conhecimento dos principais problemas de saúde e das necessidades da população, com a definição de prioridades, como referido por diversos autores que tratam do tema no Brasil.

O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde. (TANCREDI F. B; BARRIOS S.R.L; FERREIRA J.H.G., 1998)

A análise da situação de saúde consiste no processo de identificação, formulação, priorização e explicação de problemas de saúde da população que vive e/ou trabalha em um território. (ABDON C.; FERREIRA M.C.; TEIXEIRA C., 2002)

Após o conhecimento da situação de saúde e da oferta de serviços de saúde já exis-

tentes, devem-se elaborar propostas de intervenção, envolvendo reorientação da estrutura do sistema, modificação, ampliação ou criação de novos serviços, bem como de programas de saúde a serem desenvolvidos em cada região, abrangendo todos os níveis de atenção, atentando para as necessidades de otimizar custos, aumentar a eficiência na realização dos atendimentos, com o objetivo final de melhoria dos níveis de saúde da população e de seu bem-estar:

Não devemos nos esquecer de que no setor da saúde gerenciamos recursos escassos para necessidades ilimitadas. Gerenciar esses recursos de forma adequada nos remete à responsabilidade de planejar adequadamente, de modo que os objetivos operacionais converjam em direção à realidade sanitária dos cidadãos que utilizam esses serviços. (TANCREDI F. B.; BARRIOS S. R. L.; FERREIRA J.H.G., 1998)

Feitas essas ressalvas, podemos apontar alguns aspectos da prestação de serviços de saúde que indicam a necessidade de ampliação da atenção de média e alta complexidade em uma dada região.

2.1.1 Problemas levantados junto aos serviços de saúde existentes e à população

Os profissionais dos serviços de atenção primária – Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Pronto Atendimento (PA) e Pronto-Socorro (PS), entre outros – são importante fonte de detecção de necessidades de saúde não atendidas. Relatos dos pacientes de dificuldades na realização de exames diagnósticos, consultas de especialidades ou marcação para realização de procedimentos (diagnósticos ou terapêuticos) nas unidades de referência municipais ou regionais permitem às equipes de atenção primária em saúde mapear pontos de “estrangulamento” no sistema de saúde.

O mesmo pode ser dito de queixas diretas da população, por meio de ouvidorias, centrais telefônicas de atendimento aos cidadãos, imprensa e mesmo nos próprios serviços de referência, sobre filas de espera prolongadas que detectam a demanda reprimida para os procedimentos.

Para o conhecimento da realidade da atenção em saúde, ainda se podem realizar inquéritos e pesquisas domiciliares periódicas.

2.1.2 Levantamento de necessidades por parâmetros estabelecidos

Outra maneira de avaliar as necessidades de atendimentos de saúde e a capacidade dos serviços instalados é pela utilização de parâmetros técnicos de necessidades de saúde da população e de produtividade de serviços de saúde. A dificuldade na utilização de parâmetros técnicos encontra-se, em muitos casos, na elaboração que é feita basea-

da em regiões ou serviços de saúde com realidades epidemiológicas e sociais bastante diferentes daquelas regiões em que são aplicadas, com resultados inadequados para orientar os planejadores.

Há que se ter aqui o bom senso de se utilizarem os parâmetros como orientação geral, mas jamais como “camisa de força”, sempre buscando compará-los com o conhecimento que se tem da realidade de saúde local. Especificamente no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 1.101/2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, com o objetivo de analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, auxílio na elaboração do planejamento de saúde e no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados.

A portaria abrange um conjunto de parâmetros de cobertura para estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, e parâmetros de produtividade destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles humanos, materiais ou físicos. O processo de levantamento de necessidades de serviços e ações de saúde de uma dada região também deve levar em conta as recomendações desenvolvidas a partir da medicina baseada em evidências e buscar a elaboração de protocolos clínicos que indiquem os principais procedimentos diagnósticos e terapêuticos para as doenças mais comuns.

Tal medida se destaca para os problemas de saúde crônico-degenerativos, que dependem frequentemente de procedimentos de média e alta complexidade, evitando-se, assim, a ampliação dos custos do sistema, devido à falta de planejamento racional, a realização desnecessária e ineficiente de exames ou a utilização incorreta de medicamentos e procedimentos terapêuticos, que, além da elevação de custos para o sistema, pode ser prejudicial aos pacientes.

O Ministério da Saúde publicou, em 2006, as diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, que contém parâmetros assistenciais por área programática, com objetivo de subsidiar as Secretarias de Saúde no processo de elaboração da Programação Pactuada e Integrada.

Conforme aponta relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), existem investimentos equivocados em relação ao gerenciamento das condições crônicas, devido a múltiplos fatores, incluindo a influência indevida de grupos profissionais e da indústria privada. O relatório salienta, ainda, a falta de planejamento racional e as distorções provocadas: “as intervenções de cunho eminentemente biomédico, que quase sempre favorecem o uso de tecnologia médica e fármacos, são evidenciadas em detrimento de estratégias de baixa tecnologia” (OMS, 2002).

2.2 Diagnóstico da situação assistencial de média e alta complexidade

Tendo levantado as necessidades e a capacidade produtiva dos serviços de saúde existentes, podemos encontrar quatro situações distintas, que demandam soluções específicas dos gestores.

2.2.1 Inexistência de determinados procedimentos de saúde em uma região

Pode ocorrer que não exista oferta de determinados serviços, seja na rede pública ou na rede privada de saúde de uma dada região. Nessa situação cabe analisar se a região comporta investimentos para a criação de uma nova unidade, como, por exemplo, de diagnóstico por imagem com tomógrafo, ressonância magnética e outros equipamentos, ou de cirurgias especializadas, transplantes etc.

Se houver necessidade suficiente de procedimentos na região (dependente da densidade populacional e dos programas de saúde em desenvolvimento), que permitam a utilização eficiente e o custeio do equipamento em questão (viabilidade econômica), sua inclusão deverá ser feita no Plano Diretor de Investimento (PDI) regional.

Outras soluções podem ser apontadas, principalmente para procedimentos mais raros, como a utilização de referências em outras regiões ou mesmo em outros estados da Federação, sendo necessária, nesse caso, a pactuação interestadual ou nacional.

Finalmente, é necessário analisar os tipos de procedimentos (frequência e urgência com que devem ser utilizados pelos pacientes) e os meios de deslocamento disponíveis para o acesso da população, a fim de definir a melhor estratégia a ser utilizada na estruturação dos serviços.

2.2.2 Insuficiência dos serviços de saúde existentes

Nesse caso, existem unidades que realizam o procedimento, mas verifica-se sua incapacidade de atendimento à demanda. Essa situação costuma surgir com frequência pelo próprio desenvolvimento do SUS e o aumento da cobertura da atenção primária em saúde. A ampliação do acesso da população aos serviços médicos básicos implica naturalmente maiores necessidades de exames, medicamentos específicos, procedimentos terapêuticos etc, por doenças que não eram sequer detectadas anteriormente.

O PDI deve refletir os investimentos que deverão ocorrer para a ampliação ou implantação de serviços, baseado nas necessidades assistenciais da região e no âmbito do Estado. Porém, se constatada invasão de usuários de outra região, fato que pode dificultar o planejamento das necessidades de serviços de saúde, pois nem sempre existem dados

ou informações precisas sobre o volume desses atendimentos, é preciso pactuar com os demais gestores correspondentes, buscando soluções que evitem o subdimensionamento ou a oferta excessiva de serviços.

2.2.3 Capacidade existente e adequada (física e humana), mas com insuficiência de recursos financeiros para custeio

Situação comum nos grandes centros que, tradicionalmente, possuem muitos serviços de saúde instalados com capacidade superior à da demanda existente no momento em que foram construídos. Com o crescimento da demanda decorrente da implementação do SUS, essa capacidade poderia ser utilizada plenamente, mas encontra barreira na ausência de crescimento dos recursos financeiros do sistema.

Trata-se aqui de problema diferente dos anteriores, mais dependente das condições políticas e das forças de pressão para ampliação dos gastos públicos em saúde. A regulamentação e aplicação plena da Emenda Constitucional n. 29/2000, que determina o volume de recursos mínimos a serem aplicados em saúde nas esferas federal, estadual e municipal, podem auxiliar na obtenção de mais recursos necessários para a saúde.

Contudo, é preciso análise da pertinência no aumento de gastos públicos com saúde, por ampliação dos procedimentos realizados. Um grande complicador na área da saúde é o enorme complexo industrial médico/farmacêutico existente, com empresas de caráter multinacional com monopólios, domínios de patente, grande poder no estabelecimento de preços e na indução do consumo, pela atuação direta junto aos médicos e pacientes.

Portanto, a ampliação de gastos deve se pautar pelo planejamento de necessidades e prioridades de saúde, locais ou regionais, e não pelo estímulo externo ou de prestadores, decorrente das necessidades empresariais do setor.

2.2.4 Oferta de serviços superior às necessidades

Realidade comum em muitas regiões do país, que não planejaram adequadamente sua infraestrutura em saúde ou a constituíram em outras épocas, com necessidades diferentes. A própria evolução das técnicas em saúde torna determinados procedimentos menos necessários que anteriormente. Por exemplo, em todo o mundo existe tendência de gradativa redução do tempo de internação para diversas patologias, que passam a ser tratadas prioritariamente em recursos ambulatoriais.

A rede hospitalar pode tornar-se excessiva em número de leitos, com baixa taxa de ocupação e inviabilidade econômica. Outra situação frequente é a dos pequenos hospitais com baixa capacidade resolutiva.

Finalmente, muitas vezes ocorrem investimentos na rede privada, lucrativa ou filantrópica de saúde, com aquisição de custosos equipamentos, estimulados pela força do complexo industrial médico, cujas entidades, devido às dificuldades de financiamento, passam a exigir o aumento da participação ou de recursos públicos do SUS.

Deve-se dar atenção ao problema, evitando a proliferação ineficiente de unidades e recursos de saúde, que pode inviabilizar a sustentação financeira do SUS. Problemas reais foram constatados no processo de municipalização em diversas regiões do Brasil, no qual os municípios expandem a atenção médica sem nenhuma articulação regional, com desperdício de recursos públicos, gerados pela ineficiência na prestação da assistência, com serviços de saúde (hospitais) atendendo com baixa taxa de ocupação, aparelhos de apoio laboratorial (como ultrassom) trabalhando com ociosidade, dentre outros problemas. (MENDES, 2001)

2.3 Fluxo geral de credenciamento/habilitação dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS

2.3.1 Natureza dos serviços de saúde que integram o SUS

Tendo procedido ao planejamento de saúde de sua região, os gestores do SUS necessitam integrar os serviços de saúde no sistema segundo suas normas vigentes, por meio de seu credenciamento ou habilitação, tornando-os serviços públicos de saúde. Os serviços, para serem credenciados ou habilitados para a prestação de serviços de média ou de alta complexidade, podem ser federais, estaduais ou municipais, da administração direta, indireta ou fundacional.

A iniciativa privada pode participar do SUS, de forma complementar, com preferência para as entidades filantrópicas. A participação se dá mediante convênio (serviços filantrópicos) ou contrato de prestação de serviços de saúde (entidades lucrativas) firmado com o gestor do SUS (estadual ou municipal). Integrados ao SUS, as entidades privadas submeter-se-ão a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor público correspondente, conforme as atribuições pactuadas nos Termos de Compromisso de Gestão.

2.3.2 Critérios para escolher os serviços

O gestor público deve utilizar critérios bem definidos na escolha de um serviço, adotando parâmetros gerais ou específicos, de cada uma das políticas de atenção à saúde, bem como de outras normas técnicas de credenciamento elaboradas pelo Ministério da Saúde. Resumidamente e, em acréscimo ao que já foi dito anteriormente, os principais critérios são:

- » população a ser atendida;
- » necessidade de cobertura assistencial;
- » mecanismos de acesso com fluxos de referência e contrarreferência;
- » capacidade técnica e operacional dos serviços (de acordo com as normas técnicas específicas, se houver);
- » série histórica de atendimentos realizados e identificação de demanda reprimida;
- » integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares que compõem a rede de assistência;
- » disponibilidade de financiamento.

2.3.3 Avaliação inicial e documentação necessária

O processo de credenciamento ou habilitação deve inicialmente avaliar os serviços de saúde, para verificar se obedecem a todas as normas vigentes no SUS. Essa verificação deve garantir o levantamento de todas as condições de funcionamento do mesmo, com vistas à qualidade e adequação dos serviços que estão sendo contratados/conveniados.

Finalmente, o processo deverá ser instruído com a documentação que se segue:

- » O serviço será registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo gestor local, mediante avaliação *in loco* e preenchimento de formulário específico e alimentação do sistema junto ao Datasus, com rotina de atualização de dados.
- » Inicia-se um processo com a solicitação por parte do estabelecimento de saúde ao gestor do SUS para integrar o sistema, ofertando os serviços, ou ainda, por proposta deste ao estabelecimento.
- » Instrução do expediente com a análise preconizada na fase de planejamento (estimativa de necessidade com base na população e distribuição geográfica). Quando não houver justificativas para o credenciamento pleiteado, arquivam-se estes, dando ciência ao interessado e, se comprovada a necessidade, dá-se sequência ao processo.
- » Documentação comprobatória do cumprimento das exigências específicas para credenciamento/habilitação de cada política, separando a documentação nos seguintes blocos: recursos humanos (relação, escalas, títulos, responsáveis técnicos etc.); estrutura física (especificação, plantas, croquis etc.); equipamentos (declaração de posse ou outro documento comprobatório); serviços existentes (de acordo com as

exigências, próprios ou as referências formais); comissões exigidas (relação dos membros e atas); alvará ou licença de funcionamento expedida pela Anvisa (cópia do documento vigente); número do CNES, oferta de serviços ao SUS (especificando os procedimentos e o quantitativo mensal) e demais documentos exigidos.

- » Relatório de Vistoria realizada *in loco* pela Vigilância Sanitária, com avaliação das condições de funcionamento da unidade, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) ou outra norma técnica vigente.
- » Encaminhamento do *check list* específico de cada área assistencial, como, por exemplo, UTI, neurologia, cardiologia, preenchido *in loco*, pela equipe de planejamento da Secretaria de Saúde municipal e/ou estadual.
- » Parecer conclusivo do gestor, e sendo em serviço sob gestão municipal, além do parecer do gestor municipal deverá constar ainda manifestação expressa do gestor estadual.
- » Manifestação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovando o credenciamento e informando o impacto financeiro no custeio da unidade.

O processo ficará sob responsabilidade e guarda do gestor do SUS e disponível para o Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

A Portaria GM/MS n. 598/2006 estabelece que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das CIBs. Trata-se da descentralização dos processos administrativos prevista no Pacto de Gestão. As primeiras atividades a serem descentralizadas de acordo com a portaria são os credenciamentos de leitos de UTI, planos de ação e credenciamento do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) e credenciamento dos serviços de média e alta complexidade que tem políticas vigentes, sendo que para cada área a documentação exigida é a seguinte:

- » Área hospitalar – credenciamento de leitos de UTI – após aprovação na CIB será encaminhado ao Ministério da Saúde o Ofício CIB (com o nome do hospital, CNPJ, CNES, número de leitos a serem credenciados, tipo e especialidade), acompanhado da Resolução/Deliberação CIB que o aprovou.
- » Saúde do Trabalhador – aprovação do Plano de Ação e credenciamento do Cerest. Após aprovação na CIB deve ser encaminhado ao Ministério da Saúde o Ofício CIB (com cópia do Plano de Ação), acompanhado da Resolução/Deliberação CIB que aprovou o plano e o credenciamento.
- » Média e alta complexidade – após aprovação na CIB serão encaminhados ao Ministério da Saúde o Ofício CIB acompanhado da Resolução/Deliberação CIB que

aprovou o credenciamento, cópia do *check list* (específico para cada área) e informações sobre o impacto financeiro.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), é o órgão responsável pela publicação da habilitação do serviço no Diário Oficial da União e inclusão dessa habilitação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). A Portaria SAS/MS n. 629/2006 descentraliza para os gestores estaduais e municipais a habilitação de alguns serviços no CNES.

2.4 Financiamento dos serviços de saúde de média e alta complexidade para prestação de serviços no SUS

2.4.1 Blocos de financiamento

A Portaria GM/MS n. 204/2007 estabeleceu que o financiamento e a transferência dos recursos federais destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento:

- I. Atenção básica – composto do PAB fixo e PAB variável;
- II. Atenção de média e alta complexidade – composto pelo MAC e pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec);
- III. Vigilância em saúde – composto pelos componentes da vigilância epidemiológica e ambiental e da vigilância sanitária em saúde;
- IV. Assistência farmacêutica – abrange três componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; especializado da assistência farmacêutica;
- V. Gestão do SUS – destina-se a apoiar a implementação de ações e serviços que contribuam para a organização e eficiência do sistema. É constituído de dois componentes: qualificação da gestão do SUS; e implantação de ações e serviços de saúde.

Em abril de 2009 foi publicada a Portaria GM/MS n. 837 que cria o sexto bloco de financiamento – Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde –, que é composto por recursos financeiros federais que serão transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais e Municipais exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

No ano de 2009 os Blocos de Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica tiveram modificações que estão relatadas respectivamente nos Livros 5, 6 e 7 desta coleção.

2.4.2 Média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

Os procedimentos de média e de alta complexidade são financiados com recursos do teto MAC e também pelo Faec, conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Na Portaria GM/MS n. 204/2007 estava previsto que os recursos atualmente destinados ao custeio de procedimentos financiados por meio do Faec (exceto transplantes, procedimentos realizados por Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CN-RAC), ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário e novos procedimentos até a definição de sua série histórica para sua incorporação ao MAC) serão incorporados gradativamente ao limite financeiro da média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios, em ato normativo específico, observando as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

2.4.3 Procedimentos Financiados por meio do FAEC – competência setembro de 2010

Os procedimentos financiados por meio do Faec na competência setembro de 2010, conforme informações do Ministério da Saúde, são os seguintes:

Mamografia bilateral para rastreamento

Consulta para diagnóstico de glaucoma (tonometria, fundoscopia e campimetria)

Treino de orientação e mobilidade

Avaliação multiprofissional em deficiência visual

Atendimento/acompanhamento em reabilitação visual

Acolhimento noturno de paciente de centro de atenção psicossocial a álcool e drogas iii

Acompanhamento de paciente pós-gastroplastia

Acompanhamento de paciente no processo transexualizador (por atendimento)

Administração hormonal (valor mensal)

Acompanhamento e avaliação de glaucoma por fundoscopia e tonometria

Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma binocular (1ª linha)

Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma binocular (2ª linha)

Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma binocular (3ª linha)

Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma monocular (1ª linha)

Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma monocular (2ª linha)

Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma monocular (3ª linha)

Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma situação a c/ acetazolamida mono/binocular
Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma situação b c/ pilocarpina monocular
Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma situação b c/ uso de pilocarpina binocular
Consulta oftalmológica - projeto olhar brasil
Tratamento a pacientes que fazem uso de cocaína e derivados em hospital de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas - por dia
Tratamento de pacientes que fazem uso de cocaína e derivados com comorbidade em hospital de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas - por dia
Implantação de halo para radiocirurgia
Radiocirurgia - um isocentro
Radioterapia estereotáxica fracionada
Quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal avançado
Quimioterapia de carcinoma do fígado ou do trato biliar avançado
Quimioterapia de neoplasia maligna do timo avançada
Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase blástica - marcador positivo - sem fase crônica ou de transformação anterior (1ª linha).
Quimioterapia da leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo - 1ª linha.
Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase de transformação - marcador positivo - sem fase crônica anterior (1ª linha)
Quimioterapia de leucemia mieloide crônica em fase crônica - marcador positivo - 2ª linha
Diálise peritoneal intermitente dpi (1 sessão por semana - excepcionalidade)
Diálise peritoneal intermitente dpi (máximo 2 sessões por semana)
Hemodiálise i (máximo 1 sessão por semana - excepcionalidade)
Hemodiálise i (máximo 3 sessões por semana)
Hemodiálise i em portador de hiv (excepcionalidade - máximo 1 sessão por semana)
Hemodiálise i em portador de hiv (máximo 3 sessões por semana)
Hemodiálise ii (máximo 1 sessão por semana - excepcionalidade)
Hemodiálise ii (máximo 3 sessões por semana)
Hemodiálise ii em portador de hiv (máximo 3 sessões por semana)
Hemodiálise ii em portador do hiv (excepcionalidade - máximo 1 sessão por semana)
Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a dpa/dpac
Treinamento de paciente submetido a diálise peritoneal - dpac/dpa (9 dias)
Redesignação sexual - 2º tempo

Angioplastia intraluminal de vasos das extremidades (c/ stent recoberto)

Correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta abdominal c/
endoprótese reta/cônica

Correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta abdominal e ilíacas c/
endoprótese bifurcada

Correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta torácica c/
endoprótese reta ou cônica

Correção endovascular de aneurisma / dissecação das ilíacas c/ endoprótese tubular

Oclusão percutânea endovascular de artéria/veia

Tratamento endovascular de fístulas arteriovenosas

Tratamento endovascular do pseudoaneurisma

Gastrectomia c/ ou s/ desvio duodenal

Gastroplastia c/ derivação intestinal

Gastroplastia vertical c/ banda

Redesignação sexual - 1º tempo

Dermolipectomia abdominal pós-gastroplastia

Dermolipectomia braquial pós-gastroplastia

Dermolipectomia crural pós-gastroplastia

Mamoplastia pós-gastroplastia

Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais

Procedimentos sequenciais de cirurgia plástica reparadora pós-gastroplastia

Alcoolização percutânea de carcinoma hepático

Tratamento de carcinoma hepático por radiofrequência

Quimioembolização de carcinoma hepático

Confecção de fístula arteriovenosa c/ enxertia de politetrafluoretileno (ptfe)

Confecção de fístula arteriovenosa c/ enxerto autólogo

Confecção de fístula arteriovenosa p/ hemodiálise

Implante de cateter de longa permanência p/ hemodiálise

Implante de cateter duplo lúmen p/hemodiálise

Implante de cateter tipo tenckhoff ou similar p/ dpa/dpac

Implante de cateter tipo tenckhoff ou similar p/dpi

Intervenção em fístula arteriovenosa

Ligadura de fístula arteriovenosa

Retirada de cateter tipo tenckhoff / similar de longa permanência
Coleta de sangue em hemocentro p/ exames de histocompatibilidade (cadastro de doador no redome)
Identificação de doador aparentado de células-tronco hematopoéticas 1ª fase (por doador tipado)
Identificação de doador aparentado de células-tronco hematopoéticas 2ª fase (por doador tipado)
Identificação de doador aparentado de células-tronco hematopoéticas 3ª fase (por doador tipado)
Identificação de doador não aparentado de células-tronco hematopoéticas 1ª fase (por doador tipado)
Identificação de doador não aparentado de células-tronco hematopoéticas 2ª fase (por doador tipado)
Identificação de doador voluntário de célula tronco-hematopoética cadastrado no redome/inca - complementação da 1ª fase
Identificação de doador voluntário de células-tronco hematopoética de doadores cadastrados no redome/inca - complementação da 2ª fase
Confirmação de tipificação de doador de medula óssea ou de outros precursores hematopoéticos - 3ª fase
Identificação de receptor de células-tronco hematopoéticas - 1ª fase
Identificação de receptor de células-tronco hematopoéticas - 2ª fase
Confirmação de tipificação de receptor de medula óssea ou de outros precursores hematopoéticos - 3ª fase
Coleta, acondicionamento e transporte internacional de células-tronco hematopoéticas de medula óssea p/ transplante
Fornecimento, acondicionamento e transporte internacional de células-tronco hematopoéticas de cordão umbilical p/ transplante
Fornecimento, acondicionamento e transporte internacional de linfócitos de doador não aparentado p/ transplante
Identificação internacional de doador não aparentado de células-tronco hematopoéticas 1ª fase (por doador tipado)
Identificação internacional de doador não aparentado de células-tronco hematopoéticas 2ª fase (por doador tipado)
Coleta e acondicionamento de medula óssea no brasil para transplante autogênico ou de doador aparentado ou não aparentado
Mobilização, coleta e acondicionamento de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico no brasil para transplante autogênico ou de doador aparentado ou não aparentado
Transporte de medula óssea ou de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico no brasil de doador não aparentado
Processamento de criopresevação de medula óssea ou de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico no brasil para transplante autogênico
Fornecimento e acondicionamento e transporte no brasil de linfócitos de doador não aparentado

Coleta, identificação, testes de segurança, processamento, armazenagem e fornecimento de células-tronco hematopoéticas de cordão umbilical e placentário

Tranporte de unidades de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical e placentário no brasil

Autoprova cruzada em receptor de rim (auto cross match)

Identificação de doador falecido de rim / pâncreas e rim-pâncreas

Identificação de doador vivo de rim 1ª fase (por doador tipado)

Identificação de doador vivo de rim 2ª fase (por doador tipado)

Prova cruzada em doador vivo contra linfócitos t ou b c/ absorção de plaquetas (cross match)

Provas cruzadas em doador falecido (cross match)

Provas cruzadas em doador vivo de rim (cross match)

Avaliação de reatividade do receptor contra painel de classe i ou classe ii (mínimo 30 linfócitos)

Identificação de receptor de rim / pâncreas e rim-pâncreas

Avaliação de reatividade contra painel - classe i ou classe ii (mínimo 30 linfócitos)

Angiografia cerebral p/ diagnóstico de morte encefálica (4 vasos)

Cintilografia radioisotópica cerebral p/ diagnóstico de morte encefálica

Ecodoppler colorido cerebral p/ diagnóstico de morte encefálica

Eletroencefalograma p/ diagnóstico de morte encefálica

Sorologia de possível doador de córnea e esclera

Sorologia de possível doador de órgão ou tecido exceto córnea

Tipagem sanguínea abo e outros exames hematológicos em possível doador de órgãos

Exames para a inclusão em lista de candidatos a transplante de coração

Exames para inclusão em lista de candidatos a transplante de fígado

Exames para inclusão em lista de candidatos a transplante de pâncreas, pulmão ou rim

Exames para inclusão em lista de candidatos a transplante conjugado de pâncreas e rim

Exames para investigação clínica no doador vivo de rim, fígado ou pulmão - 1ª fase.

Exames para investigação clínica no doador vivo de fígado -complementação da 1ª fase.

Exames para investigação clínica no doador vivo de rim - complementação da 1ª fase.

Exames para investigação clínica no doador vivo de pulmão -complementação da 1ª fase

Biópsia e exame anátomo-citopatológico em paciente transplantado

Contagem de cd4/cd3 em paciente transplantado

Dosagem de ciclosporina (em paciente transplantado)

Dosagem de sirolimo (em paciente transplantado)
Dosagem de tacrolimo (em paciente transplantado)
Exames de radiologia em paciente transplantado
Exames microbiológicos em paciente transplantado
Sorologia em paciente transplantado
Ultrassonografia de órgão transplantado
Avaliação clínica de morte encefálica em maior de 2 anos
Avaliação clínica de morte encefálica em menor de 2 anos
Ações relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células
Acoes relacionadas à doação de órgãos, tecidos e células realizadas por equipe de outro estabelecimento de saúde
Captação de órgão efetivamente transplantado
Hepatectomia parcial p/ transplante (doador vivo)
Nefroureterectomia unilateral p/ transplante
Manutenção hemodinâmica de possível doador e taxa de sala p/ retirada de órgãos
Retirada de coração (para transplante)
Retirada de coração p/ processamento de válvula / tubo valvado p/ transplante
Retirada de fígado (para transplante)
Retirada de globo ocular uni / bilateral (p/ transplante)
Retirada de pâncreas (para transplante)
Retirada de pulmões (para transplante)
Retirada uni / bilateral de rim (para transplante) - doador cadáver
Retirada de tecido ósteo-fascio-condro-ligamentoso
Retirada de pele para transplante
Coordenação de sala cirúrgica p/ retirada de órgãos e tecidos p/ transplante
Deslocamento interestadual de equipe profissional p/ retirada de órgãos
Deslocamento de equipe profissional p/ retirada de órgãos - intermunicipal
Diária de unidade de terapia intensiva de provável doador de órgãos
Entrevista familiar p/ doação de órgãos de doadores em morte encefálica
Entrevista familiar para doação de tecidos de doadores com coração parado
Contagem de células endoteliais da córnea
Processamento de córnea / esclera
Separação e avaliação biomicroscópica da córnea

Processamento de tecido musculoesquelético (05-25 gr)
Processamento de tecido musculoesquelético (101-200 gr)
Processamento de tecido musculoesquelético (201-300 gr)
Processamento de tecido musculoesquelético (26-50 gr)
Processamento de tecido musculoesquelético (51-100 gr)
Processamento de tubo valvado cardíaco humano
Processamento de válvula cardíaca humana
Processamento de pele em glicerol (até 1.000 Cm ²) para adulto
Processamento de pele em glicerol (até 500 cm ²) infantil
Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea - aparentado
Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea - não aparentado
Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical de aparentado
Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue de cordão umbilical de não aparentado
Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico - aparentado
Transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico - não aparentado
Transplante autogênico de células-tronco hematopoéticas de medula óssea
Transplante autogênico de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico
Transplante de córnea
Transplante de córnea (em cirurgias combinadas)
Transplante de córnea (em reoperações)
Transplante de esclera
Participação de equipe nefrológica em transplante renal de doador falecido
Participação de equipe nefrológica em transplante renal de doador vivo
Participação de equipe nefrológica em transplante simultâneo de pâncreas e rim
Transplante de coração
Transplante de fígado (órgão de doador falecido)
Transplante de fígado (órgão de doador vivo)
Transplante de pâncreas
Transplante de pulmão
Transplante de rim (órgão de doador falecido)

Transplante de rim (órgão de doador vivo)
Transplante simultâneo de pâncreas e rim
Acompanhamento de paciente pós-transplante de córnea
Acompanhamento de paciente pós-transplante de rim, fígado, coração, pulmão, células-tronco hematopoéticas e/ou pâncreas
Acompanhamento de doador vivo pós-doação de fígado, pulmão ou rim
Acompanhamento de pacientes no pré-transplante de órgãos
Avaliação do doador de órgãos ou tecidos para transplantes
Intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas - não aparentado (hospital dia)
Intercorrência pós-transplante autogênico de células-tronco hematopoéticas (hospital dia)
Tratamento de intercorrência pós-transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas de aparentado (hospital dia)
Tratamento de intercorrência pós-transplante de órgãos / células-tronco hematopoéticas
Basiliximabe 20 mg injetável (por frasco-ampola) p/ transplante
Ciclosporina 10 mg p/ transplante (por cápsula)
Ciclosporina 100 mg p/ transplante (por cápsula)
Ciclosporina 25 mg p/ transplante (por cápsula)
Ciclosporina 50 mg p/ transplante (por cápsula)
Daclizumabe 5 mg/ ml injetável p/ transplante (por frasco de 5 ml)
Imunoglobulina equina antilinfócitos 100 mg injetável p/transplante (por frasco-ampola 0,5 ml)
Imunoglobulina hiperimune anti-hbs - p/ transplante (frasco-ampola 2 ml e 10 ml)
Imunoglobulina obtida/coelho antitimócitos humanos 100 mg injetável p/ transplante (por frasco-ampola 0,5 ml)
Imunoglobulina obtida/coelho antitimócitos humanos 25 mg injetável p/transplante (por frasco-ampola 0,5 ml)
Imunoglobulina obtida/coelho antitimócitos humanos 200 mg injetável p/ transplante (por frasco-ampola 10 ml)
Metilprednisolona 500mg injetável p/transplante (por frasco-ampola)
Micofenolato de mofetila 500 mg p/ transplante (por comprimido)
Micofenolato de sódio 360 mg p/ transplante (por comprimido)
Muromonabe cd3 5 mg injetável p/transplante (por frasco-ampola de 0,5 ml)
Sirolimo 1 mg p/ transplante (por drágea)
Sirolimo 1 mg/ml solução oral p/ transplante (por frasco de 60 ml)
Sirolimo 2 mg p/ transplante (por drágea)

Tacrolimo 0,5 mg p/ transplante (frasco-ampola)
Tacrolimo 1 mg p/ transplante (por cápsula)
Tacrolimo 5 mg p/ transplante (por cápsula)
Micofenolato de sódio 180 mg p/ transplante (por comprimido)
Óculos monofocais - projeto olhar brasil
Óculos bifocais - projeto olhar brasil
Cateter de longa permanência p/ hemodiálise
Cateter p/ subclávia duplo lúmen p/ hemodiálise
Cateter tipo tenckhoff / similar de longa permanência p/ dpi/dpac/dpa
Conjunto de troca troca p/ dpa (paciente-mês c/ instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora)
Conjunto de troca p/ paciente submetido a dpa (paciente-15 dias c/ instalação domiciliar e manutenção de máquina cicladora)
Conjunto de troca p/ paciente submetido a dpac (paciente-mês) correspondente a 120 unidades
Conjunto de troca p/ treinamento de paciente submetido a dpa / dpac (9 dias) correspondente a 36 unidades
Conjuntos de troca p/ paciente submetido a dpac (paciente-15 dias)
Dilatador p/ implante de cateter duplo lúmen
Guia metálico p/ introdução de cateter duplo lúmen
Líquido de preservação de coração p/ transplante (litro)
Líquido de preservação de fígado p/ transplante (litro)
Líquido de preservação de pâncreas p/ transplante (litro)
Líquido de preservação de pulmão p/ transplante (litro)
Líquido de preservação de rim p/ transplante (litro)
Líquido de preservação para transplante da córnea (20 ml)

FONTE: Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – MS/SAS

2.4.4 Procedimentos financiados com recursos do limite financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)

a. No SIA:

- » todos os procedimentos da tabela SIA/SUS classificados como atenção de média e alta complexidade que não estão sendo custeados pelo Faec;

b. No SIH:

- » todos os procedimentos da tabela SIH/SUS, classificados como atenção de média e alta complexidade que não estão sendo custeados pelo Faec.

2.4.5 Critérios para aplicação de recursos financeiros de média e alta complexidade

A Portaria GM/MS n. 204/2007 estabelece que os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco. Os recursos referentes ao bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar devem ser utilizados considerando que fica vedada a sua utilização para pagamento de servidores inativos; servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo plano de saúde; gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo plano de saúde; pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Não há impedimento para que os gestores utilizem os recursos advindos da prestação de serviços da própria rede estadual/municipal, nas situações descritas acima.

2.5 Avaliação, controle e auditoria dos serviços do SUS

Uma vez que os serviços de saúde de média e alta complexidade necessários ao SUS, em uma dada região, tenham sido identificados, credenciados e contratados, os gestores do sistema devem manter o acompanhamento das ações de saúde prestadas. A avaliação como atividade integrante do planejamento, os sistemas de informação, bem como o sistema de auditoria do SUS serão abordados em outros volumes desta coleção, aprofundando conceitos. Apontamos aqui alguns aspectos do assunto apenas para facilitar a compreensão dos demais capítulos do presente trabalho, que tratam diretamente dos serviços de alta complexidade do SUS.

2.6 Sistemas de informação do SUS

Os sistemas de informação em saúde são parte integrante do sistema de saúde, fazem parte de sua estrutura organizacional e devem contribuir para que a gestão da saúde (em qualquer nível) cumpra suas finalidades institucionais. Existem no SUS diversos sistemas de informação, entre os quais destacamos alguns que podem trazer

aos gestores informações de caráter estatístico-epidemiológico, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) e o Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan).

Outro conjunto de sistemas apresenta as informações clínico-administrativas, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o Sistema de Informações de Atenção Básica (Siab), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – que reúne as informações cadastrais obrigatórias de todos os serviços de saúde públicos e privados, sejam ou não integrantes do SUS.

Importante ferramenta para o conhecimento dos procedimentos e atendimentos do SUS é o Cartão Nacional de Saúde, cuja implantação foi adiada e está sendo retomada lentamente. Entretanto, como afirmamos anteriormente, o número do Cartão Nacional de Saúde dos usuários é obrigatório em alguns procedimentos.

São apresentados, a seguir, alguns aspectos dos sistemas de informação citados, importantes para a área de assistência de média e alta complexidade.

2.6.1 Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

O sistema de informações utilizado para o registro da produção ambulatorial é um sistema informatizado, de envio obrigatório para todos os gestores que tenham serviços públicos ou privados sob sua gestão.

O SIA/SUS é composto pelo módulo de produção que tem como instrumentos de coleta de dados o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) e por um módulo de programação que tem como instrumento de coleta de dados a Ficha de Programação Orçamentária (FPO).

Em seu processamento, são utilizados outros bancos de dados, como é o caso do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Alguns procedimentos para serem cobrados/faturados necessitam de habilitação/credenciamento prévio, como é o caso da diálise, dos procedimentos de oncologia, entre outros.

A seguir, breve descrição dos instrumentos componentes do SIA/SUS.

2.6.1.1 BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (BPA)

O BPA é um registro mensal de todos os procedimentos realizados pelo estabelecimento de saúde. Contém informações como: código do procedimento, quantidade de ato realizado, faixa etária do paciente e outros.

2.6.1.2 FICHA DE PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (FPO)

A programação dos procedimentos tem por objetivo garantir a oferta de serviços aos usuários do SUS, levando em conta a necessidade da população (parâmetros de cobertura), a capacidade instalada da unidade (recursos humanos e equipamentos registrados no CNES) e a disponibilidade de recursos financeiros do gestor para a cobertura do que está sendo programado.

A FPO é uma importante ferramenta do planejamento e deve ser o resultado da Programação Pactuada e Integrada (PPI), elaborada pelo gestor e rateada para cada unidade, de acordo com as prioridades locais e a capacidade instalada. Registra o montante físico e financeiro acordado para cada procedimento.

2.6.1.3 AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO (APAC)

Apac é, ao mesmo tempo, instrumento de coleta de dados, cobrança de procedimento, de autorização e de informações epidemiológicas importantes.

Os laudos de solicitação de Apac podem apresentar modelos distintos de acordo com as especificidades de cada área/patologia. O gestor pode, ainda, alterar o modelo proposto, mas é obrigado a manter, no mínimo, a informação já contida nos modelos, ou seja, pode acrescentar informações, mas não suprimir nenhuma delas. A Apac é numerada com 13 dígitos (incluindo o dígito verificador), seguindo uma faixa numérica atribuída para cada Unidade da Federação pelo Ministério da Saúde. Compete ao gestor estadual a distribuição dessa faixa numérica entre os gestores municipais.

Atualmente a Apac é emitida por sistemas informatizados na maioria dos estados, não sendo mais necessária a confecção de impressos, cuja responsabilidade era do gestor estadual.

2.6.2 Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)

O SIH/SUS, utilizado para o registro das internações, é também um sistema informatizado, de envio obrigatório para todos os gestores que tenham serviços públicos ou privados sob sua gestão. O instrumento de coleta de dados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento emitido após análise do laudo de solicitação de internação. Até março de 2006, o processamento das informações do SIH era centralizado no Datasus e, a partir de abril de 2006, compete ao gestor estadual ou municipal o processamento por meio do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD).

Com a Portaria SAS/MS n. 743/2005, os modelos de laudos implantados foram revogados e propostos novos modelos, buscando padronização mínima de informações que

possibilite ampliar a capacidade de regulação, avaliação e controle dos serviços ofertados ao SUS. A critério do gestor, os modelos propostos podem ser alterados, desde que não suprimam as informações mínimas estabelecidas. Esses modelos de laudos podem ser obtidos para *download* no endereço eletrônico do Datasus (<http://sihd.datasus.gov.br> – na opção “documentação”).

Os gestores do SUS são obrigados a encaminhar as bases de dados do SIA e do SIHD mensalmente ao Datasus, conforme cronograma estabelecido periodicamente pelo Ministério da Saúde.

A Portaria GM/MS n. 699/2006, no Art. 7º, item b, determina que o não cumprimento da obrigatoriedade da alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, por dois meses consecutivos ou três meses alternados no prazo de um ano, implicará a suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para estados, Distrito Federal e municípios.

Os sistemas citados, em especial de produção (como, por exemplo, SIA e SIH), podem ter seus dados conhecidos para acompanhamento, na internet, no site do Departamento de Informática do SUS (Datasus), do Ministério da Saúde, em www.datasus.gov.br, por meio do tabulador TABNET, desenvolvido pelo próprio Datasus.

A unidade espacial mínima dos dados de internação ou ambulatoriais disponibilizados pelo Datasus é o município. Portanto, para análise dos dados por serviço, pelos gestores municipais e estaduais, devem ser utilizadas ferramentas como o tabulador TABWIN, disponibilizado pelo Datasus para análise direta dos bancos de dados, com as informações geradas mensalmente pelos próprios serviços.

2.6.3 Comunicação de Internação Hospitalar (CIH)


A Portaria GM/MS n. 221/1999 rege a CIH, que trata do registro de todas as internações ocorridas nas unidades hospitalares. A CIH foi reestruturada pela Portaria GM/MS n. 1.722/2005 e é de preenchimento obrigatório para todos os estabelecimentos hospitalares situados no território nacional, públicos ou privados, integrantes ou não do SUS, que terão que registrar todas as ocorrências de todos os eventos de internação hospitalar, independentemente da fonte de remuneração dos serviços prestados, para as internações não custeadas pelo SUS (já que estas são registradas e informadas no SIH). Para as internações custeadas pelo SUS, o hospital informa apenas o SIH.

As orientações de preenchimento da CIH, dos códigos utilizados para o registro dos dados da internação e as orientações para envio do arquivo da CIH encontram-se descritas nos anexos I, II e III da portaria referida anteriormente. O arquivo contendo essas


informações será enviado, mensalmente, pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, de acordo com as responsabilidades assumidas, ao Datasus, mesmo que nenhuma internação tenha ocorrido naquele mês. Nesse caso, conterà apenas a notificação zerada.


2.6.4 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O CNES é uma das bases de dados utilizadas pelo SIA e pelo SIH, sendo de responsabilidade do gestor estadual ou municipal a inclusão de unidades por meio da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (FCES), sua atualização e manutenção, de acordo com as responsabilidades de cada gestor. Para mais informações, leia o livro sobre Regulação em Saúde desta coleção.



3 COMPONENTES DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

- 3.1 Política Nacional de Atenção Cardiovascular**
 - 3.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva**
 - 3.3 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**
 - 3.4 Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade**
 - 3.5 Política Nacional de Atenção Oncológica**
 - 3.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**
 - 3.7 Política Nacional de Saúde Bucal**
 - 3.8 Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia**
 - 3.9 Política Nacional de Atenção às Urgências**
 - 3.10 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica**
 - 3.11 Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte**
 - 3.12 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**
 - 3.13 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**
 - 3.14 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**
 - 3.15 Política Nacional de Saúde Mental**
 - 3.16 Política Nacional de Atenção Integral Genética Clínica**
 - 3.17 Política Nacional de Oftalmologia**
- 



3 COMPONENTES DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

O objetivo do presente capítulo é apresentar os componentes de atenção de média e alta complexidade das principais Políticas Nacionais de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde. Pode-se observar que as políticas nacionais possuem recortes muito variados, por vezes baseados:

- » no tipo de problema de saúde (doença renal, doença neurológica, câncer, doenças cardiovasculares etc.);
- » no tipo específico de serviço de atenção (urgência/emergência, procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, traumatologia-ortopedia, pequenos hospitais);
- » em áreas de atenção (Saúde Bucal, Saúde do Portador de Deficiência etc);
- » em determinados segmentos populacionais (idosos, mulheres etc).

Quase todas as políticas envolvem a publicação de instrumentos normativos (portarias), pelo gestor federal, que integraram diversas normas esparsas anteriormente existentes, buscando criar uniformidade nas áreas abordadas, a fim de facilitar o entendimento. Entretanto, dados os diferentes recortes dessas políticas e as portarias que foram posteriormente publicadas para “regulamentar” cada área e tratar da organização dos serviços e procedimentos, principalmente de alta complexidade, a coletânea normativa permanece ainda complexa, exigindo, muitas vezes, a leitura de diversas normas para compreensão de uma área mais específica.

3.1 Política Nacional de Atenção Cardiovascular

As doenças crônicas degenerativas apresentaram um aumento significativo no Brasil e no restante do mundo. Entre elas, destacam-se as doenças cardiovasculares, que representam algumas das mais frequentes causas de morbimortalidade, acarretando ao SUS o consequente aumento pela demanda de procedimentos de alta complexidade em cardiologia.

O Ministério da Saúde editou e disponibilizou no endereço eletrônico de sua Secretaria de Atenção em Saúde (SAS), na internet (www.saude.gov.br/sas) – os Cadernos de Atenção Especializada, que tratam das políticas nacionais de atenção de alta complexida-

de, entre as quais o da atenção cardiovascular.

O documento apresenta um diagnóstico da situação cardiovascular de alta complexidade, com dados de morbimortalidade por causas, estimativas e cobertura por Unidade da Federação, baseados em dados do SIH/Datasus. A atenção cardiovascular no SUS envolve ações das três esferas. Deve ser estruturada, a partir da atenção primária, de forma regionalizada e hierarquizada, como está proposto pela Portaria GM/MS n. 1.169/2004, que instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.

3.1.1 Objetivos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade

Os principais objetivos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade são:

- » organizar uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (primária e especializada, de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências, privilegiando o atendimento humanizado;
- » constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral;
- » ampliar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças cardiovasculares;
- » desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção cardiovascular;
- » criar uma câmara técnica para acompanhar a implantação e implementação dessa política (criada por meio da Portaria SAS/MS n. 399/2004 e alterada pela Portaria SAS/MS n. 498/2004).

O Ministério da Saúde determinou à Secretaria de Atenção à Saúde que conceituasse as unidades de saúde que poderiam participar da rede de atenção cardiovascular, definisse seus papéis na atenção e determinasse a regulamentação técnica dos serviços, com a finalidade de orientar o credenciamento/habilitação.

3.1.2 Estruturação da rede estadual ou regional de atenção cardiovascular

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, estabeleceu um conjunto de regras e normas que devem ser cumpridas pelos gestores estaduais e municipais, para a implantação e o credenciamento dos serviços de alta complexidade em atenção cardiovascular. Foi editada a Portaria SAS/MS n. 210/2004, que conceituou serviços, estabele-

leceu prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a rede de atenção cardiovascular.

Essa rede deve ser composta por unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular e centros de referência em alta complexidade, que foram definidos como:

3.1.2.1 UNIDADE DE ASSISTÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

Unidade hospitalar que reúne condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção cardiovascular, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional.

A unidade de assistência cardiovascular, para ser credenciada ao SUS, deverá oferecer, obrigatoriamente:

- a. Ambulatório geral de cardiologia para pacientes externos.
- b. No mínimo, ter um dos conjuntos de serviços:
 - b.1 cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista;
 - b.2 cirurgia cardiovascular pediátrica;
 - b.3 cirurgia vascular;
 - b.4 cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos;
 - b.5 laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista.
- c. Execução integral dos procedimentos de média e alta complexidade relacionados a cada tipo de serviço.
- d. Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório continuado e específico.
- e. Atendimento em urgência e emergência em serviços habilitados para essa finalidade.

3.1.2.2 CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR

Unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular que exerce o papel de auxiliar, em caráter técnico, o gestor nas políticas de atenção cardiovascular, devendo: ser um hospital de ensino certificado, com estrutura de pesquisa e ensino organizado, com programas e protocolos estabelecidos; participar de forma articulada e integrada ao sistema local ou regional; ser capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; promover o desenvolvimento profissional em parceria com o gestor.

Os centros de referência deverão oferecer, no mínimo, quatro dos seguintes serviços de assistência em alta complexidade:

- » cardiovascular;
- » cardiovascular pediátrica;
- » cirurgia vascular;
- » procedimentos da cardiologia intervencionista;
- » procedimentos endovasculares extracardíacos e laboratório de eletrofisiologia. Para que possam realizar os procedimentos de implante cardiodesfibrilador transvenoso e multisítio deverão dispor de laboratório de eletrofisiologia e ambulatório de arritmia.

Os estados que não dispõem de serviços em quantidade suficiente, ou naqueles que inexistem serviços, poderão contar com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), para assegurar o acesso da população aos serviços de alta complexidade cardiovascular em outra Unidade da Federação.

As unidades para serem credenciadas/habilitadas deverão cumprir as exigências específicas para cada um dos serviços que pretendem oferecer ao SUS, estabelecidas na Portaria SAS/MS n. 210/2004 e nos seus anexos I e IV, e serão avaliadas conforme roteiros de inspeção/vistoria estabelecidos nos anexos IIa e IIb, da mesma norma técnica.

Os anexos estão configurados como segue:

- » Anexo I – Normas de classificação e credenciamento de unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular – alterado pela Portaria SAS/MS n. 123/2005.
- » Anexo IIa – Formulário de vistoria do gestor.
- » Anexo IIb – Formulário de vistoria do Ministério da Saúde.
- » Anexo III – Relação dos procedimentos incluídos nas tabelas SIA e SIH.
- » Anexo IV – Parâmetros de distribuição demográfica para cada tipo de serviço e centro de referência.
- » Anexo V – Relação dos procedimentos excluídos das tabelas SIA e SIH.

As unidades e os centros de referência devem atender, ainda, às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) quanto à área física estabelecida na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 50/2002, alterada pelas RDC n. 307/2002 e RDC n. 189/2003.

3.1.3 Alguns parâmetros para o planejamento e a avaliação da rede de atenção cardiovascular

a. Número de serviços necessários por Unidade da Federação

- a.1 Centro de referência: no mínimo um para cada estado da Federação.
- a.2 Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular: um para cada 600 mil/habitantes.
- a.3 Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular pediátrica: um para cada 800 mil/habitantes.
- a.4 Serviço de assistência de alta complexidade em procedimentos de cardiologia intervencionista: um para cada 600 mil/habitantes.
- a.5 Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia vascular: um para cada 500 mil/habitantes.
- a.6 Serviço de assistência de alta complexidade em cirurgia endovascular: um para cada 4 milhões/habitantes, sendo que para os estados com número de habitantes inferior a 4 milhões deverá ser credenciado, no máximo, um serviço, desde que instalado no centro de referência.
- a.7 Serviço de assistência em laboratório de eletrofisiologia: um para cada 2,6 milhões/habitantes (conforme modificação proposta pela Portaria SAS/MS n. 384/2006), sendo que, para os estados com número de habitantes inferior ao preconizado, deverá ser cadastrado, no máximo, um serviço.
- b. Número de atendimento mínimo esperado por tipo de unidade
 - b.1 Cirurgia cardiovascular adulto: realizar, no mínimo, 180 cirurgias/ano de alta complexidade.
 - b.2 Cirurgia cardiovascular pediátrica: realizar, no mínimo, 120 cirurgias/ano de alta complexidade.
 - b.3 Se o serviço for cadastrado para os dois tipos de cirurgia cardiovascular, adulto e pediátrica, deverá realizar, no mínimo, 240 cirurgias/ano e ter os dois tipos de credenciamento.
 - b.4 Cardiovascular intervencionista: realizar, no mínimo, 144 procedimentos/ano, excluídos os estudos hemodinâmicos ambulatoriais.
 - b.5 Cirurgia endovascular extracardíaca: realizar, no mínimo, 120 atos cirúrgicos/ano.
 - b.6 Serviço de eletrofisiologia: realizar, no mínimo, 39 procedimentos/ano.
 - b.7 Serviço de cirurgia vascular: realizar, no mínimo, 90 cirurgias/ano de alta complexidade.

- b.8 Atendimento ambulatorial de cardiologia clínica: disponibilizar, no mínimo, 267 consultas/mês para cada 180 cirurgias cardiovasculares/ano.
- b.9 Atendimento ambulatorial de cardiologia clínica pediátrica: disponibilizar, no mínimo, 179 consultas/mês para cada 120 cirurgias cardiovasculares/ano.
- b.10 Atendimento ambulatorial de angiologia e cirurgia vascular: disponibilizar, no mínimo, 100 consultas/mês para cada 180 cirurgias vasculares/ano.
- b.11 Exames de ergometria: disponibilizar, no mínimo, 80 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- b.12 Holter: disponibilizar, no mínimo, 30 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- b.13 Ecocardiograma: disponibilizar, no mínimo, 130 exames para cada 180 cirurgias cardiovasculares.
- b.14 Ultrassonografia com *doppler* colorido de três vasos: disponibilizar, no mínimo, 80 exames para cada 180 cirurgias vasculares.

3.1.4 Avaliação, controle e monitoramento da atenção cardiovascular

As unidades e/ou centros de atenção de alta complexidade cardiovascular devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles.

Os procedimentos que compõem o rol da assistência cardiovascular requerem autorização prévia, exceto quando se tratar de urgência ou emergência, e necessitam apresentar laudos de solicitação de procedimentos (laudo para internação ou laudo para emissão de Apac) que são analisados e, se aprovados, recebem o documento AIH ou a Apac.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas do Ministério da Saúde. Para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA/SIA). Já para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, como o estudo hemodinâmico, o instrumento utilizado é a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac/SIA). Para o registro das internações, o sistema utilizado é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que tem como seu principal instrumento a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.2 Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva

O Ministério da Saúde, considerando a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência, criada pela Portaria GM/MS n. 1.060/2002, instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, por meio da Portaria GM/MS n. 2.073/2004, com o objetivo geral de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados globais e integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva, com o intuito de reduzir o dano da deficiência auditiva na população.

3.2.1 Principais objetivos

A política deve ser implantada de forma articulada entre as três esferas de governo (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde), buscando:

- » 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 coletividade;
- » organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), com assistência multiprofissional e interdisciplinar;
- » identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias e situações de risco que levam à deficiência auditiva e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- » definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e a avaliação dos serviços que realizam reabilitação auditiva, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a potencializar os resultados da protetização;
- » promover ampla cobertura no atendimento aos portadores de deficiência auditiva no Brasil, garantindo a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e o controle social da saúde auditiva;
- » fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da reabilitação auditiva no país;
- » contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes dessa política, permitindo que, a partir do seu desempenho, seja possível um aprimoramento da gestão, da disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas portadoras de deficiência auditiva;

- » promover intercâmbio com outros subsistemas setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
- » qualificar a assistência e promover a educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

3.2.2 Principais ações por nível de assistência

Essa política inclui ações fundamentadas em todos os níveis da assistência:

- a. A atenção primária compreende ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde auditiva, da prevenção e da identificação precoce de problemas auditivos e ações informativas, educativas e de orientação familiar e encaminhamento, quando necessário, para o serviço de atenção à saúde auditiva especializada. Ações que abrangem os diversos segmentos, como atenção à gestante, à criança, ao adolescente e ao adulto.
- b. A média complexidade constitui-se na primeira referência para a atenção primária, garantindo a contrarreferência e a referência, quando necessária, para a alta complexidade. As atividades neste nível compreendem:
 - b.1 triagem e monitoramento da audição, da atenção diagnóstica e da terapêutica especializada, para maiores de três anos de idade, sem outras afecções associadas, como doenças neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira e visão subnormal, que devem ser referenciadas para outro nível de complexidade, devendo ainda promover a saúde auditiva e a prevenção de problemas auditivos, junto à comunidade, em ações articuladas com as equipes da atenção primária, coordenadas pelo gestor local;
 - b.2 realização de consulta otorrinolaringológica, avaliação audiológica e avaliação fonoaudiológica de linguagem, triagem e monitoramento da audição em neonatos, pré-escolares e escolares e em trabalhadores com exposição frequente em níveis de pressão sonora elevados, referenciados da atenção primária;
 - b.3 realização do diagnóstico da perda auditiva em crianças maiores de três anos de idade, jovens, adultos e idosos, reabilitação mediante tratamento clínico em otorrinolaringologia, seleção, adaptação e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica para adultos e crianças maiores de três anos de idade;
 - b.4 garantia de avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientação à família e à escola do portador de deficiência auditiva.

c. A alta complexidade constitui-se em referência para a atenção diagnóstica e terapêutica especializada a pacientes de todas as faixas etárias, inclusive aos menores de três anos de idade e aos portadores de patologias associadas, compreendendo:

c.1 realização de consultas, em pacientes de até três anos, nas especialidades: otorinolaringologia, neurologia, pediatria, avaliação audiológica, avaliação fonoaudiológica de linguagem e diagnóstico da perda auditiva, pacientes com perdas unilaterais, pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e pacientes que apresentam dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade;

c.2 realização do diagnóstico da perda auditiva e exames complementares: emissões otoacústicas evocadas transientes e por produto de distorção e potencial evocado auditivo de curta, média e de longa latência e a reabilitação mediante tratamento clínico em otorinolaringologia; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica;

c.3 garantia da avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientação familiar e escola do portador de deficiência auditiva.

3.2.3 A organização das ações da atenção à saúde auditiva

Essas ações devem ser organizadas de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada esfera de governo. É necessário, ainda, elaborar o Plano de Prevenção, Tratamento e Reabilitação Auditiva e este deverá ser parte integrante do Plano Municipal de Saúde e dos Planos Diretores de Regionalização dos estados e do Distrito Federal.

Competem às três esferas de governo a regulação, o controle e a avaliação das ações de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência auditiva.

A Portaria SAS/MS n. 587/2004 determinou que as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal adotassem as providências necessárias à organização e implantação das redes estaduais de atenção à saúde auditiva.

Entende-se por serviço de média ou de alta complexidade nessa área assistencial:

» serviço de média complexidade – é aquele que se propõe a realizar as ações de média complexidade e, para tanto, deve oferecer atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional. Deve oferecer triagem e monitoramento da audição de

neonatos, pré-escolares, escolares, diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças a partir de três anos de idade, de jovens, de adultos, incluindo os trabalhadores, e de idosos, respeitando as especificidades da avaliação e reabilitação exigidas para cada um desses segmentos.

- » serviço de alta complexidade – é aquele que se propõe a realizar as ações de alta complexidade e, para tanto, deve oferecer atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional. Deve constituir-se como referência para diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças de até três anos de idade, em pacientes com afecções associadas, sejam neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal, perdas unilaterais, e daqueles que apresentam dificuldades na realização da avaliação audiológica em serviços de menor complexidade.

Os gestores estaduais, na elaboração da rede de atenção à saúde auditiva, devem utilizar alguns critérios como: população a ser atendida; necessidade de cobertura assistencial; nível de complexidade dos serviços; distribuição geográfica dos serviços; capacidade técnica e operacional de cada serviço; série histórica de atendimentos realizados e mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência. Essa rede deve ser composta por serviços públicos de saúde e, na insuficiência ou inexistência destes, pode-se recorrer à rede complementar, dando preferência aos serviços filantrópicos.

Compete à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a aprovação e designação dos serviços que integrarão a rede estadual de atenção à saúde auditiva.

A Portaria GM/MS n. 587/2004, além de definir as ações e os serviços de atenção à saúde na média e na alta complexidade, determina, ainda, requisitos básicos para a habilitação de serviços nessa área. Estabelece exigências de recursos humanos, instalações físicas e de equipamentos e área de cobertura.

Integram essa portaria alguns anexos, sendo eles:

- » Anexo I – Normas para o atendimento em saúde auditiva.
- » Anexo II – Normas gerais para credenciamento/habilitação de serviços de atenção à saúde auditiva.
- » Anexo III – Formulário para vistoria do gestor.

- » Anexo IV – Diretrizes para o fornecimento de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI).
- » Anexo V – Quantidade de serviços de atenção à saúde auditiva.

3.2.4 Parâmetros para o planejamento e a avaliação das redes de atenção à saúde auditiva

Constam, nessa norma técnica, alguns parâmetros que devem ser considerados na elaboração da rede de assistência, sendo os principais:

- » Estima-se um serviço/equipe para cada 1.500.000 habitantes. Nos estados com população inferior a 1.500.000 habitantes determinou-se um(a) serviço/equipe e naqueles com população entre 2.000.000 e 3.000.000 definiu-se o número máximo de dois(duas) serviços/equipes.
- » No máximo, 50% dos serviços, por estado, podem ser credenciados como serviços de atenção à saúde auditiva na alta complexidade.
- » Os(As) serviços/equipes de média complexidade podem atender, no máximo, 60 pacientes/mês para protetização.
- » Os(As) serviços/equipes de alta complexidade podem atender, no máximo, 100 pacientes/mês para protetização.
- » Definem-se, ainda, parâmetros assistenciais como, por exemplo, número de exames esperado por paciente ao ano, número de terapias fonoaudiológicas preconizadas e acompanhamento periódico do paciente de acordo com a faixa etária e condição clínica.

Os serviços que compõem a rede estadual de atenção à saúde auditiva devem estar registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que as orientações desse cadastramento estão contidas na Portaria SAS/MS n. 589, de 8 de outubro de 2004, e devem ter sempre os dados atualizados.

Deverá ser utilizado o número do Cartão Nacional de Saúde para identificar os pacientes que necessitam realizar os procedimentos de atenção à saúde auditiva.

3.3 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal

A Insuficiência Renal Crônica tem como causas mais comuns a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a litíase renal e as glomerulonefrites, embora outras causas, como nefropatias familiares e hereditárias, sejam importantes.

A Portaria GM/MS n. 1168, de 15 de junho de 2004, instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as Unidades Federadas.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal visa prevenir a doença mediante promoção da saúde, diminuição do número de casos e minimização dos agravos da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, que são patologias prevalentes e determinantes da doença renal na população.

Assim, ao lado do atendimento de média e alta complexidade do paciente que já desenvolveu a doença renal crônica, é necessário o aperfeiçoamento da atenção primária, a fim de que o surgimento de novos pacientes crônicos possa ser reduzido, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros e os custos gerais para o sistema de saúde.

Segundo estimativas do IBGE, 35% da população brasileira acima de 40 anos é hipertensa (cerca de 17 milhões de pessoas) e aproximadamente 11% da população brasileira acima de 40 anos é portadora de diabetes (em torno de 5,5 milhões), existindo ainda cerca de 2,7 milhões de pacientes com as duas patologias.

3.3.1 Principais objetivos

- » Desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida.
- » Organizar uma linha de cuidados integrais – inversão do modelo baseado apenas nos procedimentos de média e alta complexidade.
- » Definir critérios técnicos mínimos para funcionamento dos serviços públicos e privados que realizam diálise e mecanismos de sua monitoração.
- » Ampliar a cobertura no atendimento aos portadores de IRC, nas diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS).
- » Ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil.
- » Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem a custo-efetividade, eficácia, incorporação tecnológica do processo TRS.
- » Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos.
- » Implementar e aperfeiçoar a produção de dados, garantindo a democratização das informações.

3.3.2 Caracterização dos serviços que prestarão atenção em saúde renal

a. A atenção primária deve implementar ações de promoção da saúde, identificação de grupos de risco para as doenças renais (hipertensos, portadores de diabetes, litíasicos, e parentes de portadores dessas patologias), vinculando os pacientes à unidade de saúde para acompanhamento clínico e laboratorial sistemático, além de garantir assistência farmacêutica básica e referenciar os casos que necessitem de atendimento especializado.

b. A média complexidade compreende os ambulatórios de especialidades, os centros de diabetes e hipertensão e os hospitais, onde serão desenvolvidas ações de prevenção, educação, confirmação diagnóstica e estadiamento do grau de disfunção renal e terapêutica.

O tratamento da doença renal seguirá diretrizes terapêuticas e investigação complementar, enfocando:

- » promoção do retardo na progressão da disfunção renal;
- » identificação e tratamento das comorbidades frequentes nesses pacientes;
- » identificação e tratamento das principais complicações próprias da doença renal crônica;
- » orientação e preparação do paciente para as terapias de substituição renal: diálises e transplante renal.

Os serviços serão organizados segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada estado e estruturados de acordo com a disponibilidade tecnológica e de recursos humanos (equipes multidisciplinares), devendo garantir o acesso ao tratamento e às complicações, ressaltando-se o seu caráter complementar e/ou suplementar à atenção primária e, também, respaldando a redução de demanda para a atenção de alta complexidade.

c. Na alta complexidade a rede de atendimento terá os seguintes componentes:

Serviço de nefrologia: de natureza estatal ou privada, vinculado ao SUS, que deverá fornecer consultas em nefrologia, além de todos os procedimentos de diálise, a saber:

- » Hemodiálise – HD.
- » Diálise Peritoneal – DP.
- » Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – DPAC.
- » Diálise Peritoneal Automática – DPA.
- » Diálise Peritoneal Intermitente – DPI.

As diálises peritoneais poderão ser referenciadas para outros serviços no mesmo município. No caso da DPI, ressalta-se que o serviço deverá funcionar ininterruptamente (24h), portanto, os serviços, em sua maioria, serão aqueles intra-hospitalares.

Para que um serviço de TRS seja economicamente viável, recomenda-se:

- » contar, no mínimo, com 80 pacientes em programa;
- » não ultrapassar, para segurança desses pacientes, a quantidade de 200 pacientes;
- » na modalidade de hemodiálise, a abrangência de um determinado serviço será de 200.000 habitantes (segundo os parâmetros atuais, de 40 pacientes por 100.000 habitantes).

Centro de referência em nefrologia: unidade hospitalar certificada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação como hospital de ensino, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS n. 1000/2004. Deve ser indicado para habilitação como centro de referência pelo gestor estadual e cumprir as seguintes condições:

- » base territorial de atuação definida;
- » articulação e integração com o sistema local e regional;
- » estrutura de pesquisa e ensino organizado, com programas estabelecidos;
- » estrutura geral capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas.

Estabelecimentos de saúde para realização de transplante renal: descritos no item que aborda a área assistencial de transplantes.

Assistência farmacêutica na alta complexidade: os pacientes renais crônicos e aqueles submetidos a transplante renal fazem uso de medicamentos da Assistência Farmacêutica Especializada, anteriormente denominada Programa de Medicamentos Excepcionais, do Ministério da Saúde. Para mais informações, ver o Livro 7 desta coleção, que trata da Assistência Farmacêutica no SUS.

Observações sobre as terapias renais:

- » **Hemodiálise:** sessões de diálise realizadas em serviço de nefrologia; em média, o paciente submete-se a três sessões semanais, de aproximadamente 4 horas cada.
- » **DPAC:** realizada no domicílio do paciente, com trocas realizadas pelo próprio paciente ou cuidador.
- » **DPA:** realizada no domicílio do paciente, com trocas controladas por uma máquina cicladora automática.
- » **DPI:** realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática; em média, o paciente submete-se a duas sessões semanais, de 24 horas cada.

3.3.3 Responsabilidades das esferas de governo

3.3.3.1 FEDERAL

- » Definição das normas nacionais.
- » Incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS.
- » Definição de elenco de procedimentos, por complexidade.

- » Estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso, equânime, diminuindo as diferenças regionais na alocação de serviços.
- » Formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados e garantia de acesso às referências interestaduais, por intermédio da CNRAC.

3.3.3.2 ESTADUAL

- » Formulação da política de alta complexidade/custo.
- » Macroalocação de recursos orçamentários para cada área de alta complexidade.
- » Definição de prioridades de investimentos para garantia de acesso da população, otimizando a oferta de serviços.
- » Programação de assistência de alta complexidade no âmbito regional/estadual, considerando a alta densidade tecnológica e o alto custo, a economia de escala, a escassez de profissionais especializados e a concentração de oferta em poucos municípios.
- » Programação da referência de pacientes para outros estados.
- » Coordenação do processo de garantia de acesso da população de referência intermunicipal.
- » Definição dos limites financeiros municipais, com explicitação da parcela correspondente à população referida e referenciada.
- » Coordenação da implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade.
- » Controle e avaliação dos sistemas quanto à sua resolubilidade e acessibilidade.

3.3.3.3 MUNICIPAL

- » Autorização para realização dos procedimentos.
- » Programação das metas físicas e financeiras para os prestadores sob sua gestão.
- » Garantia de acesso à população referida e referenciada, acordada na Programação Pactuada e Integrada (PPI).
- » Definição de fluxos de rotinas intermunicipais, compatíveis com os fluxos e rotinas estaduais.
- » Realização de prestação de contas dos procedimentos de controle, avaliação e auditoria de serviços.
- » Programação das metas, físicas e financeiras, para os prestadores sob sua gestão.

3.3.4 Cadastramento/habilitação – especificidades dos serviços de atenção em saúde renal

Constatada a necessidade do serviço de acordo com os parâmetros nacionais, caberá a instrução de processo junto ao gestor municipal ou estadual, que exigirá visita *in loco* pelas equipes de vigilância sanitária, para preenchimento do roteiro de inspeção sanitária relacionado à Resolução RDC n. 154 de 15 de junho de 2004 – que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise – e equipe de planejamento em saúde do gestor, para preenchimento do roteiro específico, em conformidade com a Portaria SAS/ MS n. 432/2006.

Documentos específicos a serem anexados ao processo, em complemento aos documentos de rotina:

- » Plano de prevenção e tratamento de doenças renais.
- » Títulos de especialistas dos médicos e enfermeiros.
- » Comprovante de residência do médico responsável pela Unidade.
- » Escalas de trabalho dos recursos humanos.
- » Termos de compromissos (serviços terceirizados), por exemplo: assistência técnica para o tratamento de água, manutenção dos equipamentos, serviço de transporte de emergência, garantia de acesso para internação, referência para laboratórios, serviços de diálise peritoneal, internações de emergência, assistência para confecção de fístulas arteriovenosas.
- » Declaração de oferta de consultas de nefrologia para a rede SUS.
- » Resultados de análises de água tratada.
- » Previsão de financiamento do serviço.
- » Declaração do gestor local quanto à origem de recursos para suprir o credenciamento.
- » Apresentação do potencial da unidade mediante a capacidade instalada do serviço.

3.3.5 Sistema de controle e avaliação dos serviços de atenção em saúde renal

Há um conjunto de informações relacionadas à questão dos portadores de nefropatias crônicas, hipertensos e diabéticos, disponíveis nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, como o de mortalidade (SIM), o de internações (SIH), o Hiperdia e o SIA/SUS – Apac. Entretanto, esses sistemas não estão integrados e os produtos de disseminação de informações do Datasus são de difícil manipulação pela maioria dos gestores.

Seguem os sistemas para processamento da produção de Terapia Renal Substitutiva:

- » As diálises serão cobradas através de Apac/SIA (é obrigatório o preenchimento do campo correspondente ao número do Cartão Nacional de Saúde), para os procedimentos ambulatoriais, inclusive quando o paciente apresentar intercorrência que resulte em internação com emissão de AIH.
- » Para paciente com insuficiência renal aguda, a cobrança das diálises deverá ser através da AIH no SIH/SUS.
- » Os exames de rotina dos pacientes em programa de TRS e os acompanhamentos de pacientes pós-transplante renal são cobrados através do Apac/SIA.
- » O paciente em trânsito, em outros municípios ou estados, deve realizar encerramento da Apac no local de origem e abertura de nova Apac no local em que se encontra, transitoriamente.
- » É importante salientar que as Secretarias Estaduais devem estabelecer fluxo para transferência de pacientes e respectivos recursos financeiros, entre os serviços e os respectivos gestores, através das Comissões Intergestores Bipartites, com encaminhamento ao Ministério da Saúde para sua efetivação.

A Resolução RDC n. 154/2004, da Anvisa, republicada em 31/5/2006 e complementada pela RE Anvisa n. 1671/2006, define indicadores para avaliação do serviço de diálise que devem ser disponibilizados à Vigilância Sanitária, durante o processo de inspeção sanitária do serviço, que ocorre semestralmente, e ainda quando de investigação de surtos e eventos adversos.

- » Taxa de hospitalização dos pacientes em hemodiálise, DPI, DPA e DPAC.
- » Proporção de pacientes em uso de cateter venoso central para hemodiálise, por mais de 3 meses.
- » Incidência de peritonite em pacientes em DPI, DPAC e DPA.
- » Taxa de soroconversão para hepatite C em pacientes em HD.
- » Taxa de mortalidade dos pacientes em terapia renal substitutiva.

3.4 Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade

3.4.1 Objetivos da Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade

A Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade tem como objetivos:

- » A estruturação de uma rede de serviços, regionalizada e hierarquizada, que permita cuidados integrais à saúde e melhoria do acesso dos pacientes ao atendimento especializado de cirurgias eletivas de média complexidade.
- » Ampliar a oferta de cirurgias eletivas de média complexidade e reduzir as filas de

espera para procedimentos eletivos de média complexidade, identificados e priorizados pelo gestor.

- » Organizar fluxos de referência e contrarreferência para essa assistência.

3.4.2 Condições para o desenvolvimento da política

A Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade foi, inicialmente, definida pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.372/2004, regulamentada pela Portaria MS/SAS n. 501/2004, estabelecendo normas relativas à elaboração de projetos para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade.

Seu objetivo principal era a melhoria do acesso dos pacientes aos atendimentos cirúrgicos, tendo em vista a existência de demanda reprimida, identificada pelos gestores estaduais e municipais, para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade não incluídos nos mutirões nacionais (catarata, varizes, próstata e retinopatia diabética), definindo o valor de R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano como incremento financeiro, mediante projetos.

A política foi modificada pela Portaria GM/MS n. 486/2005, com o objetivo de também incluir no rol de procedimentos contemplados na política aqueles relativos aos mutirões de catarata, próstata, retinopatia diabética e cirurgias de varizes, permitindo a ampliação desse tipo de assistência, acrescentando o valor de R\$ 1,00 (um real) por habitante/ano como incremento financeiro, também mediante projetos.

Considerando as dificuldades inerentes à elaboração dos projetos, pelas regras estabelecidas – que exigia, entre outros dados, o nome completo do paciente, o número do Cartão Nacional de Saúde e o nome do município de sua residência –, o Ministério da Saúde redefiniu novamente essa política pela Portaria GM/MS n. 252/2006 que acrescentou procedimentos à lista dos 17 iniciados em 2004, totalizando 64.

A Portaria GM/MS n. 958, de 15 de maio de 2008, redefiniu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e acrescentou outros procedimentos, totalizando 88 procedimentos, centrados em cinco programas estratégicos e 11 especialidades médicas, apontados pelos gestores como de demanda reprimida, assim distribuídos:

- » Programa de Combate às Causas Prevalentes de Cegueira (catarata, glaucoma, retinopatia diabética, degeneração macular relacionada à idade).
- » Programa de redução de agravos relacionados à otorrinolaringologia.
- » Programa de ampliação do acesso ao tratamento cirúrgico de hérnias.

- » Programa de incremento de procedimentos cirúrgicos relacionados à saúde da mulher.
- » Programa de ampliação de acesso a procedimentos em especialidades cirúrgicas diversas.

A partir de 2008, o tempo hábil para execução dos projetos pelos municípios passou a ser de um ano, facilitando o planejamento dos gestores e a continuidade de repasses financeiros.

Além disso, os recursos destinados para cada secretaria executora de projeto, por meio de portaria ministerial, chamados de valor programado, passaram a ser transferidos somente após a apresentação das APACs e AIHs específicas nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, ou seja, a transferência de recursos financeiros passou a acontecer somente mediante a comprovação da produção (ressarcimento por produção), sendo ressarcido apenas o que é apresentado como executado.

Nos primeiros anos, não havia, no âmbito da Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, a autorização por meio de Apac, mas, a partir de 2008, estabeleceu-se, como já era para as AIHs, uma série numérica para cada Unidade Federada, com vistas a se exercer um controle maior entre o que foi programado e o que de fato foi realizado.

A referida portaria definiu que o valor total programado para cada projeto seria o produto da multiplicação de R\$ 2,25 (dois reais e vinte e cinco centavos) *per capita*/ano pelo quantitativo total da população da abrangência do projeto. A operacionalização seria mediante a apresentação de projetos estaduais e/ou municipais previamente aprovados pelas CIBs e encaminhados e homologados por meio de Portaria do Ministério da Saúde.

A Portaria SAS/MS n. 553, de 3 de outubro de 2008, redefiniu os instrumentos de registro dos procedimentos que integram a Política com a criação de série numérica específica para Apac e AIH.

Após pactuação na CIT foi publicada a Portaria GM/MS n. 1919, de 15 de julho de 2010, que redefine no âmbito do SUS a prestação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

Essa Portaria revoga a Portaria GM/MS n. 958/2008 e define, entre outras questões:

- » o volume de recursos previsto para o ano de 2010 (R\$ 200 milhões) e sua distribuição proporcional à população;
- » que cabe a cada CIB a programação da execução dos recursos financeiros pelos estados e municípios;
- » que os recursos financeiros serão transferidos diretamente aos Fundos de Saúde de estados e municípios conforme produção apresentada no SIH e no SIA;
- » que para o faturamento dos procedimentos cirúrgicos eletivos realizados deverão ser utilizados obrigatoriamente as respectivas séries numéricas específicas de

AIH e Apac designadas pelo Departamento de Regulação, Controle e Avaliação da SAS/MS e publicadas pela SAS;

- » mantém os mesmos 88 procedimentos previstos anteriormente, financiados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

A referida portaria estabelece uma provisão de recursos orçamentários do MS para o ano de 2011 da ordem de R\$ 150 milhões a serem distribuídos para a execução de procedimentos cirúrgicos eletivos a estados e municípios a partir de uma avaliação da execução dos recursos de 2010 e pactuação na CIT.

Entre os pontos pendentes de negociação e pactuação tripartite está a possibilidade de migração de parte dos 88 procedimentos para execução por meio do limite financeiro de média e alta complexidade, ficando no Faec aqueles procedimentos considerados estratégicos ou que não tenham ainda estabelecida um série histórica capaz de mensurar o volume de recursos necessários.

3.5 Política Nacional de Atenção Oncológica

O câncer tem grande importância epidemiológica e magnitude social, representando uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. A incidência das neoplasias malignas tem uma distribuição diversificada entre as regiões do país e requer diversos tipos de ações e serviços de saúde.

O Instituto Nacional do Câncer (Inca), do Ministério da Saúde, lançou a edição das Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil, com informações de referência para os anos 2010 e 2011, com dados relevantes para o conhecimento epidemiológico sobre a ocorrência da doença no Brasil:

No Brasil, as estimativas, para o ano de 2010, serão válidas também para o ano de 2011, e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina.

Em 2010, são esperados 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil).

Os tumores mais incidentes para o sexo masculino serão devidos ao câncer de pele do

tipo não melanoma (53 mil casos novos), próstata (52 mil), pulmão (18 mil), estômago (14 mil) e cólon e reto (13 mil). Para o sexo feminino, destacam-se os tumores de pele do tipo não melanoma (60 mil casos novos), mama (49 mil), colo do útero (18 mil), cólon e reto (15 mil) e pulmão (10 mil).

3.5.1 Objetivos da política de atenção oncológica

A política de atenção oncológica envolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, articuladas e organizadas entre as três esferas de governo, constituindo redes estaduais ou regionais de atenção oncológica.

Principais objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 2439/2005:

- » Desenvolver estratégias de promoção da saúde, identificando os determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas; promover a qualidade de vida e saúde da sociedade, sendo capaz de prevenir fatores de risco, de reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades.
- » Organizar uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (primária e especializada de média e alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).
- » Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.
- » Ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer.
- » Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção oncológica.
- » Fomentar e desenvolver atividades de educação e formação de profissionais que atuam nessa atividade.
- » Fomentar, coordenar e executar projetos de incorporação tecnológica e incentivar a pesquisa na atenção oncológica.

3.5.2 Caracterização dos serviços de atenção oncológica

A assistência oncológica compreende um conjunto de procedimentos que envolvem os diferentes níveis de atenção, sendo as principais atividades de cada um deles:

- » Atenção primária: ações de caráter individual e coletivo, voltadas para promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, sendo o principal exemplo a coleta de material para o diagnóstico do câncer de colo de útero feito por meio do

exame papanicolau; ações educativas e apoio à terapêutica e ao cuidado paliativo.

- » Média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos.
- » Alta complexidade: determinar a extensão da neoplasia, realizar o tratamento adequado com garantia de qualidade da assistência. Envolve atividades ambulatoriais como consultas, exames de diagnóstico, tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos e atividades hospitalares, como o tratamento cirúrgico, e atendimento à intercorrência clínica ou, mesmo, outros tratamentos que requerem internação hospitalar e atendimento a pacientes que requerem cuidados prolongados.

As redes estaduais ou regionais de atenção oncológica são integradas por:

- » **Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon):** unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada e de alta complexidade, para realizar diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes no país. Devem contar, obrigatoriamente, com serviços de cirurgia oncológica e serviço de oncologia clínica e ter referências formais com serviço de radioterapia. Os hospitais que prestam assistência exclusiva em pediatria podem ser credenciados como Unacom, exclusivamente, para atender a neoplasias malignas de crianças ou adolescentes, desde que disponham de serviços de oncologia clínica e cirúrgica pediátrica e serviço de hematologia. Os hospitais especializados em hematologia ou com serviço de hematologia estruturado podem ser credenciados para atendimento exclusivo de hemopatias malignas de crianças, adolescentes ou adultos.
- » **Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon):** unidades hospitalares que possuem, além das características exigidas para a Unacon, atendimento a todos os tipos de câncer e que obrigatoriamente deverão contar com serviço de cirurgia oncológica, serviço de oncologia clínica, serviço de radioterapia, serviço de hematologia, e poderá contar, ainda, com serviço de oncologia pediátrica.
- » **Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (Cracon):** trata-se de um Cacon que também seja hospital de ensino certificado pelo Ministério da Saúde, que exerça atividades de ensino, pesquisa e que possa subsidiar o gestor nas ações de regulação, fiscalização, controle e avaliação e no desenvolvimento de estudos de qualidade e de custo-efetividade, além do desenvolvimento profissional em parceria com o gestor.
- » **Serviços isolados de quimioterapia e/ou de radioterapia:** unidades isoladas que fo-

ram credenciadas antes de 19 de dezembro de 2005 e que poderão permanecer realizando tratamentos quimioterápicos e/ou radioterápicos, pelo prazo de doze meses, desde que o gestor não disponha em seu território de Unacon ou de Cacon em número suficiente para suprir a necessidade. A unidade terá que atuar de forma complementar, atendendo pacientes encaminhados pelo gestor e vinculados a uma Unacon ou Cacon, para cooperação técnica e planejamento terapêutico dos casos.

- » **Hospitais gerais:** unidades hospitalares que realizam cirurgias oncológicas, quer por insuficiência ou inexistência de serviços especializados ou pela confirmação do diagnóstico no ato cirúrgico em hospitais que não são credenciados ou habilitados como Unacon ou Cacon e que poderão permanecer realizando cirurgias, pelo prazo de doze meses, desde que o gestor não disponha de serviço especializado em número suficiente para suprir a necessidade. A unidade terá que atuar de forma complementar e vinculada a uma Unacon ou Cacon, para cooperação técnica e planejamento terapêutico dos casos, e possuir referências formais para o encaminhamento do paciente para o atendimento em oncologia clínica ou radioterapia.

Os serviços isolados e/ou os hospitais gerais que participam de forma complementar na rede de atenção oncológica poderão ter seus credenciamentos/autorizações renovados, desde que sejam mantidas as condições acima referidas e que eles cumpram com as exigências técnicas para prestar esse tipo de atendimento.

As Unacon e os Cacon devem implantar o registro hospitalar de câncer e os dados devem ser encaminhados anualmente ao Inca para publicização. Os serviços habilitados como Cracon, Cacon ou Unacon serão também credenciados como centros de referência em tratamento da dor crônica, conforme estabelece a Portaria MS/GM n. 1319/2002.

3.5.3 Estruturação da Rede Estadual ou Regional de Atenção Oncológica

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, determinou um conjunto de regras e normas que devem ser cumpridas pelos gestores estaduais e municipais para a implantação e o credenciamento dos serviços de alta complexidade em oncologia.

A Portaria MS/SAS n. 741/2005, que define os serviços, estabelece prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a rede de atenção oncológica, permite que as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios estabeleçam normas de caráter suplementar, para suprir as especificidades locais ou regionais. Constam dessa portaria as normas de classificação e credenciamento de Unacon, Cacon, Cracon, serviços isolados de quimioterapia/radioterapia e de hospitais gerais e os formulários de vistoria para classificação e credenciamento de cada tipo de serviço, inclusive para a manutenção de credenciamento dos serviços isolados.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) determina ainda:

- » por meio da RDC n. 50/2002, alterada pela RDC n. 189/2003, as exigências quanto à área física dos estabelecimentos;
- » pela RDC n. 220/2004, que estabelece o Regulamento Técnico de funcionamento para os serviços de terapia antineoplásica;
- » pela RDC n. 306/2004, que estabelece o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Saúde;
- » por meio da RDC n. 20/2006, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de radioterapia, visando à defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral.

A assistência oncológica deve constar dos planos estaduais e municipais de saúde e deverá fazer parte deles o Plano de Controle do Tabagismo e outros fatores de Riscos do Câncer de Colo do Útero e da Mama.

3.5.4 Alguns parâmetros para o planejamento e avaliação da rede de atenção oncológica

3.5.4.1 NÚMERO DE SERVIÇOS NECESSÁRIOS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO

O número de Unacon e de Cacon por estado deve ser baseado no número de casos novos estimados por ano, sendo um serviço para cada 1.000 casos novos anuais, excetuando os cânceres de pele não melanoma.

O Inca disponibiliza a estimativa de casos novos, por sexo, na sua página na Internet (www.inca.gov.br). Os serviços (Unacon ou Cacon) com capacidade de atendimento superior a 1.000 casos novos anuais serão computados como um serviço a cada múltiplo de 1.000.

3.5.4.2 PARÂMETROS DE NECESSIDADE

Para cada 1.000 casos novos de câncer, espera-se que de 500 a 600 necessitarão de cirurgia oncológica, 700 necessitarão de quimioterapia e 600 casos necessitarão de radioterapia.

Outro parâmetro importante a considerar é a incidência de câncer hematológico e de câncer em crianças com faixa etária de 0 a 18 anos, já que é permitido o credenciamento de serviço exclusivo para esse tipo de patologia ou faixa etária.

A incidência média de câncer hematológico é de 5% do total de cânceres estimados, exceto os de pele não melanoma, enquanto que de câncer pediátrico é de 2% a 3% desse total, sendo que os hematológicos representam 40% de todas as neoplasias que acometem os pacientes dessa faixa etária.

3.5.4.3 PARÂMETROS DE PRODUÇÃO

É importante considerar nesse cálculo o tempo de funcionamento do serviço, a capa-

cidade instalada, as condições técnicas dos equipamentos e a disponibilidade de recursos humanos capacitados, entre outras variáveis.

- » Braquiterapia de baixa taxa de dose: um conjunto de cinco fontes seladas deve tratar até 96 pacientes/ano.
- » Braquiterapia de alta taxa de dose: cada equipamento deve tratar até 440 pacientes/ano.
- » Quimioterapia: para cada 1.000 casos novos, estima-se de 4.200 a 6.300 procedimentos (considerando o tempo médio de seis a nove meses de tratamento).
- » Radioterapia: para cada 1.000 casos novos, estima-se de 40.500 a 42.000 o número de campos de teleterapia com equipamento de megavoltagem por ano (considerando em média 1,2 procedimento cirúrgico por paciente).
- » Cirurgias: 600 a 700 cirurgias oncológicas/ano para cada 1.000 casos novos. O gestor deve programar para as Unacon e Cacon um número de cirurgias proporcional ao número de casos novos que serão seguidos por esses serviços.
- » Hospital geral: no máximo deve ser de 10% do número total de cirurgias do hospital, para procedimentos ginecológicos, mastológicos, urológicos e do aparelho digestivo e realizar, no mínimo, 300 cirurgias de câncer no ano.

3.5.5 Avaliação, controle e monitoramento da atenção oncológica

Os serviços que integram essa rede de assistência necessitam apresentar laudos de solicitação de procedimentos previamente à realização do ato (laudo para internação ou laudo para emissão de Apac), que são analisados segundo bases técnicas específicas, disponíveis no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) e, se aprovados, recebem o documento AIH ou a Apac.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informação do Ministério da Saúde. Para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA; para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, como a quimioterapia e a radioterapia, o instrumento utilizado é a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac), também do SIA; para o registro das internações por intercorrências ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos do paciente oncológico, utiliza-se o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que tem como seu principal instrumento a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A partir do monitoramento da produção é possível acompanhar a execução da progra-

mação para cada um dos serviços e essas informações são disponibilizadas pelo Datasus em meio magnético ou no site www.datasus.gov.br.

Conforme a Portaria SAS/MS n. 741/2005, as unidades e centros devem dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), informatizado, segundo os critérios técnico-operacionais estabelecidos e divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer, disponível na página do Inca (<http://www.inca.gov.br>) ou de acordo com as disposições da Secretaria de Saúde do estado onde estiver localizado.

3.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência: 5% é portadora de deficiência mental; 2% de deficiência física; 1,5% de deficiência auditiva; 0,5% de deficiência visual e 1% de deficiência múltipla. Com base nesses dados, estima-se que no Brasil existam 18 milhões de pessoas portadoras de deficiência.

As principais causas de deficiências no Brasil são 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 drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violência e acidentes de trânsito. Outra importante causa está relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, relacionada a males crônico-degenerativos, como hipertensão arterial, diabetes, infarto, AVC, Alzheimer, câncer e outros (Portaria GM/MS n. 1060/2002).

3.6.1 Desenvolvimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência Física foi instituído no âmbito do Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 827/1991, em decorrência da qual foram editadas portarias que estabeleceram normas e incluíram os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no sistema, regulamentando inclusive a concessão de órteses e próteses.

Em 1997, a OMS apresentou nova Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação, bem como um manual das dimensões das incapacidades e da saúde – CIDDM-2. O documento concebe “deficiência” como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou de uma função corporal, incluindo as funções mentais.

“Atividade” é um conceito relacionado com aquilo que é feito ou executado pelas pessoas, em qualquer nível de complexidade, desde aquelas ações mais simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal.

Ampliando o conceito, essa classificação internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental. Essa nova abordagem influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com deficiência mental, motora, sensorial e múltipla. Por meio da Portaria GM/MS n. 818/2001, o Ministério da Saúde cria mecanismos para organização e implementação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física e determina às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas redes estaduais em conformidade com as normas para cadastramento, constantes da referida portaria.

A Portaria GM/MS n. 1.060/2002 do Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência com o propósito de reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para sua inclusão plena em todas as esferas da vida social e proteger a saúde desse segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

3.6.2 Diretrizes e ações definidas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

As diretrizes estabelecidas pela política são:

- » promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência;
- » assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência;
- » prevenção de deficiências;
- » ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- » organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência;
- » capacitação de recursos humanos.

3.6.3 Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência

A Portaria GM/MS n. 1.060/2002 define que a atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares.

No nível de atenção primária, 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 portadora de deficiência;
- » ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de 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 dos portadores de 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 às necessidades específicas das pessoas portadoras de 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 primária 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 portadora de 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 servi-

ços. 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 portadora de 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 portadoras de 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.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando à garantia da qualidade do atendimento e a uma reabilitação integradora e global da pessoa portadora de 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 tenham 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 portadora de deficiência.

3.6.4 Estruturação das redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física

3.6.4.1 SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA

Primeiro nível de referência intermunicipal; são unidades ambulatoriais, subordinadas tecnicamente a um serviço de reabilitação física – nível intermediário, ou excepcionalmente a um serviço de referência em medicina física e reabilitação.

Deve dispor de instalações físicas apropriadas, equipamentos básicos para reabilitação e recursos humanos com especialização e/ou capacitação na área de reabilitação, devendo integrar-se à Estratégia de Saúde da Família e à rede regionalizada e hierarquizada de assistência ao portador de deficiência física, realizando: prescrição, avaliação,

adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção.

Embora a Portaria GM/MS n. 818/2001 tivesse previsto que a operacionalização desses serviços (conforme descrito na NOAS – SUS 01/2001) seria garantida por valor *per capita* a ser definido pelo Ministério da Saúde, esse fato não se efetivou.

A Portaria SAS/MS n. 185/2001, em sua republicação de 5 de abril de 2002, não contemplou a classificação desse tipo de unidade nos serviços de reabilitação de referência e não exige mais habilitação dessa modalidade específica de serviço, permitindo que outras unidades de saúde realizem procedimentos de reabilitação, previstos em código específico na portaria.

3.6.4.2 SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA – NÍVEL INTERMEDIÁRIO

Constituem-se referência de média complexidade, ambulatorial, em reabilitação física, adequada ao desenvolvimento de um conjunto de atividades individuais ou em grupo, acompanhamento médico funcional e orientação familiar, com equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada, que realize, além do previsto no primeiro nível, o tratamento de pessoas portadoras de deficiência física.

3.6.4.3 SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Constituem-se referência de alta complexidade, ambulatorial, que disponha de serviços especializados para diagnóstico, avaliação e tratamento de pessoas portadoras de deficiências físicas (motoras e sensoriais), que preste assistência a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação.

3.6.4.4 LEITOS DE REABILITAÇÃO EM HOSPITAL GERAL OU ESPECIALIZADO

Constituem-se leitos de reabilitação em hospital geral ou especializado destinado ao atendimento integral à pessoa portadora de deficiência que dispuser de condições para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos e diagnósticos, necessários para potencializar as ações de reabilitação.

3.6.4.5 CRITÉRIOS PARA O PLANEJAMENTO DA REDE

Os critérios a serem utilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal na definição do número máximo de serviços que integrarão as redes devem considerar:

- » população;
- » necessidade de cobertura assistencial;
- » nível de complexidade dos serviços;

- » distribuição geográfica dos serviços.

3.6.4.6 PROCESSO DE CADASTRAMENTO DA REDE PELOS ESTADOS E PELO DISTRITO FEDERAL

Na ocasião da publicação da Portaria GM/MS n. 818/2001, ficou estabelecido que é necessário para o cadastramento da rede:

- » estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência para a área;
- » elaborar o Manual Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, aprovados pela CIB, em conformidade com roteiro estabelecido no anexo V da portaria;
- » encaminhar a solicitação de cadastramento à SAS/MS, em um único processo, contendo a totalidade dos serviços que integrarão a rede estadual, acompanhada de relatório contendo as justificativas técnicas e necessidades assistenciais;
- » para incluir novos serviços na rede, atualmente, deve-se seguir o fluxo geral abordado no capítulo 2 deste livro.

3.6.5 Avaliação, controle e monitoramento da assistência à pessoa portadora de deficiência física

As normas vigentes preveem:

- » obrigatoriedade de vistoria e avaliação anual dos serviços de reabilitação física – nível intermediário, dos serviços de referência em medicina física e reabilitação e dos leitos de reabilitação em hospital geral ou especializado, pelos gestores estaduais e/ou municipais;
- » obrigatoriedade de preenchimento, pelos serviços, do relatório de avaliação, acompanhamento e alta, conforme anexo III e orientações do anexo IV, da portaria, inclusive para o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Esses relatórios serão encaminhados anualmente às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, que deverão compatibilizar os relatórios e remetê-los à SAS/MS, visando permitir, dentre outras informações, a avaliação e o acompanhamento da assistência prestada no país, possibilitando o aprimoramento da assistência e o estabelecimento de políticas de prevenção de deficiências e incapacidades na população em geral. O não encaminhamento dos relatórios implicará o descadastramento dos serviços e leitos de reabilitação.

3.7 Política Nacional de Saúde Bucal

O Ministério da Saúde, em janeiro de 2004, divulgou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que apontou para uma reorganização da Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do “cuidado” como eixo de reorientação do modelo, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, incorporando ações voltadas à promoção e proteção da saúde, ao lado daquelas de recuperação.

3.7.1 Ações de Saúde Bucal

3.7.1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para compreensão integral da Política Nacional de Saúde Bucal, temos que apresentar sucintamente as ações de saúde de atenção primária, que devem ser ampliadas e qualificadas, incluindo:

- a. Ações de promoção, proteção e prevenção à saúde, como a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, a aplicação tópica de flúor e a prevenção e controle de câncer bucal;
- b. Ações de recuperação, envolvendo diagnóstico e tratamento das doenças e de reabilitação:
 - b.1 implantação e aumento da resolubilidade do pronto atendimento;
 - b.2 inclusão de procedimentos mais complexos na atenção primária; pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica de instalação de prótese dentária elementar, bem como o tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico;
 - b.3 inclusão da reabilitação protética na atenção primária;
 - b.4 ampliação do acesso, destacando-se os grupos: crianças de 0 a 5 anos, crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, gestantes, adultos e idosos.

3.7.1.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

A atenção odontológica pública no Brasil vinha se restringindo quase que completamente aos serviços básicos, ainda assim com grande demanda reprimida. A ausência de oferta de serviços de atenção secundária e terciária comprometia o estabelecimento de sistemas de referência e contrarreferência em Saúde Bucal, justificando investimentos que propiciassem o aumento do acesso a esses níveis de atenção.

Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos

especializados, o Ministério da Saúde normaliza, por meio de portarias, a implantação e/ou melhoria de centros de referência de especialidades odontológicas.

Por meio da Portaria GM/MS n. 1570/2004, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). A portaria em questão foi revogada pela Portaria GM/MS n. 599/2006, vigente a partir da competência fevereiro de 2006, que estabelece a estrutura da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

3.7.2 Estruturação da rede de Atenção à Saúde Bucal

3.7.2.1 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas: estabelecimentos de saúde registrados no CNES, de natureza jurídica pública, universidades de qualquer natureza, consórcios públicos de saúde de qualquer natureza jurídica e serviços sociais autônomos, classificados como Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidades, com serviços especializados de odontologia, para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

- » Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal.
- » Periodontia especializada.
- » Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros.
- » Endodontia.
- » Atendimento a portador de necessidades especiais.

Modalidades de CEO: CEO Tipo 1, CEO Tipo 2 e CEO Tipo 3, diferenciados de acordo com a capacidade de atendimento, com definições de equipamentos, recursos humanos e outros recursos, para cada modalidade/tipo, conforme descrito no anexo I da Portaria GM/MS n. 599/2006.

LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária: estabelecimentos cadastrados no CNES, como unidade de saúde de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), sem restrição quanto à natureza jurídica, para realizar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível.

3.7.2.2 CONDIÇÕES PARA CREDENCIAMENTO DAS UNIDADES CEO E LRPD

- » Ser referência do próprio município, região ou microrregião, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR).
- » Ser unidade de saúde cadastrada no CNES.

- » Os CEOs e LRPD poderão estar cadastrados no CNES como serviços especializados isolados ou de outros tipos de estabelecimentos de saúde (centro de saúde/unidade básica de saúde, policlínica, hospital geral, unidade mista), registrando em seus cadastros o serviço/classificação de código 034 – odontologia e suas respectivas classificações, conforme a Portaria SAS/MS n. 562/2004.
- » Dispor de equipamentos e dos recursos mínimos exigidos na portaria, exclusivamente a serviço do SUS.
- » Poderão ser credenciadas quantas unidades forem necessárias para o atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitada à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde.
- » Os LRPD poderão credenciar-se com qualquer base populacional.
- » O gestor municipal e estadual, interessado em implantar CEO ou LRPD ou em credenciar alguma unidade de saúde com o serviço e a classificação relacionados, deverão apresentar sua proposta à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), do respectivo estado, indicando a modalidade (CEO 1, 2, 3 ou LRPD).
- » Os gestores deverão providenciar a adequação visual da unidade de saúde à qual está sendo pleiteado o credenciamento, para os itens considerados obrigatórios, do Manual de Inserção de Logotipo disponibilizado pelo Ministério da Saúde em seu site.
- » O percentual de cobertura das equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família deverá ser adotado como critério de seleção.
- » A partir daí, segue o fluxo dos demais credenciamentos, relacionado no capítulo 2.

3.7.3 Financiamento

A Portaria GM/MS n. 600, de 23 de março de 2006, define o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – destinados ao custeio dos serviços de saúde ofertados nas referidas unidades de saúde:

- c. CEO Tipo 1 – R\$ 79.200,00 (setenta e nove mil e duzentos reais).
- d. CEO Tipo 2 – R\$ 105.600,00 (cento e cinco mil e seiscentos reais).
- e. CEO Tipo 3 – R\$ 184.800,00 (cento e oitenta e quatro mil e oitocentos reais).

O Fundo Nacional de Saúde promove a transferência, regular e automática, dos valores mensais para o fundo estadual e para os fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média complexidade, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

A referida Portaria definiu ainda incentivo financeiro de implantação, transferido em

parcela única, da ordem de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para cada CEO Tipo 1, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CEO Tipo 2, e R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo Ministério da Saúde, que deverão ser utilizados pelos municípios e estados na implantação das Unidades de Saúde habilitadas.

3.7.4 Avaliação, controle e monitoramento da atenção à Saúde Bucal

A Portaria GM/MS n. 600/2006 determina o monitoramento da produção das unidades credenciadas, nos quantitativos definidos nas portarias vigentes, com relatórios trimestrais obtidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e analisados pelo Departamento de Atenção Básica (SAS/MS). O registro da produção dos CEOs dá-se por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA, de acordo com a programação estabelecida pelo gestor na FPO.

Já para os procedimentos realizados nos LRPD, o registro dá-se no Sistema de Informações Ambulatoriais, subsistema Apac/SIA.

3.8 Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia

A Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia, instituída por meio da Portaria GM/MS n. 221/2005, foi concebida com a intenção de dar uma nova conformação para os serviços de assistência nessa área, garantir o atendimento integral aos usuários do SUS e organizar esse atendimento em serviços hierarquizados e regionalizados, com fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos.

Essa área de atenção envolve ações de saúde que devem ser estruturadas a partir da atenção primária, com a finalidade de constituir rede de assistência de forma hierarquizada, estadual ou regional, para prestar atendimento aos doentes com afecções do sistema músculo-esquelético, que necessitam ser submetidos aos procedimentos classificados como de alta complexidade em traumatologia-ortopedia.

3.8.1 Objetivos da Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia

- » Organizar uma linha de cuidados, que envolva todos os níveis de atenção (primária e especializada, de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências, privilegiando o atendimento humanizado.

- » Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.
- » Ampliar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças do sistema músculo-esquelético.
- » Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção de alta complexidade em traumatologia-ortopedia.
- » Criar uma Câmara Técnica para acompanhar a implantação e implementação dessa política.
- » Criar o Guia de Boas Práticas na especialidade de traumatologia-ortopedia, contendo recomendações de indicação e contra-indicação de procedimentos de traumatologia-ortopedia, e estabelecer indicadores e o registro brasileiro de cirurgia traumato-ortopédica.
- » Estabelecer atributos necessários ao credenciamento ou habilitação de serviços que prestam atendimento especializado em traumatologia-ortopedia.

3.8.2 Estruturação da rede de atenção em alta complexidade em traumatologia-ortopedia

O Ministério da Saúde determinou à Secretaria de Atenção à Saúde que conceituasse as unidades de saúde que poderiam participar da rede de atenção de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, definisse seus papéis na atenção e determinasse a regulamentação técnica dos serviços, com a finalidade de orientar o credenciamento/habilitação.

A Secretaria de Atenção à Saúde criou um conjunto de regras e normas que devem ser cumpridas pelos gestores estaduais e municipais para a implantação e credenciamento dos serviços de alta complexidade em traumatologia-ortopedia. Foi editada a Portaria MS/SAS n. 95/2005, que conceituou os serviços e estabeleceu prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a rede de atenção de alta complexidade em traumatologia-ortopedia.

Essa rede deve ser composta por unidades de assistência em alta complexidade em traumatologia-ortopedia e centros de referência em alta complexidade, que foram assim definidos:

- a. Unidade de assistência em alta complexidade em traumatologia-ortopedia
 - a.1 Unidade hospitalar que reúne condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção especializada a doentes com afecções do sistema músculo-esquelético, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional. As unidades poderão prestar atendimento nos serviços de assistência de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, subdividido nos seguintes conjuntos: coluna; cintura escapular, braço e cotovelo; antebraço, punho e coxa; cintura

pélvica, quadril e perna; perna, tornozelo e pé; ortopedia infantil ou traumatologia ortopédica de urgência e emergência.

b. Centro de referência em alta complexidade em traumato-ortopedia

b.1 Unidade de assistência em alta complexidade em traumato-ortopedia que exerce o papel de auxiliar, em caráter técnico, o gestor, nas políticas de atenção de alta complexidade em traumato-ortopedia, devendo ser um hospital de ensino certificado, com estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos; participar de forma articulada e integrada ao sistema local ou regional; ser capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; promover o desenvolvimento profissional em parceria com o gestor; e ter autorização para prestar assistência por meio de procedimentos de alta complexidade e de alta tecnologia e alto custo.

As unidades de assistência em alta complexidade em traumato-ortopedia, para serem credenciadas ao SUS, deverão oferecer, obrigatoriamente:

a. Ambulatório Geral de Ortopedia para pacientes externos, ofertando 500 consultas/mês a cada 700 mil habitantes.

b. Atendimento de, no mínimo, quatro dos conjuntos de áreas a seguir:

b.1 Coluna.

b.2 Cintura escapular, braço e cotovelo.

b.3 Antebraço, punho e mão.

b.4 Cintura pélvica, quadril e coxa.

b.5 Perna, tornozelo e pé.

b.6 Ortopedia infantil.

b.7 Traumatologia ortopédica de urgência e emergência.

c. Execução integral dos procedimentos de média e alta complexidade relacionados a cada tipo de serviço.

d. Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório continuado e específico.

e. Atendimento em urgência e emergência em serviços habilitados para essa finalidade.

f. Realização de, no mínimo, seis cirurgias/mês para cada conjunto de área credenciado.

As unidades de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia poderão ser credenciadas para atendimento exclusivo em pediatria e/ou traumatologia ortopédica de

urgência/emergência. A unidade, devidamente capacitada, poderá solicitar autorização para a realização de técnica de microcirurgia no conjunto de áreas em que se credencie.

Para serem credenciados, os centros de referência deverão oferecer, obrigatoriamente:

- a. Ambulatório geral de ortopedia para pacientes externos, ofertando 500 consultas/mês a cada 700 mil habitantes.
- b. Atender, no mínimo, a seis dos conjuntos de área abaixo, incluindo a microcirurgia ortopédica:
 - b.1 Coluna.
 - b.2 Cintura escapular, braço e cotovelo.
 - b.3 Antebraço, punho e mão.
 - b.4 Cintura pélvica, quadril e coxa.
 - b.5 Perna, tornozelo e pé.
 - b.6 Ortopedia infantil.
 - b.7 Traumatologia ortopédica de urgência e emergência.
- c. Execução integral dos procedimentos de média e alta complexidade relacionados a cada tipo de serviço.
- d. Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório continuado e específico.
- e. Atendimento em urgência e emergência em serviços habilitados para essa finalidade.
- f. Realização de, no mínimo, quatro procedimentos mensais de alta complexidade e quatro de alta tecnologia e de alto custo para cada conjunto de área credenciado.

Os estados que não dispõem de serviços em quantidade suficiente ou naqueles que inexistem serviços poderão contar com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) para assegurar o acesso da população aos serviços de alta complexidade em traumato-ortopedia em outra Unidade da Federação.

As unidades/centros de referência, para serem credenciadas/habilitadas, deverão cumprir as exigências específicas para cada um dos conjuntos de áreas que pretende oferecer ao SUS, estabelecidas na Portaria MS/SAS n. 95/2005 e nos seus anexos I, III e IV. Serão avaliadas conforme roteiros de inspeção/vistoria estabelecidos nos anexos IIa e IIb, da mesma norma técnica.

A relação de Órteses, Próteses e Materiais (OPM) e a relação de compatibilidade entre

cada procedimento e as OPMs estão disponibilizadas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde, na internet (www.saude.gov.br/sas).

As unidades e os centros de referência devem atender, ainda, às exigências da Anvisa quanto à área física estabelecidas na RDC n. 50/2002, na RDC n. 307/2002 e RDC n. 189/2003 e na Resolução Conama n. 05/1993.

Alguns procedimentos relativos à coluna e nervos periféricos são comuns às áreas de traumatismo-ortopedia e neurocirurgia e estão relacionados no anexo da Portaria MS/SAS n. 664, de 23 de novembro de 2005.

3.8.3 Alguns parâmetros para o planejamento da rede de atenção em alta complexidade em traumatismo-ortopedia

1. Número de serviços necessários por Unidade da Federação

a. Unidade de assistência de alta complexidade:

a.1 uma para cada 700 mil habitantes, sendo que uma unidade poderá produzir um número maior de procedimentos e deverá ser computada como múltiplo em tantas vezes quantas a sua produção corresponda à produção mínima exigida.

b. Centro de referência:

b.1 uma para cada 5 milhões de habitantes, sendo que para os estados com número de habitantes inferior deverá ser cadastrado, no máximo, um centro.

2. Número de atendimento mínimo esperado por tipo de unidade

a. Atendimento ambulatorial de ortopedia que realize 500 consultas/mês para cada 700 mil habitantes.

b. Atendimento cirúrgico de, no mínimo, seis procedimentos cirúrgicos para cada conjunto de áreas para as unidades, quatro cirurgias de alta complexidade, quatro de alta tecnologia e alto custo para cada conjunto de áreas, quando se tratar de centros de referência.

3.8.4 Avaliação, controle e monitoramento da atenção em alta complexidade em traumatismo-ortopedia

As unidades e/ou os centros de atenção de alta complexidade em traumatismo-ortopedia devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles.

Os procedimentos que compõem o rol da assistência ortopédica requerem autorização

prévia, exceto quando se tratar de urgência ou emergência, e necessitam apresentar laudos de solicitação de procedimentos (laudos para internação), que são analisados e, se aprovados, recebem o documento AIH.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informação do Ministério da Saúde, sendo que, para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, utiliza-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA, de acordo com as rotinas descritas no capítulo 2 deste livro, enquanto que para o registro das internações, o sistema utilizado é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

A partir do monitoramento da produção, é possível acompanhar a execução da programação para cada um dos serviços e essas informações são disponibilizadas pelo Datasus em meio magnético ou no endereço eletrônico do próprio Datasus, na internet (www.datasus.gov.br).

3.8.5 Projeto de estruturação e qualificação dos serviços preexistentes de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós-operatória – Projeto Suporte

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 401/2005, criou, no âmbito do SUS, o Projeto Suporte, considerando a necessidade de promover a equidade no acesso da população residente em áreas cuja assistência em traumato-ortopedia é deficitária ou inexistente.

O projeto tem por objetivo promover a estruturação de serviços de traumato-ortopedia e de reabilitação pós-operatória, por meio de apoio técnico e financeiro às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na implantação e implementação de serviços de ortopedia, traumatologia e reabilitação pós-operatória de média e de alta complexidade, prioritariamente nas regiões de baixa capacidade de oferta e de produção nessa especialidade, em especial os estados que compõem a Amazônia Legal.

As ações desse projeto serão desenvolvidas, de forma integrada e pactuada, entre os gestores do SUS, especificadas por instrumento legal (termos de compromissos e/ou convênio). Foi criado, no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), código para Tipo de Vínculo, para uso exclusivo no Projeto Suporte, por meio da Portaria MS/SAS n. 316/2006, para permitir o registro das informações do atendimento prestado por equipe médica do Instituto Nacional de Traumato-Ortopedia (Into), em outros estabelecimentos de saúde, públicos ou filantrópicos. Nesse caso, a unidade de saúde em que o Into estiver atuando no Projeto Suporte deverá cadastrar o serviço especializado de ortopedia de alta complexidade como terceirizado.

3.9 Política Nacional de Atenção às Urgências

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nessa área, nos últimos anos, decorrente do aumento do número de acidentes, da violência urbana e da insuficiente estruturação da rede, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população.

O aumento dessa demanda tem forte impacto sobre o SUS e pode ser medido diretamente, na assistência, pelo aumento dos gastos realizados com internações hospitalares, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de pacientes.

3.9.1 Desenvolvimento da Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde

O Ministério da Saúde, visando organizar um sistema hospitalar de atenção às urgências e emergências, instituiu, pela Portaria GM/MS n. 1.692/1995, o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), variando entre 10% a 25% incidente sobre os valores de Serviços Hospitalares (SH); Serviços Profissionais (SP); Serviços Auxiliares, Diagnósticos e Terapêuticos (SADT); e Procedimentos Especiais, do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), destinado somente às regiões metropolitanas, cabendo às CIBs a indicação dos hospitais.

Em seguida, por meio da Portaria GM/MS n. 2.923/1998, instituiu o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência e disponibiliza, naquele ano, para as UFs, o total de R\$ 150 milhões, destinados a:

- » Assistência pré-hospitalar.
- » Centrais de regulação.
- » Hospitais de referência do sistema estadual.
- » Treinamento das respectivas equipes.

Com a Portaria GM/MS n. 2925/1998, foram criados mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência que estabelecem critérios para a classificação e inclusão dos hospitais no sistema, que fariam jus à remuneração adicional, no valor de 50% na remuneração dos procedimentos do SIH/SUS, relacionados no anexo da portaria.

A portaria em questão foi revogada pela Portaria GM/MS n. 479/1999, que altera os

mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, os critérios para classificação/inclusão dos hospitais no sistema e a remuneração adicional, definindo o seguinte:

- a. Percentual do adicional (20%, 35% e 50%), que incidirá sobre o valor dos procedimentos de emergência do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS), relacionados no anexo da portaria (teve seu anexo alterado pela Portaria SAS/MS 727, de 7/12/1999), excluindo órteses, próteses, hemoterapia e procedimentos especiais, além de não ser cumulativo ao IVH-E.
- b. Classificação dos hospitais de referência:
 - b.1 Tipo I: Hospital especializado, com atendimento U/E clínico e cirúrgico, nas áreas de pediatria, traumatologia e cardiologia – 20%;
 - b.2 Tipo II: Hospitais gerais, com atendimento de U/E, clínico e cirúrgico – 35%;
 - b.3 Tipo III: Hospitais gerais, com atendimento de U/E, clínico, cirúrgico e traumatologia com atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização de recursos humanos em atividade de atendimento de U/E.
- c. Os hospitais deverão preencher os requisitos da portaria e participar das centrais de regulação ou de mecanismos de garantia de referência.
- d. Caberá à SAS/MS definir o número máximo de hospitais para compor o sistema, por UF.
- e. Caberá ao gestor estadual, após aprovação na CIB, o encaminhamento à SAS/MS da proposta de composição do seu sistema.
- f. As SES e SMS farão avaliações semestrais das unidades.

As normas para o atendimento pré-hospitalar foram criadas inicialmente pela Portaria GM/MS n. 824/1999, revogada pela Portaria GM/MS n. 814/2001, que estabeleceu conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências e normalizou o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, definindo o prazo de três anos para plena implantação (revogada pela Portaria GM/MS n. 2048/2002).

Com o objetivo de aprofundar o processo de consolidação dos sistemas estaduais de urgência e emergência, aperfeiçoando as normas já existentes e ampliando seu escopo, por meio da Portaria GM/MS n. 2048/2002, o Ministério da Saúde aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.

A portaria e o respectivo regulamento estabelecem princípios, diretrizes, normas e critérios de funcionamento; classificação e cadastramento de serviços, por meio de uma

rede assistencial integrada, estruturada desde a rede pré-hospitalar, unidades básicas de saúde, Estratégia Saúde da Família, ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapias, unidades não hospitalares, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (Samu, resgate, ambulâncias do setor privado etc), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um desses componentes da rede assistencial pela atenção de uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Outras normas a serem destacadas são a Portaria SAS/MS n. 969/2002, que institui, no âmbito do SUS, modelo de formulário de registro de atendimento de urgência e emergência e a Portaria SAS/MS n. 970/2002, que institui o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências, para registro de causas externas destinado à realização de estudos e pesquisas para subsidiar o planejamento de ações de prevenção, atenção e recuperação das pessoas em situações de acidentes e violência.

3.9.2 Estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência

A estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve abranger um conjunto de áreas, descritas detalhadamente no Regulamento Técnico da Portaria GM/MS n. 2048/2002:

- » Planos estaduais de atendimento de urgência e emergência.
- » Regulação médica das urgências e emergências.
- » Atendimento pré-hospitalar fixo.
- » Atendimento pré-hospitalar móvel.
- » Atendimento hospitalar.
- » Transferências e transporte inter-hospitalar.
- » Criação de núcleos de educação em urgência.
- » Proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos na área.

Para conhecimento dessas áreas, sugere-se a leitura direta do regulamento técnico, entretanto, destacamos a área de assistência hospitalar de urgência e emergência, pois apresenta nova classificação dos serviços hospitalares, diferente daquela já definida em normas anteriores. Os hospitais passam a ser assim classificados:

a. Unidades gerais

- a.1 Unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências e emergências de tipo I (assistência de U/E do primeiro nível da média complexidade).

a.2 Unidades hospitalares gerais de atendimento às urgências e emergências de tipo II (assistência de U/E do primeiro nível da média complexidade).

b. Unidades de referência (assistência de U/E do terceiro nível da média complexidade e alta complexidade):

b.1 Unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências de tipo I.

b.2 Unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências de tipo II.

b.3 Unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências de tipo III.

As unidades de referência correspondem respectivamente aos hospitais tipos I, II e III, definidos pela Portaria GM/MS n. 479/1999, prevalecendo os percentuais de adicionais (20%, 35% e 50%, respectivamente).

A Portaria GM/MS n. 2048/2002 altera o Artigo 2º da Portaria GM/MS n. 479/99, que estabelece critérios para a classificação e inclusão de hospitais nos sistemas estaduais de referência hospitalar de urgência e emergência, porém, convalida os atos praticados, até aquele momento, relacionados à classificação/cadastramento e inclusão de hospitais nos sistemas estaduais de referência hospitalar de urgência e emergência, isto é, os serviços classificados pela norma anterior permanecem, podendo realizar e receber pelos procedimentos previstos naquela norma.

A partir da publicação da Portaria GM/MS n. 2048/02, a inclusão de hospitais segue a classificação estabelecida no novo Regulamento Técnico, de caráter nacional, a ser utilizado para avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, extensivo ao setor privado, com ou sem vínculo com o SUS. Estabelece prazo de dois anos para adaptação dos serviços existentes às normas e aos critérios ali estabelecidos.

A Portaria em questão determina às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

- » Implantar os sistemas estaduais de urgência e emergência.
- » Organizar as redes assistenciais deles integrantes.
- » Organizar/habilitar e cadastrar os serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão essas redes.
- » Designar, em cada estado, o respectivo coordenador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

- » Adotar, no prazo de dois anos, providências necessárias para o pleno cumprimento do disposto na portaria (para novos serviços vigora a portaria em questão).

3.9.3 O estabelecimento da Política Nacional de Atenção às Urgências

Por meio da Portaria GM/MS n. 1863/2003, o Ministério da Saúde:

- » Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo.
- » Estabelece que a referida política será composta pelos sistemas de atenção às urgências e emergências estaduais, regionais e municipais organizadas.
- » Define que a política de que trata a portaria deve ser instituída a partir dos componentes fundamentais estabelecidos no regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências, publicado pela Portaria GM/MS n. 2048/2002.
- » Delega à SAS/MS, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação Geral de Urgência e Emergência, a adoção de providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Outras normas foram editadas para estruturar aspectos específicos da Política Nacional de Atenção às Urgências.

A Portaria GM/MS n. 1864/2003 institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), suas Centrais de Regulação (Central Samu 192), cuja estruturação e operacionalização foram estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2627/2004, e seus Núcleos de Educação em Urgência (NEU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro.

Atendimento pré-hospitalar móvel (Samu)

1. Investimento

a. Aquisição pelo MS:

- a.1 650 unidades de Suporte Básico de Vida, sendo 1:100.000 a 150.000 habitantes e 150 unidades de suporte avançado de vida, 1:400.000 a 450.000 habitantes, devidamente equipadas.
- a.2 Equipamentos para os laboratórios de ensino em procedimentos de saúde para os núcleos de ensino de urgência.

Essas unidades e equipamentos foram repassados aos estados, ao DF e aos municípios mediante celebração de convênio de cessão de uso.

b. Recursos transferidos às Secretarias de Saúde, destinados à construção, reforma, ampliação e equipamentos de *softwares* para até 152 Centrais Samu 192, sendo:

Aquisição de equipamentos:

- » R\$ 100.000,00: até 250.000 habitantes
- » R\$ 150.000,00: 250.001 a 500.000 habitantes
- » R\$ 200.000,00: acima de 500.000 habitantes

Adequação da área física das centrais de regulação de urgência em estados, municípios e regiões, parcela única – instituída pela Portaria GM/MS n. 1828/2004:

- » R\$ 50.000,00: até 250.000 habitantes
- » R\$ 100.000,00: 250.001 a 500.000 habitantes
- » R\$ 150.000,00: acima de 500.000 habitantes

2. Custeio

a. Repasse de R\$ 150.000,00 por núcleo de educação em urgências, destinados à capacitação de multiplicadores.

b. Custeio do componente pré-hospitalar móvel e sua central de regulação médica, instituído pela Portaria GM/MS n. 1828/2004, com responsabilidade compartilhada, de forma tripartite (União – 50% do valor estimado, estados e municípios).

c. Valor correspondente ao repasse do MS, regular e automático, do FNS para os fundos de saúde estaduais e municipais, sem onerar os respectivos tetos de MAC, destinados a manutenção das equipes efetivamente implantadas, segundo os parâmetros:

- c.1 R\$ 12.500,00 por Equipe de Suporte Básico
- c.2 R\$ 27.500,00 por Equipe de Suporte Avançado
- c.3 R\$ 19.000,00 por Equipe da Central Samu 192

d. Contrapartida dos estados e municípios para complementar o custeio deverá ser pactuada nas CIBs e estar expressa nos projetos;

e. Recebimento do custeio das equipes implicará na interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos, correspondentes às atividades de atenção móvel às urgências:

- e.1 Ao Samu não será autorizada apresentação de faturamento de serviços com base na tabela do SIA/SUS, procedimentos trauma I e II, agora contemplados no custeio;
- e.2 Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, cadastradas, atuando em conformidade com a Portaria GM/MS n. 2048/2002, mantém o faturamento através do BPA, SIA/SUS.

Tanto os recursos de investimento quanto os de custeio terão seus repasses limitados às Secretarias de Saúde qualificadas, que se responsabilizarem pela gestão e gerência do Samu e das Centrais Samu 192, definidas nos projetos, adequados aos pré-requisitos e compromissos previstos no Art. 6º da Portaria GM/MS n. 1.828/2004.

3. Fluxo dos projetos para habilitação

- » Análise e aprovação do comitê gestor do sistema de urgência (municipal, estadual e regional, conforme o caso).
- » Aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde (estaduais e municipais).
- » Respeitar as normas de cooperação técnica e financiamento de projetos e programas, mediante celebração de convênio, aprovadas pela Portaria GM/MS n. 601/2003.
- » Aprovação nas CIBs.
- » Encaminhamento à Coordenação Geral de Urgência e Emergência do DERAC/SAS/MS.
- » MS avalia e submete à Comissão Intergestores Tripartite.

Observação: As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde com serviços de atenção pré-hospitalar 192 já em funcionamento farão jus imediato aos recursos de custeio, mediante apresentação ao MS de projetos que contemplem os pré-requisitos descritos no Art. 7º da portaria.

O anexo da Portaria GM/MS n. 1.864/2003 define outros pontos de interesse para os componentes da atenção pré-hospitalar:

- » Acompanhamento e avaliação das ações – trimestral.
- » Regulação do atendimento às urgências – papéis e responsabilidades dos gestores.
- » Estrutura dos comitês gestores.
- » Compromissos dos núcleos de educação em urgência.
- » Planejamento da operação dos sistemas de atenção às urgências.
- » Padronização visual (obrigatória).

4. Portarias Recentes

A Portaria GM/MS n. 2970, de 8 de dezembro de 2008, instituiu diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional Samu 192 a fim de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel às populações dos municípios em todo o território nacional, por meio da adoção de novas diretrizes e parâmetros técnicos definidos pela referida Portaria.

Para o planejamento e a implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso aos Samu já habilitados, e para contemplar novos Samu a ser implantados,

deverão ser utilizados, prioritariamente, parâmetros de tempo-resposta e não apenas os parâmetros de quantitativos populacionais mínimos para a alocação de ambulâncias de suporte básico e suporte avançado de vida constantes da Portaria GM/MS n. 1.864, de setembro de 2003.

Em relação ao tempo-resposta, deverá ser ampliado o entendimento relativo às intervenções do Samu em capitais, regiões metropolitanas e cidades com grande concentração populacional urbana, considerando-se aceitáveis novos parâmetros de acesso a quaisquer pontos de atenção da rede, interligados ao Samu por meio de efetivos sistemas de comunicação.

Dessa forma, são considerados pontos de atenção as unidades de saúde contempladas com Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento e as portas hospitalares de urgência, todas elas qualificadas pelos esforços convergentes de configuração de redes de atenção integral às urgências instituídos pelas Portarias GM/MS n. 2.922, de 2 de dezembro de 2008, e n. 2.972 de 8 de dezembro de 2008, e as unidades móveis do Samu 192 (ambulância, ambulância, motolância e/ou aeronaves).

Todos esses pontos de atenção deverão estar integrados por sistemas de informação e comunicação que lhes permita o perfeito entendimento das várias situações, o exercício da Telesaúde e, conseqüentemente, a adequada atenção aos pacientes.

Em relação aos parâmetros de tempo-resposta do Samu 192 e de tempo de acesso aos pontos de atenção, sob a ótica de regionalização, caberá às respectivas coordenações técnicas dos serviços o estabelecimento de percentuais para cada serviço/região, consideradas as peculiaridades e as especificidades locorregionais, mediante a avaliação da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde – CGUE/MS.

A referida portaria institui financiamento para investimento e custeio a título de contrapartida federal para a implementação da regionalização dos Samu 192 já implantados e para a implantação de novos Samu regionais, que deve ser complementado pelas demais esferas de gestão do SUS, conforme as características de cada projeto e as orientações gerais nela previstas.

Estabelece que, para a operacionalização dessa Portaria, serão destinados recursos para construção/adaptação de áreas físicas, materiais e mobiliários e equipamentos de informática e rede.

A partir da publicação dessa Portaria, as Centrais de Regulação Médica de Urgências já existentes ou as novas Centrais Regionais que venham a se configurar, para seu adequado funcionamento, deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais estabelecidos no quadro abaixo:

Quadro 1

Nº DE PROFISSIONAIS	MÉDICOS REGULADORES – MR		TELEFONISTAS AUXILIARES DE REGULAÇÃO MÉDICA – TARM		RÁDIO-OPERADORES – RO		NÚMERO TOTAL DE PROFISSIONAIS	
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
População								
Até 350.000	01	01	02	01	01	01	04	03
351.000 a 700.000	02	02	03	02	01	01	06	05
701.000 a 1.500.000	03	02	05	03	01	01	09	06
1.500.001 a 2.000.000	04	03	06	05	01	01	11	09
2.000.001 a 2.500.000	05	04	07	06	02	01	14	11
2.500.001 a 3.000.000	06	05	08	07	02	02	16	14
3.000.001 a 3.750.000	07	05	10	07	03	02	20	14
3.750.001 a 4.500.000	08	06	13	09	04	03	25	18
4.500.001 a 5.250.000	09	07	15	11	05	03	29	21
5.250.001 a 6.000.000	10	08	17	13	06	04	33	25
6.000.001 a 7.000.000	11	09	20	15	07	05	38	29
7.000.001 a 8.000.000	12	10	23	17	08	06	43	33
8.000.001 a 9.000.000	13	11	25	20	09	07	47	38
9.000.001 a 10.000.000	14	11	28	22	10	07	52	40
10.000.001 a 11.500.000	15	12	31	25	11	08	57	45

A referida portaria altera o valor do incentivo financeiro repassado às Centrais de Regulação Médica estabelecido pela Portaria GM/MS n. 1.864, de 29 de setembro de 2003, de acordo com os novos valores contidos no quadro abaixo, em função do quantitativo populacional da região de cobertura de cada Central e com o número de profissionais da equipe:

Quadro 2

POPULAÇÃO	MR	TARM	RO	CUSTO MÉDIO ESTIMADO (R\$)	REPASSE MS – 50%
Até 350.000	01	02	01	60.000,00	30.000,00
351.000 a 700.000	02	03	01	98.000,00	49.000,00

701.000 a 1.500.000	03	05	01	128.000,00	64.000,00
1.500.001 a 2.000.000	04	06	01	158.000,00	79.000,00
2.000.001 a 2.500.000	05	07	02	188.000,00	94.000,00
2.500.001 a 3.000.000	06	08	02	218.000,00	109.000,00
3.000.001 a 3.750.000	07	10	03	248.000,00	124.000,00
3.750.001 a 4.500.000	08	13	04	278.000,00	139.000,00
4.500.001 a 5.250.000	09	15	05	308.000,00	154.000,00
5.250.001 a 6.000.000	10	17	06	338.000,00	169.000,00
6.000.001 a 7.000.000	11	20	07	368.000,00	184.000,00
7.000.001 a 8.000.000	12	23	08	398.000,00	199.000,00
8.000.001 a 9.000.000	13	25	09	428.000,00	214.000,00
9.000.001 a 10.000.000	14	28	10	458.000,00	229.000,00
10.000.001 a 11.500.000	15	31	11	488.000,00	244.000,00

Serão destinados recursos de incentivo financeiro para a adaptação de Centrais já existentes em razão de sua regionalização ou para a construção de novas Centrais de Regulação Médica de Urgências Regionais, conforme definições constantes do quadro abaixo, desde que acatados os números de postos de trabalho especificados acima:

Quadro 3

POPULAÇÃO	VALOR (R\$)
Até 350.000	100.000,00
350.001 a 1.500.000	150.000,00
1.500.001 a 4.000.000	175.000,00
Acima de 4.000.000	200.000,00

Serão destinados recursos financeiros para a aquisição de materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação Médica segundo parâmetros do quadro 3:

Quadro 4

POPULAÇÃO	MR	TARM	RO	Nº DE POSTOS DE TRABALHO	ARMÁRIOS	INCENTIVO EM R\$
Até 350.000	01	02	01	04	01	16.000,00
351.000 a 700.000	02	03	01	06	01	22.284,00

701.000 a 1.500.000	03	05	01	09	02	29.128,00
1.500.001 a 2.000.000	04	06	01	11	02	32.510,00
2.000.001 a 2.500.000	05	07	02	14	02	39.354,00
2.500.001 a 3.000.000	06	08	02	16	02	41.765,00
3.000.001 a 3.750.000	07	10	03	20	03	52.722,00
3.750.001 a 4.500.000	08	13	04	25	03	63.268,00
4.500.001 a 5.250.000	09	15	05	29	03	69.381,00
5.250.001 a 6.000.000	10	17	06	33	03	76.785,00
6.000.001 a 7.000.000	11	20	07	38	04	88.302,00
7.000.001 a 8.000.000	12	23	08	43	04	97.557,00
8.000.001 a 9.000.000	13	25	09	47	04	103.670,00
9.000.001 a 10.000.000	14	28	10	52	04	114.216,00
10.000.001 a 11.500.000	15	31	11	57	05	124.442,00

Serão destinados recursos financeiros para a aquisição de Equipamentos de Tecnologia da Informática e Rede segundo valores apontados no quadro 5:

Quadro 5

POPULAÇÃO	Nº DE POSTOS	SERVIDOR TIPO	VALOR DO INCENTIVO (R\$)
Até 350.000	04	01	96.847,21
351.000 a 700.000	06	01	102.481,21
701.000 a 1.500.000	09	01	110.932,21
1.500.001 a 2.000.000	11	01	116.566,21
2.000.001 a 2.500.000	14	02	125.017,21
2.500.001 a 3.000.000	16	02	143.792,21
3.000.001 a 3.750.000	20	02	164.880,70
3.750.001 a 4.500.000	25	02	178.965,70
4.500.001 a 5.250.000	29	02	190.233,70
5.250.001 a 6.000.000	10	03	229.157,70
6.000.001 a 7.000.000	38	03	249.379,15
7.000.001 a 8.000.000	43	03	263.464,15
8.000.001 a 9.000.000	47	03	274.732,15
9.000.001 a 10.000.000	52	03	288.817,15
10.000.001 a 11.500.000	57	03	302.902,15

A referida portaria define que terão prioridade os projetos:

- I. de regionalização do Samu 192 com proposta de agrupamento de centrais municipais já existentes, a fim de configurar centrais regionais;
- II. de centrais municipais ou regionais já existentes, com proposta de incorporação de novos municípios; e
- III. novos, de caráter regional, otimizando em todas as situações a utilização de recursos e ampliando a cobertura e o acesso.

Além dessa portaria que claramente define a priorização pela organização de Samu Regional foi publicada a Portaria GM/MS n. 2.971, de 8 de dezembro de 2008, que institui o 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 e estabelece que as motolâncias sejam adquiridas pelo Ministério da Saúde e cedidas mediante termo de doação, aos Samu 192.

Atendimento pré-hospitalar fixo (Upa)

A Portaria GM/MS n. 2.922, de 2 de dezembro de 2008, pactuada na CIT, estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de organização de redes locais-regionais de atenção integral às urgências e a prioridade de pactuação para 2009 de diretrizes para financiamento da atenção à urgência e emergência em ambiente hospitalar do SUS e suas unidades de pronto-socorro, bem como diretrizes para financiamento de ações voltadas para a organização da rede de atenção à urgência e emergência nos pequenos municípios.

A referida portaria trata da Implementação de Redes de Atenção Integral às Urgências, através da implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPAs – e Salas de Estabilização – SE – em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, em municípios/regiões de todo o território brasileiro vinculados ao Samu 192 implantado e habilitado.

Definiu que poderão ser apresentados projetos de adequação/implantação de UPAs e SE destinados à configuração de redes de atenção integral às urgências em concomitância com a apresentação de projetos de implantação de novos Samu 192, desde que estes tenham caráter regional. Nesses casos, a avaliação dos projetos das UPAs e SE só será realizada após a apreciação e aprovação do projeto de implantação do Samu 192 na referida região.

Seriam destinados recursos de capital para a adequação dos equipamentos de

unidades já existentes, quando a relevância destas na rede de atenção às urgências locorregionais for demonstrada e suas responsabilidades assistenciais devidamente definidas e pactuadas com os demais componentes dessa rede.

Também seriam destinados recursos de custeio para as unidades já existentes, após avaliação de cada projeto de solicitação e estando estes de acordo com as normas e diretrizes da presente Portaria, da Portaria GM/MS n. 2.048 de 2002, da Portaria GM/MS n. 1.863 de 2003 e demais matérias que legislam sobre o tema. Determinava que os valores destinados à contrapartida federal no custeio das unidades sejam submetidos a revisão e, se necessário, a reajustes anuais, conforme avaliação e definição das instâncias técnicas competentes.

Essa portaria foi revogada pela Portaria n. 1.020, de maio de 2009, que não foi pactuada na CIT.

A Portaria GM/MS n. 1.020/2009 estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e cria mecanismos para implantação do componente pré-hospitalar fixo das Redes de Atenção Integral às Urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Define como integrantes do componente pré-hospitalar fixo:

- I. Unidades de Pronto Atendimento – UPAs; e
- II. Salas de Estabilização – SE.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs – e as Salas de Estabilização – SE – devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências.

As UPAs são classificadas em três (3) diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta, a capacidade instalada – área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos – e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme definido no quadro abaixo:

Quadro 6

UPA	POPULAÇÃO DA REGIÃO DE COBERTURA	ÁREA FÍSICA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
Porte I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	50 a 150 pacientes	2 médicos, sendo um pediatra e um clínico geral	5 – 8 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	151 a 300 pacientes	4 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	9 – 12 leitos
Porte III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	301 a 450 pacientes	6 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	13 – 20 leitos

Define como Sala de Estabilização – SE – a estrutura que, compondo a rede organizada de atenção às urgências, funcione como local de estabilização de pacientes para posteriormente referenciá-los para a rede de atenção à saúde. A SE deve ser implantada observando os parâmetros do quadro abaixo:

Quadro 7

SERVIÇO/ UNIDADE	POPULAÇÃO DA REGIÃO DE COBERTURA	ÁREA FÍSICA	NÚMERO DE TENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
SE	Menor que 50.000 habitantes	25 m ²	Demanda	1 médico generalista habilitado em urgências	Nenhum ou menos que 5 leitos

A referida portaria institui incentivo financeiro de investimento para implantação das UPA e das SE, nos respectivos valores abaixo estabelecidos:

Quadro 8

PORTE	INCENTIVO FINANCEIRO (EDIFICAÇÃO/MOBILIÁRIO, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS)
SE	R\$ 77.500,00
UPA Porte I	R\$ 1.400.000,00
UPA Porte II	R\$ 2.000.000,00
UPA Porte III	R\$ 2.600.000,00

Estabelece que o repasse dos incentivos financeiros para investimento seja realizado pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS, de forma regular e automática, na forma abaixo definida:

I. primeira parcela, equivalente a 10% do valor total aprovado: após a publicação da portaria específica de habilitação;

II. segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia – CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e

III. terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia – CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.

Define que as despesas de custeio dessas unidades sejam de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios e que o Ministério da Saúde repassará, a título de participação no custeio mensal das respectivas unidades, os valores abaixo discriminados:

Quadro 9

PORTE	VALOR PARA CUSTEIO/MÊS
SE	R\$ 35.000,00
UPA Porte I	R\$ 100.000,00
UPA Porte II	R\$ 175.000,00
UPA Porte III	R\$ 250.000,00

As principais alterações em relação ao pactuado na Portaria n. 2922/08 foram:

- » Define financiamento de custeio e investimento apenas para UPAs “novas”, portanto, não contempla financiamento para UPAs já existentes.
- » Retira o “considerando” sobre o financiamento do componente hospitalar.
- » Retira o artigo que “determinava que os valores destinados à contrapartida federal no custeio das unidades sejam submetidos a revisão e, se necessário, a reajustes anuais, conforme avaliação e definição das instâncias técnicas competentes”.

Componente Hospitalar e Pós- Hospitalar

O Componente Hospitalar não foi objeto de ação efetiva no sentido de financiamento de custeio e investimento à luz do previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, nos moldes do Samu e UPAs, com transferência fundo a fundo, apesar de ter havido uma pactuação que isso ocorreria a partir de 2009. Já o Componente Pós-Hospitalar – que envolve as modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária – sequer foi discutido nos últimos anos.

3.9.4 Síntese do financiamento

A produção de procedimentos clínicos e cirúrgicos relacionados à atenção de urgência e emergência é registrada no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), onerando os limites financeiros de MAC, com exceção de intercorrência pós-transplante, que onera o Faec.

Para os hospitais habilitados como unidades hospitalares de referência em atendimento às urgências e emergências, tipo I, II e III, dos sistemas estaduais de urgência e emergência, incidirá o adicional, nos respectivos percentuais (20%, 35% e 50%), sobre os valores de procedimentos definidos como U/E da tabela do SIH/SUS (excluídos órteses e próteses, procedimentos especiais, hemoterapia e alta complexidade em neurocirurgia), recursos estes que também compõem os limites de MAC. Deverá ser lançado no campo específico da AIH o caráter de internação tipo 2 – emergência em unidade de referência.

Para os hospitais habilitados para o recebimento do adicional de IVH-E, de acordo com a Portaria GM/MS n. 1692/1995, o respectivo percentual também incidirá sobre os valores do SIH/SUS, excluindo os valores de órteses e próteses e sangue.

Para o atendimento pré-hospitalar móvel e centrais de regulação médica (Samu 192), o financiamento está previsto por meio de incentivos de custeio repassados, mensalmente, fundo a fundo, pelo MS, e contrapartidas estaduais e municipais, não cabendo aos serviços de Samu apresentar faturamento dos procedimentos de trauma I e II, no BPA/SIA/SUS, sendo permitido apenas para os atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros e Polícia Federal Rodoviária, devidamente cadastrados.

Quanto ao financiamento das Unidades de Pronto Atendimento o financiamento de custeio até o fechamento desta edição ainda estava restrito às unidades novas construídas de acordo com o padrão estabelecido na Portaria GM/MS n. 1020/2009.

3.10 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

As doenças neurológicas no país ocupam importante posição epidemiológica, e sua magnitude social e consequências levam a um quadro de morbidade composto por elevada prevalência de pessoas com sequelas relacionadas, além de elevada taxa de mortalidade.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.161/2005, institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doenças Neurológicas, a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, buscando a intervenção precoce:

- » na história natural das doenças neurológicas, por meio de ações de promoção e prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase na atenção aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil;
- » nas causas que influenciam na incidência de epilepsia, como: desnutrição, desassistência ao parto, doenças infecciosas e parasitárias, além da possibilidade de tratamento das doenças de caráter hereditário e crônico-degenerativas.

Assim, a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica objetiva a estruturação de uma rede de serviços, regionalizada e hierarquizada, que estabeleça linhas de cuidados integrais aos portadores de doenças neurológicas, com vistas a minimizar o dano da doença e melhorar o acesso dos pacientes ao atendimento especializado.

Para tanto, é criada uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), com o objetivo de acompanhar a implantação da política instituída e para adotar providências necessárias à sua plena estruturação, através de portarias específicas.

3.10.1 Componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

a. Atenção primária:

a.1 ações voltadas à promoção, prevenção e ações clínicas básicas, tendo como rede de assistência os centros de saúde/unidades básicas de saúde, postos de saúde e, em especial, as equipes de Saúde da Família.

b. Média complexidade:

b.1 ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, organizadas segundo o

Plano Diretor de Regionalização (PDR).

c. Alta complexidade:

c.1 garantir acesso aos procedimentos neurológicos, neurointervencionistas e neurocirúrgicos, 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.

d. Plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Neurológicas.

e. Regulamentação suplementar pelos estados, Distrito Federal e municípios.

f. Regulação, controle e avaliação das ações.

g. Sistema de informações que possa subsidiar tomada de decisões dos gestores.

h. Diretrizes de condutas.

i. Capacitação e educação permanente, alicerçada aos Polos de Capacitação.

j. Acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e especializada.

3.10.2 Estruturação das redes estaduais ou regionais de assistência ao paciente neurológico em alta complexidade

Antes da instituição da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, já existiam normas do Ministério da Saúde que definiam a prestação e realização de procedimentos dessa área.

A Portaria SAS/MS n. 46/1994 incluiu, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), os procedimentos para tratamento da epilepsia e, por meio da Portaria SAS/MS n. 50/1997, revê os critérios para cadastramento de hospitais para realização dos procedimentos de epilepsia no Sistema Único de Saúde.

A Portaria GM/MS n. 2.920/1998 estabeleceu as condições para hospitais realizarem procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia, no Sistema Único de Saúde (SUS), classificando-os em três níveis, por complexidade, sendo:

- » Nível I, abrangência de região com 50.000 habitantes, realizando 48 cirurgias/ano.
- » Nível II, acima de 200.000 habitantes, 96 cirurgias/ano.
- » Nível III, acima de 500.000 habitantes, 120 cirurgias/ano.

Essa portaria define, ainda, os pré-requisitos para cada nível, sendo o nível III o de maior complexidade, e determina a necessidade de credenciamento por meio de processo, demonstrando o cumprimento das normas, encaminhado à SAS/MS.

A Portaria GM/MS n. 2.922/1998 cria os códigos de procedimentos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), exclusivos para hospitais credenciados em alta complexidade para neurocirurgia, níveis I, II e III, mantendo apenas alguns códigos para cobrança em hospitais gerais.

A Portaria SAS/MS n. 756/2005 (que revoga a Portaria SAS/MS n. 391/2005 que tratava do mesmo assunto) conceituou serviços, estabeleceu prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar as redes estaduais e/ou regionais de assistência ao paciente neurológico na alta complexidade.

As unidades e os centros de referência devem atender, ainda, às exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) quanto à área física estabelecida na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 50/2002, alterada pelas RDC n. 307/2002 e RDC n. 189/2003.

Essa rede deve ser composta por unidades de assistência de alta complexidade em neurocirurgia e centros de referência de alta complexidade em neurologia. As normas gerais para o credenciamento/habilitação das unidades e centros constam do anexo I da referida portaria.

Características dos serviços da rede:

1. Unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia – deverá oferecer, no mínimo, os três primeiros serviços descritos a seguir.

a. Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento.

b. Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia da coluna e dos nervos periféricos.

c. Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia dos tumores do sistema nervoso.

d. Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia vascular.

e. Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia da dor funcional.

2. Centro de referência de alta complexidade em neurologia – deve ser hospital de ensino, certificado pelo MS e MEC, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.000/2004. Cabe ao gestor estadual a indicação dos centros, apreciada em CIB. Os centros de referência deverão oferecer todos os serviços previstos para a unidade acima descrita, podendo, ainda, credenciar-se, atendendo às normas específicas, em um ou mais dos seguintes serviços:

- a. Serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia de epilepsia.
 - b. Serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular.
 - c. Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional estereotáxica.
3. Estrutura assistencial – as unidades e os centros deverão oferecer assistência especializada e integral, por ações diagnósticas e terapêuticas, aos pacientes, atuando nas modalidades de assistência neurológica e neurocirúrgica de alta complexidade, alta tecnologia e alto custo, para as quais foram credenciadas, sendo obrigatórias as seguintes ações:
- a. Realizar anualmente, no mínimo, 150 procedimentos de alta complexidade, listados no anexo VII da referida portaria, para pacientes SUS.
 - b. Realizar atendimento de urgência e emergência, nas 24 horas, aos pacientes que necessitarem de procedimentos para os quais foram credenciadas.
 - c. Realizar atendimento ambulatorial em neurologia e neurocirurgia, oferecendo 500 consultas eletivas/mês para cobertura de 800.000 habitantes.
 - d. Assegurar atendimento pós-operatório na unidade.
 - e. Oferecer exames de diagnose e terapia em neurologia, para cada conjunto de 150 procedimentos de alta complexidade:
 - e.1 100 exames/mês de eletroencefalograma;
 - e.2 60 exames/mês de ecodoppler arterial;
 - e.3 50 exames/mês de eletroneuromiografia.
 - f. Oferecer reabilitação.
 - g. Integrar-se ao sistema de referência e contrarreferência.
 - h. Desenvolver e participar de programas de prevenção.
 - i. Oferecer, especificamente para serviço de epilepsia: 100 consultas/mês para 800.000 habitantes; atendimento em neurofisiologia clínica, neuropsicologia, medicina de suporte e acompanhamento clínico.

Uma unidade que não possua serviço de radioterapia na sua estrutura deverá obrigatoriamente estabelecer, em conjunto com o respectivo gestor, referências formais para o encaminhamento dos doentes para assistência em radioterapia.

Os estados que não dispõem de serviços em quantidade suficiente e aqueles em que inexistem serviços poderão contar com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), para assegurar o acesso da população aos serviços de alta complexidade neurológica para os procedimentos contemplados pela mesma, em outra UF.

As unidades, para serem credenciadas/habilitadas, deverão cumprir as exigências específicas para cada um dos serviços que pretende oferecer ao SUS, estabelecidas na Portaria MS/SAS n. 756/2005 e nos seus anexos I e II, e serão avaliadas conforme roteiros de inspeção/vistoria estabelecidos nos anexos IIIA e IIIB, da mesma norma técnica. Essa portaria possui, no total, 10 anexos, com outros itens relativos aos procedimentos realizados pelas unidades. Os anexos V, VI e VII da portaria foram republicados no DOU n. 100, de 26/5/2006.

Cabe observar que o anexo VII dessa portaria (relação dos procedimentos incluídos nas tabelas SIA e SIH/SUS) foi alterado pela Portaria SAS/MS n. 757/2005, que exclui procedimentos da tabela SIA e SIH/SUS e inclui novos procedimentos na tabela do SIA-SUS, por meio de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac). Essa portaria revoga o parágrafo 2º, do Artigo 6º, da Portaria SAS/MS n. 296/1999.

Fluxo para credenciamento/habilitação – segue o descrito no capítulo 2, cabendo o envio à SAS/MS do anexo IIIA, devidamente preenchido e assinado pelo gestor estadual, para publicação e, se necessário, o Ministério da Saúde fará vistoria *in loco*, por meio do anexo IIIB, que será remetido à SES para apreciação em CIB.

3.10.3 Alguns parâmetros para o planejamento e a avaliação da rede estadual ou regional de assistência ao paciente neurológico na alta complexidade

a. Número de serviços necessários por Unidade da Federação

a.1 Centro de referência: 1 para cada 5.000.000 de habitantes, sendo que para os estados com número de habitantes inferior a 5 milhões deverá ser cadastrado, no máximo, um centro.

a.2 Unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia: 1 para cada 800.000 habitantes.

b. Avaliação, controle e monitoramento da assistência

As unidades e/ou os centros de assistência de alta complexidade em neurologia devem submeter-se a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles. Os procedimentos que compõem o rol da assistência neurológica requerem autorização prévia, exceto quando se tratar de urgência ou emergência, e necessitam apresentar laudos de solicitação de procedimentos (laudo para internação ou laudo para emissão de Apac) que são analisados e, se aprovados, recebem o documento AIH ou a Apac.

Mudança de procedimento e procedimentos especiais requerem autorização do diretor clínico do hospital.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, usa-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA; já para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, como radiocirurgia estereotáxica, o instrumento utilizado é a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac), também do SIA, de acordo com as rotinas descritas no capítulo 2 deste livro. Para o registro das internações, o sistema utilizado é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que tem como seu principal instrumento a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Ressalta-se que a revisão da tabela de procedimentos do SIH e SIA/SUS relacionados à Neurologia prevê que alguns procedimentos que antes da publicação da Portaria SAS/MS n. 756/2005 eram autorizados apenas para realização em hospitais credenciados para alta complexidade em neurocirurgia, nível I, passem a ser realizados por hospitais gerais, não credenciados/habilitados de acordo com a nova portaria.

Deverão ser observadas as diretrizes específicas, constantes do anexo IV das Portarias SAS/MS n. 756 e n. 757/2005, sendo esta última republicada em 3/2/2006.

Foram estabelecidos formulários de registros como instrumentos de gestão, de preenchimento obrigatório, para:

- » Registro Brasileiro de Investigação e Cirurgia da Epilepsia;
- » Registro Brasileiro de Tratamento Endovascular;
- » Registro Brasileiro de Neurocirurgia Funcional e Estereotáxica.

3.11 Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte

A Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.044/2004, tendo como objetivo a utilização de um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção dos hospitais que possuem de cinco a trinta leitos na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolubilidade e qualidade às ações definidas de acordo com a complexidade da assistência prestada.

3.11.1 Condições para a integração dos hospitais à Política Nacional

São condições necessárias para que os hospitais sejam integrados à política proposta.

- » Serem hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos, que possuam o certificado de filantrópico.

- » Estarem localizados em municípios ou microrregiões com até 30 mil habitantes.
- » Possuírem entre 5 e 30 leitos cadastrados no CNES e estarem situados em municípios com cobertura da estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%.
- » Para os estados da Amazônia Legal não será exigida a cobertura de 70% da estratégia de Saúde da Família, desde que os gestores tenham, em seus planos municipais de saúde, ações e metas progressivas de qualificação de equipes de Saúde da Família (Portaria GM/MS n. 1.955/2006).

Algumas ações estratégicas estabelecidas por essa política que deverão ser cumpridas pelos estabelecimentos de saúde.

- » Adequação do perfil assistencial, preferencialmente para atender às especialidades básicas (clínicas médica, pediátrica e obstétrica); Saúde Bucal, em especial as urgências odontológicas; pequenas cirurgias; atendimento às urgências e emergências, desde que preencha os requisitos técnicos pertinentes e integre o sistema regional.
- » Participação nas políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaboração na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde.
- » Participação na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.
- » Cumprimento do contrato de metas firmado com o gestor local de saúde.
- » Desenvolvimento das ações de qualificação da gestão hospitalar.
- » Regularização da totalidade dos serviços contratados.
- » Regulação do gestor local do SUS.
- » Participação na composição do Conselho Gestor do Contrato de Metas.
- » Alimentação, sistemática, dos sistemas de informação do SUS.

Ações do gestor estadual para que um hospital possa fazer parte da política em questão:

- » Submeter a proposta à Comissão Intergestores Bipartite.
- » Formalizar a adesão do estado à política.
- » Encaminhar os planos de trabalho formulados pelos municípios ou pelo próprio estado, quando se tratar de unidade hospitalar sob sua gestão.
- » O plano de trabalho deve conter o detalhamento de metas, ações e programações que serão desenvolvidas nos hospitais.

Para a definição do número de leitos que serão objeto da orçamentação, o gestor deverá considerar o parâmetro de necessidade de internações de baixa e média complexida-

de, estimado em 5% da população da área de abrangência ao ano e uma taxa de ocupação de 80% e a média de permanência de cinco dias (inicialmente previstos quatro dias, mas houve a retificação dessa regra no DOU de 21/7/04). Para os estados participantes da Amazônia Legal, o parâmetro de cobertura de internações é de 6% da população de abrangência (Portaria GM/MS n. 1.955/2006).

3.11.2 Financiamento

Os recursos financeiros destinados à implantação dessa política foram definidos por meio da Portaria SAS/MS n. 287/2004, que instituiu a remuneração de R\$ 1.473,00, por leito, por mês. Esse valor foi determinado com base no valor médio da AIH dos hospitais de pequeno porte no ano de 2003, ajustado à necessidade de internação de baixa e média complexidade e aos parâmetros de taxa de ocupação e média de permanência da utilização dos leitos.

Definiu-se o valor mínimo de R\$ 10.000,00 para a orçamentação mensal do hospital de pequeno porte após o ajuste do número de leitos necessários. Os procedimentos ambulatoriais, realizados nesse tipo de hospital, continuam sendo remunerados mediante produção realizada e aprovada pelo gestor.

Essa portaria estabelece, ainda, que o impacto financeiro da proposta, ou seja, a diferença entre o valor pago em 2003 e o valor orçamentado, será dividido igualmente entre o Ministério da Saúde e o gestor estadual.

No entanto, o gestor municipal poderá participar do custeio, desde que pactuado na Comissão Intergestores Bipartite e deliberado pela Comissão Intergestores Tripartite. Esses hospitais poderão pleitear recursos de investimento desde que seus projetos estejam contemplados no Plano Diretor de Investimento e em conformidade com as normas de cooperação técnica e financeira de programas e projetos mediante celebração de convênios ou outro instrumento, conforme regras disponíveis pelo Ministério da Saúde, no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br.

3.11.3 Outras normas relativas à adesão ao plano

A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da Portaria SAS/MS n. 94/2005, estabeleceu um fluxo operacional para a apresentação e envio do termo de adesão, que é o instrumento proposto para que o gestor estadual manifeste o compromisso da contrapartida financeira do impacto dessa proposta e a relação dos municípios e estabelecimentos de saúde que participarão da Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, a população abrangida, e as informações sobre o faturamento mensal e o impacto financeiro da proposta, do Plano de Trabalho, cujo modelo está disponível em meio eletrônico no

site www.saude.gov.br/hpp, que deverá ser apreciado e aprovado nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite, e do contrato firmado entre o gestor de saúde e o prestador de serviços de saúde.

É facultado ao gestor municipal determinar que os médicos das equipes de Saúde da Família destinem, até 8 horas de sua carga horária semanal de 40 horas, para atuação nos hospitais de pequeno porte, devendo para tanto o gestor elaborar um Plano de Integração da Saúde da Família com o hospital em que o profissional irá atuar, e submetê-lo à aprovação do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite (Portaria GM/MS n. 619/2005).

O Ministério da Saúde, com a edição da Portaria GM/MS n. 852/2005, facultou a participação de hospitais com mais de trinta leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, desde que, após a avaliação da necessidade de internação da população de referência e usando os parâmetros propostos, apresente necessidade de até trinta leitos. Outra flexibilidade concedida é que passou a ser permitido que sejam apresentadas propostas de adesão a essa política por municípios com cobertura inferior a 70% da estratégia de Saúde da Família, no entanto, o efeito financeiro somente será concedido por ocasião do cumprimento e comprovação do alcance da meta de cobertura. Definiu, ainda, que aos hospitais que apresentaram faturamento com valor médio de AIH, no ano de 2004, maiores que o valor proposto pela política, seria assegurado o valor de 2004 como seu custeio por ocasião da adesão.

O Ministério da Saúde vedou o cadastramento de novos hospitais no SUS, bem como de investimento do SUS para a construção desse tipo de unidade (Artigo 14, da Portaria GM/MS n. 1.044/2004), exceto para aquelas unidades que já estavam construídas, porém não tinham sido cadastradas por ocasião da proibição (Artigo 2º da Portaria GM/MS n. 852/2005).

Compete ao gestor estadual ou municipal a identificação, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), dos estabelecimentos que dispõem do contrato de gestão/metabolismo e da informação da não geração de créditos dos procedimentos realizados, já que para esse tipo de hospital é determinado o pagamento por valores fixos.

3.12 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos, 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.

Segundo dados citados pelo Ministério da Saúde, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira e, nos últimos anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes.

Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população mais idosa, ou seja, de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de reorganizar os modelos assistenciais.

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.

3.12.1 O desenvolvimento da Política de Atenção às Pessoas Idosas no Brasil

No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (Lei n. 8.842/94). 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 n. 8.842/94 e Decreto n. 1.948/96).

Diversas normas federais trataram da atenção à Saúde dos Idosos, desde então:

- a. A Portaria GM/MS n. 1.395/1999 publicou, pela primeira vez, a Política Nacional de Saúde do Idoso (revogada pela Portaria GM/MS n. 2.528/2006).
- b. A Portaria GM/MS n. 2.414/1998 estabelece requisitos para o credenciamento de unidades hospitalares, critérios para realização de internação em regime de hospital geriátrico e inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), os procedimentos para cobrança dessa modalidade de internação.
- c. A Portaria GM/MS n. 280/1999 torna obrigatória, aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes acima de 60 anos de idade, quando internados, e autoriza a cobrança da diária do acompanhante no SIH/SUS, regulamentada através da Portaria GM/MS n. 830/1999.
- d. A Portaria GM/MS n. 702/2002 cria mecanismos para a organização e implementação de redes estaduais de assistência à Saúde do Idoso e determina às Secretarias de Saúde dos estados, dos municípios e do DF a adoção de providências para implantação, bem como organização, habilitação e cadastramento dos centros de referência que integrarão essas redes. Segundo essa portaria, a composição das redes seria por:

- d.1 Hospitais gerais;
- d.2 Centros de referência em assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso.
- e. A Portaria GM/MS n. 702/2002 determina, ainda, que a SAS/MS defina as normas para cadastramento dos centros de referência de assistência à Saúde do Idoso, o que ocorreu por meio da Portaria SAS/MS n. 249/2002 e seus anexos.
- f. A Portaria SAS/MS n. 249/2002 prevê também:
 - f.1 a assistência domiciliar geriátrica realizada pelos centros de referência de assistência à Saúde do Idoso, por período de atenção necessária (curta, média e longa permanência), criando os respectivos códigos de procedimentos por meio da Portaria GM/MS n. 738/2002, que também altera a descrição dos procedimentos de hospital-dia geriátrico, passando a hospital-dia geriátrico realizado em centro de referência;
 - f.2 a assistência ao portador de doença de Alzheimer, elegendo o centro de referência como o responsável pelo diagnóstico, tratamento/acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores, estabelecendo que os medicamentos para essa patologia serão adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do DF, por meio do Programa de Medicamentos Excepcionais e a dispensação poderá ser feita pelas próprias secretarias ou, mediante acordos operacionais, pelos centros de referência.
- g. A Portaria GM/MS n. 87/2003 designa a Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia/Programa Nacional de Imunização como entidade responsável pela coordenação das ações de prevenção das doenças evitáveis para imunização na população acima de 60 anos, incluindo as preconizadas pela OMS: antipneumocócica e antigripal, revogando a Portaria GM/MS n. 99/1999 que tratava do mesmo assunto.
- h. A Lei n. 1.0741/2003, que estabeleceu o Estatuto do Idoso, reafirma os direitos dos idosos na área da saúde, estabelecendo, entre seus itens, a necessidade do atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, de unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social e de atendimento domiciliar, bem como a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.
- i. A Portaria GM/MS n. 2.206/2003 institui grupo de trabalho para implementação do Estatuto do Idoso, Lei n. 1.0741/2003, no âmbito do SUS, e a Portaria GM/MS n. 2.205/2003 cria o grupo de trabalho para formular uma proposta de Política Nacional de

Atenção à Saúde do Idoso, abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e conveniadas com o poder público.

j. Finalmente, por meio da Portaria GM/MS n. 2.528/2006, foi aprovada a atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo como meta principal a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, 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.

Essa portaria, além de aprovar a política em questão, determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da política, elaborem ou reajustem seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

3.12.2 Características da Política de Atenção às Pessoas Idosas

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos seguintes moldes:

- » uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado em direitos, necessidades, preferências e habilidades;
- » estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção;
- » condições essenciais: infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.

Com relação à atenção primária, deve ser garantida a incorporação de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e o aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção primária e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Com relação à atenção especializada, deve ser garantida a incorporação de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa:

- » reestruturação e implementação das redes estaduais de atenção à saúde da pessoa idosa, visando à integração efetiva com a atenção primária e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência;
- » implementação, de forma efetiva, de modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível;

- » contemplação de fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.

3.12.3 Avaliação, controle e monitoramento da assistência

Os hospitais gerais e os centros de referência em assistência à Saúde do Idoso devem submeter-se a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles.

Os procedimentos que compõem o rol da assistência requerem autorização prévia, exceto quando se tratar de urgência ou emergência, e necessitam apresentar laudos de solicitação de procedimentos (laudo para internação ou laudo para emissão de Apac) que são analisados e, se aprovados, recebem o documento AIH ou a Apac.

A mudança de procedimentos e a realização de procedimentos especiais requerem autorização do diretor-clínico do hospital.

Para o registro das informações são utilizados os sistemas de informações do Ministério da Saúde, sendo que para os procedimentos ambulatoriais de média complexidade, como as consultas médicas e os exames de diagnóstico, usa-se o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) do SIA; já para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade como medicamento do componente especializado, o instrumento utilizado é a Apac – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo –, também do SIA, de acordo com as rotinas descritas no capítulo 2 deste livro, enquanto que para o registro das internações, incluindo hospital-dia geriátrico e internação domiciliar, o sistema utilizado é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que tem como seu principal instrumento a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cabendo habilitação/credenciamento das unidades hospitalares nas respectivas modalidades de atendimento.

3.13 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, a Saúde da Mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada nesse período às demandas relativas à gravidez e ao parto, evoluindo para os programas materno-infantis a partir da década de 1930.

Posteriormente, as mulheres organizadas reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolavam o momento da gestação e parto, deman-

dando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos da vida.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS.

Na década de 1990, o PAISM sofre a influência, a partir da proposição do SUS, das características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e, principalmente, pela organização da atenção primária, por meio da estratégia do Programa de Saúde da Família.

Em 2002, são constatadas várias lacunas na atenção à Saúde da Mulher, relativas à atenção, ao climatério e menopausa, infertilidade, doenças crônico-degenerativas, reprodução assistida, saúde da adolescente, saúde mental, dentre outras.

As mulheres possuem padrões de morbimortalidade, na qual convivem doenças de países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas), com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição).

Com base nos dados epidemiológicos e as reivindicações dos diversos segmentos sociais, em 2004, o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, para o período de 2004/2007, com diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à Saúde da Mulher.

3.13.1 Objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

- » Promover a melhoria das condições de vida das mulheres brasileiras, mediante garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação de acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro.
- » Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- » Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à Saúde da Mulher no SUS.

A Portaria GM/MS n. 399/2006 estabeleceu o Pacto pela Saúde, definido em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto pela Gestão, sendo que o Pacto

pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, e dentre as prioridades elencadas nesse Pacto, desde 2006, encontram-se, especificamente, relativas à Saúde da Mulher:

- » Controle de câncer de colo de útero e de mama.
- » Redução da mortalidade infantil e materna.

A atenção para controle do câncer de colo uterino já fora abordado anteriormente, por meio da Portaria GM/MS n. 3.040/1998, que institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero.

3.13.2 Componentes de média e alta complexidade da Política Nacional de Saúde da Mulher

No presente texto, será dado destaque apenas aos componentes de média e alta complexidade da atenção à Saúde da Mulher.

3.13.2.1 SISTEMAS ESTADUAIS DE REFERÊNCIA HOSPITALAR NO ATENDIMENTO DA GESTANTE DE ALTO RISCO

As Portarias GM/MS n. 3.016 e n. 3.018/1998 instituíram o Programa de Apoio à Implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestante de alto risco, destinando recursos financeiros para o Programa, repassados às Secretarias Estaduais, e criaram mecanismos para sua implantação.

A Portaria GM/MS n. 3.477/1998 (que revoga a Portaria GM/MS n. 3.018/1998) cria novos mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento da gestante de alto risco. Compõem os sistemas:

- » Unidades de referência secundária.
- » Unidades de referência terciária (as unidades de referência terciária poderão implantar casas da gestante de alto risco, como unidades de apoio e que farão parte do sistema).

As portarias em questão definem também:

- » Critérios para inclusão dos hospitais nos sistemas estaduais de referência hospitalar para cada nível de referência, cabendo o encaminhamento pelo gestor estadual, à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, de propostas de seu sistema estadual de referência hospitalar no atendimento à gestante de alto risco, aprovada em CIB.
- » Caberá à SAS/MS a definição do quantitativo de hospitais por UF.

- » Novos procedimentos para gestante de alto risco a serem cobrados somente por hospitais credenciados de acordo com os critérios estabelecidos.
- » As SES/SMS realizarão avaliações semestrais das unidades, quanto ao cumprimento das exigências da portaria.

3.13.2.2 PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Portaria SAS/MS n. 48/1999 inclui, na tabela de procedimentos do SIH/SUS, códigos para procedimentos de esterilização cirúrgica voluntária, dentro do programa de Planejamento Familiar, bem como define os critérios para credenciamento das unidades de saúde para a realização dos mesmos, cabendo aos gestores estaduais e municipais em gestão plena do sistema a autorização, mediante publicação em Diário Oficial e encaminhamento à SAS/MS.

Por meio da Portaria SAS/MS n. 629/2006, foi descentralizado para os gestores estaduais e municipais o registro dessas habilitações no CNES.

3.13.2.3 HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Antecedendo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Portaria GM/MS n. 2.815/1998, considerando a Lei n. 7.498/1986 – que regulamenta o exercício da enfermagem – e o Decreto n. 94.406/1987, que define as atribuições do enfermeiro obstetra, dentre outras alterações da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), inclui analgesia na cirurgia obstétrica e o parto normal sem distócia, realizado por enfermeiro obstetra, que fará o acompanhamento ao trabalho de parto visando à redução da morbimortalidade materna e perinatal. As unidades deverão ser previamente autorizadas pelos gestores, mediante encaminhamento ao Datasus, e a regulamentação para a realização do procedimento ocorreu por meio da Portaria SAS/MS n. 163/1998.

A Portaria GM/MS n. 985/1999 cria o Centro de Parto Normal (CPN), definindo as normas, critérios, atribuições e características deste, cabendo às SES e SMS encaminharem ao Ministério da Saúde a proposta de implantação, inserindo-o nos sistemas locais de saúde. Determina, ainda, que caberá às SES e SMS as providências necessárias ao credenciamento dos CPNs e estabelece forma de remuneração das atividades nele desenvolvidas, por meio de inclusão de códigos de procedimentos na tabela do SIH/SUS.

A Portaria GM/MS n. 569/2000 institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS. Estabelece os princípios e as diretrizes para a estruturação do Programa constituído pelos seguintes componentes:

- a. Componente I – Incentivo à assistência ao pré-natal:
 - a.1 Por adesão pelos municípios, mediante cumprimento de requisitos, sendo o detalhamento divulgado por meio da Portaria GM/MS n. 570/2000.
- b. Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Área Obstétrica e Neonatal, com disponibilização de recursos financeiros para implantar:
 - b.1 Centrais estaduais e municipais de regulação obstétrica e neonatal, sistemas móveis de atendimento às gestantes nas modalidades do pré e inter-hospitalar, aquisição de equipamentos para as UTIs e UCIs integrantes do sistema de referência hospitalar para a gestação de alto risco e incremento técnico e operacional aos hospitais que integram o SUS e realizem assistência obstétrica – detalhamento através da Portaria GM/MS n. 571/2000.
- c. Componente III – Nova Sistemática de pagamento da assistência ao parto, subdividindo os procedimentos para remuneração em:
 - c.1 Serviço Hospitalar (SH).
 - c.2 Serviço Profissional (SP), subdivididos em: SP Padrão, Atendimento ao RN na sala de parto por pediatra ou neonatologista, anestesia obstétrica por anestesista e primeira consulta do pediatra;
 - c.3 Incentivo ao parto (do componente I) destinado às maternidades, quando em AIH de parturiente cadastrada, como gestante do componente I (incentivo à assistência pré-natal).
 - c.4 Detalhamento consta da Portaria GM/MS n. 572/2000.

3.13.2.4 FLUXO DE CREDENCIAMENTO

- » Os hospitais que compõem o Sistema de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco e o PHPN seguem os fluxos estabelecidos no capítulo 2.
- » O credenciamento para realização de cirurgias de esterilização, conforme a Portaria SAS/MS n. 629/2006, poderá ser realizado pelo próprio gestor estadual ou municipal por meio de habilitação no CNES.
- » A autorização para realização de parto normal sem distócia pelo enfermeiro obstétrico cabe ao gestor, que comunicará ao Datasus/MS.

A Portaria GM/MS n. 2.418/2005 regulamenta o Artigo 1º da Lei n. 11.108/2005, que trata da presença de acompanhante para gestante, durante o período de internação para o parto e puerpério imediato nos hospitais do SUS. A Portaria SAS n. 238/2006 inclui na tabela do SIH/SUS a diária de acompanhante para gestante.

3.13.3 Avaliação, controle e monitoramento da assistência

Para as unidades que compõem o Sistema de Referência Hospitalar de Atendimento da Gestante de Alto Risco (secundária ou terciária), devidamente credenciadas, existe um rol de procedimentos específicos, no SIH, de cobrança exclusiva, relacionados a partos e intercorrências clínicas para gestantes de alto risco. Caberá avaliação semestral dessas unidades pelas SES e SMS. Ainda com relação aos procedimentos de partos, quando realizados em hospitais habilitados como Amigo da Criança, os valores são diferenciados. Também para os centros de partos normais, devidamente credenciados, existem códigos específicos no SIH/SUS.

No que se refere ao Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento:

- » Componente I – O incentivo é pago aos municípios que aderirem ao Programa, mediante habilitação, quando receberão do Ministério da Saúde, por meio de publicação no DOU, uma série numérica específica para identificação das gestantes no Programa, por meio do Sis prenatal, que é um *software* disponibilizado pelo Datasus. Caberá à SMS lançar no BPA magnético, gerado pelo Sis prenatal, o código de procedimento específico de adesão ao componente I, que consta da tabela de procedimentos do SIA/SUS, além de programar a FPO para o mês de competência.

Ao término do pré-natal, após a realização do parto e da consulta do puerpério, a ficha de cadastro da gestante será encerrada e a SMS lançará em BPA magnético, gerado pelo Sis prenatal, o código de procedimento de conclusão da assistência ao pré-natal, que integra a tabela do SIA/SUS.

Ainda no componente I, está previsto o incentivo para a maternidade que realizar o parto de gestante cadastrada no Sis prenatal, cabendo à unidade lançar, no campo de serviços profissionais da AIH de parto, o código relativo ao incentivo ao parto componente I, constante da tabela do SIH/SUS; idem para as unidades do SIA/SUS que poderão lançar o procedimento correspondente ao incentivo do componente I, na Apac-parto, do SIA/SUS.

Salienta-se que, a partir da subdivisão dos procedimentos para remuneração do parto, conforme citado no componente III, deverão ser cobrados os efetivamente realizados (por exemplo, não havendo analgesia, esta não poderá ser lançada na AIH).

A regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação compete ao gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles.

Mudança de procedimento e procedimentos especiais requerem autorização do diretor-clínico do hospital.

3.14 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A Portaria GM/MS n. 1944, de 27 de agosto de 2009, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que 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.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem será regida pelos seguintes princípios:

- I. universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- 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;
- 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
- 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.

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:

- I. integralidade, que abrange:
- II. 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 primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção;
- III. 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;
- IV. organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta integrado;

- V. implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção primária;
- VI. priorização da atenção primária, com foco na estratégia de Saúde da Família;
- VII. 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
- VIII. integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.

São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:

- 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;
- II. captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
- III. organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;
- 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;
- V. capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;
- 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;
- VII. ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino;
- 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;
- IX. garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- X. promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- XI. garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária;

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;

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;

XIV. ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina;

XV. incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas;

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

XVII. aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão.

Atribuições das três esferas de governo:

Compete à União:

I. coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação, e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

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 locais;

III. promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

IV. promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero;

V. estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;

VI. definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

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;

VIII. coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os estados e os municípios;

IX. promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

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;

XI. apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem;

XII. estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e

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.

Compete aos estados:

I. fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

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 locais regionais;

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 locais regionais;

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 locais regionais;

V. promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

VI. elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação desses protocolos;

VII. promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

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;

IX. incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem;

X. capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e

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.

Compete aos municípios:

I. implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção primária, com foco na Estratégia de Saúde da Família;

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;

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 locais;

IV. promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

V. incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

VI. implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;

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;

VIII. promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

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;

X. capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e

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.

3.14.1 Avaliação e monitoramento

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).

A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a aferição de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina.

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.

3.14.2 Plano Operativo

O Plano Operativo – chamado de Plano de Ação Nacional – para o período 2009-2011 da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem possui nove eixos abaixo descritos com suas respectivas finalidades:

Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Inserir estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem nos Planos de Saúde Estaduais e Municipais até o terceiro trimestre de 2010.

Eixo II: Promoção da saúde

Elaborar estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde.

Eixo III: Informação e comunicação

Sensibilizar os homens e suas famílias, incentivando o autocuidado e hábitos saudáveis, através de ações de informação, educação e comunicação.

Eixo IV: Participação, relações institucionais e controle social

Trabalhar com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP – para associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de efetivar a atenção integral à saúde do homem.

Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem

Fortalecer a atenção primária e melhorar o atendimento, a qualidade e a resolubilidade dos serviços de saúde.

Eixo VI: Qualificação de profissionais da saúde

Trabalhar com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES – em estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS.

Eixo VII: Insumos, equipamentos e recursos humanos

Trabalhar com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informação em Saúde – SCTIE – e a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, para avaliar recursos humanos, equipamentos e insumos (incluindo medicamentos) a fim de garantir a adequada atenção à população masculina.

Eixo VIII: Sistemas de informação

Analisar de forma articulada com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde os sistemas de informação.

Eixo IX: Avaliação do projeto piloto

Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações através do monitoramento da Política, com o auxílio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

3.14.3 Financiamento

Visando à execução do Eixo I, a Portaria GM/MS n. 3209, de 18 de dezembro de 2009, define o repasse de incentivo financeiro no valor de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para o Distrito Federal, os estados e 26 municípios selecionados que devem cumprir as ações estratégicas determinadas na Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem, devendo as mesmas constar do Plano de Saúde e das Programações Anuais, cujos resultados deverão compor o Relatório Anual de Gestão.

Esse recurso será transferido em parcela única aos respectivos Fundos Estaduais, Fundo de Saúde do Distrito Federal e Fundos Municipais de Saúde relacionados no anexo da referida Portaria.

A Portaria GM/MS n. 1008, de 4 de maio de 2010, amplia o número de municípios selecionados visando expandir a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio do repasse de incentivo financeiro. A referida portaria define que esses 54 municípios deverão ser indicados pelas respectivas Comissões Inter-gestores Bipartites.

3.15 Política Nacional de Saúde Mental

A página do Ministério da Saúde traz um breve histórico da Política Nacional de Saúde Mental:

A internação de pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil remonta à metade do Século XIX. Desde então, a atenção aos portadores de transtornos mentais foi sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados. A oferta desse atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país e deixou vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental.

A partir dos anos 70, iniciam-se experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado.

Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental.

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária. Isto é, que oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados (território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária), ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado.

Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que cerca de 3% da população geral, em todas as faixas etárias, necessite de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos mentais severos e persistentes: psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves ou deficiência mental com grave dificuldade de adaptação.

Cerca de 9% da população geral, em todas as faixas etárias, necessita de cuidados

gerais em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação, ou outras formas de abordagem, em função de transtornos mentais considerados leves.

Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem pelo menos 10% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas.

3.15.1 Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental

A Portaria GM/MS n. 106, de 11 de fevereiro de 2000, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Entendem-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.

Define que 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.

Aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe:

- a. 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;
- b. atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c. promover a reinserção dessa clientela à vida comunitária.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a. ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b. 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.

c. respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Estabelece como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS:

a. serem exclusivamente de natureza pública;

b. 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;

c. 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 esses usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;

d. estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;

e. 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.

Define as características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental e a equipe técnica, que atuará na assistência e supervisão das atividades.

Cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por essa nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência deles dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Estabelece que 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 e que 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.

3.15.2 Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001

A Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A referida lei define que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Estabelece que são direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I. ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II. ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III. ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV. ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V. ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI. ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII. receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII. ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX. ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

A Lei prevê que o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

3.15.3 Diretrizes e normas para a regulamentação da Assistência Hospitalar em Psiquiatria no SUS

A Portaria GM/MS n. 251, de 31 de janeiro de 2002, estabelece as diretrizes e normas para a regulamentação da Assistência Hospitalar em Psiquiatria no Sistema Único de Saúde – SUS.

A referida portaria estabelece a classificação para os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – e o número de leitos do hospital, constante do atual cadastro do Ministério da Saúde. Define as seguintes diretrizes para a Assistência Hospitalar em Psiquiatria no SUS:

- » Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes;
- » Organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- » Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- » Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis;
- » Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- » Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- » Articular-se com os Planos Diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001;
- » Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das normas definidas na Portaria, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

3.15.4 Centros de Atenção Psicossocial

A Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Esses serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

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 na referida Portaria;

Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território. Somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar e 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.

As modalidades de serviços estabelecidas por essa Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

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:

- a. responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b. 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;
- c. coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d. supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e. realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medica-

mentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria GM/MS n. 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS n. 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f. funcionar no período de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana.

A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a. atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b. atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c. atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d. visitas domiciliares;
- e. atendimento à família;
- f. atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g. os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

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:

- a. 1 (um) médico com formação em saúde mental;
- b. 1 (um) enfermeiro;
- c. 3 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d. 4 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

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:

- a. responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b. possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entra-

- da 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;
- c. coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
 - d. supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
 - e. realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria GM/MS n. 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS n. 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
 - f. funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 horas.

A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a. atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b. atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c. atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d. visitas domiciliares;
- e. atendimento à família;
- f. atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g. os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.

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:

- a. 1 (um) médico psiquiatra;
- b. 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c. 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d. 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a. constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b. responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- c. 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;
- d. coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- e. supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f. realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria GM/MS n. 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS n. 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g. estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

- a. atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b. atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c. atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d. visitas e atendimentos domiciliares;
- e. atendimento à família;
- f. atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

- g. acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 5 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h. os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias;
- i. a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

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:

- a. 2 (dois) médicos psiquiatras;
- b. 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.
- c. 5 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d. 8 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

- a. 3 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- b. (um) profissional de nível médio da área de apoio;

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

- a. 1 (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;
- b. 3 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
- c. 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

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:

- a. constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- b. 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;
- c. 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;
- d. coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
- e. 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;
- f. realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria GM/MS n. 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria SAS/MS n. 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g. funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até as 21 horas.

A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

- a. atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b. atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c. atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d. visitas e atendimentos domiciliares;
- e. atendimento à família;
- f. atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g. desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h. os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias;

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:

- a. 1 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b. 1 (um) enfermeiro;
- c. 4 (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;
- d. 5 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

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:

- a. constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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;
- e. 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;
- f. realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria GM/MS n. 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria SAS/MS n. 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g. funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 horas.
- h. manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

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:

- a. atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b. atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c. atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d. visitas e atendimentos domiciliares;
- e. atendimento à família;
- f. atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g. os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias.
- h. atendimento de desintoxicação.

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:

- a. 1 (um) médico psiquiatra;
- b. 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c. 1 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d. 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e. 6 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Estabelece que 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 Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

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.

3.15.5 Programa De Volta para Casa

A Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. Esse auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

O benefício consiste em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos pela referida Lei. Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por essa Lei que:

- I. o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;
- II. a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
- III. haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do Programa;
- IV. seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

3.15.6 Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS

A Portaria GM/MS n. 52, de 20 de janeiro de 2004, institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Essa Portaria leva em consideração a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que atribui ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial e a Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o Programa De Volta para Casa, por meio do qual os internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos passam a contar com programa de suporte social que potencializa seu processo de alta hospitalar e reintegração social.

Esse Programa Anual – 2004 – é parte integrante da Política de Saúde Mental do SUS, cujo objetivo é a consolidação do processo de reforma psiquiátrica. Ele trata do componente hospitalar especializado, de sua reestruturação, das mudanças de seu financiamento, do redirecionamento dos recursos financeiros para atenção extra-hospitalar, da construção de planos municipais, microrregionais e estaduais de desinstitucionalização e de implantação de rede de atenção comunitária.

O Programa articula-se com outras áreas da reforma psiquiátrica, especialmente: atenção em saúde mental no hospital geral, saúde mental na atenção primária, urgência e emergência em saúde mental, consolidação da rede de CAPS I, II, III, i II e ad II, Programa De Volta para Casa, expansão das residências terapêuticas e outros, que são objeto de normas e documentos específicos.

A base teórico-conceitual e política do Programa está contida nos seguintes documentos: Lei n. 10.216/2001, Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, Lei n. 10.708/2003, legislação geral do SUS, Portaria GM/MS n. 251, de 31/1/2002 e outros textos normativos.

A referida portaria define que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, em que a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

Aprofundando a estratégia já estabelecida em medidas anteriores da política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASH-Psiquiatria.

Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatorios, atenção básica e outros.

A referida portaria prevê que os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente seus leitos contratados/conveniados, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades

de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS, com base em planificação local e regional. Para essa finalidade, os hospitais passam a ser agrupados segundo classes de acordo com o porte.

Fica estabelecida nova classificação dos hospitais psiquiátricos, baseada no número de leitos contratados/conveniados ao SUS, com novos valores de remuneração das diárias hospitalares, nas quais estão incorporados o incentivo de qualificação do atendimento prestado, aferido pelo PNASH, e também o incentivo pela redução dos leitos.

Os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, microrregional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte à desinstitucionalização.

3.15.7 Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010)

A Portaria GM/MS n. 1190, de 4 de junho de 2009, considerando a Portaria GM/MS n. 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; a Portaria GM/MS n. 816, de 30 de abril de 2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas; e a Portaria GM/MS n. 1.612, de 9 de setembro de 2005, que aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas instituem o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009 -2010), com as seguintes finalidades:

- I. ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS);
- II. diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e
- III. construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários.

São prioridades do Pead:

- I. Os 100 maiores municípios, com população superior a 250.000 habitantes, além de Palmas, por ser capital, e 7 (sete) municípios de fronteira, listados todos no Anexo I da referida Portaria, por apresentarem fragilidades na rede assistencial e/ou problemas de maior magnitude, do ponto de vista epidemiológico; e
- II. O segmento populacional formado por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco.

A referida portaria estabelece que as ações do Pead (2009 -2010) devem se orientar segundo as seguintes diretrizes gerais:

- I. direito ao tratamento: todo usuário de álcool e outras drogas tem direito a um tratamento de qualidade, ofertado pela rede de serviços do SUS, e que considere os diversos aspectos envolvidos no seu processo de adoecimento;
- II. redução da lacuna assistencial: ao SUS cabe a tarefa de garantir o acesso a ações e serviços de saúde mental, compatíveis com as demandas dos usuários de álcool e outras drogas;
- III. respeito e promoção dos direitos humanos e da inclusão social: os usuários de álcool e outras drogas devem ser tratados com dignidade e respeito e a eles deve ser garantido o real acesso ao direito à saúde, ao bem-estar físico e mental, ao tratamento de qualidade, à moradia, à cultura, entre outros;
- IV. enfrentamento do estigma: deve haver uma dimensão política de enfrentamento do estigma associada a toda e qualquer ação proposta para a população usuária de álcool e outras drogas, tendo em vista que o acesso ao cuidado tem importantes barreiras sociais, oriundas da compreensão ainda existente de que a esses cidadãos devem ser ofertadas somente políticas repressivas. O estigma se manifesta também pela desconfiança dos usuários em relação ao acolhimento e cuidado oferecidos pelo Estado;
- V. garantia de acesso a um tratamento de eficácia comprovada: na discussão de modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas é preciso incorporar as pesquisas e avaliações que vêm sendo feitas no país e no exterior, que apontam as melhores estratégias, eficazes e custo-efetivas, de cuidado para essa população;
- VI. reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo: as políticas públicas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas devem levar em conta a estreita ligação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento;
- VII. garantia do cuidado em rede, no território, e de atenção de base comunitária: o cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas deve ser garantido em uma rede

diversificada de ações e serviços de saúde mental, de base comunitária e territorial;

VIII. priorização de ações para crianças, adolescentes jovens em situações de vulnerabilidade: há uma tendência de uso de álcool e outras drogas cada vez mais cedo nessa população, além das altas prevalências de uso de álcool e drogas entre jovens. Essa situação apresenta-se mais grave quando se considera também o impacto das consequências danosas do álcool e do *crack*, por exemplo, na vida afetiva, familiar e social, além dos prejuízos à saúde nessa população;

IX. enfoque intersetorial: o cuidado à saúde mental da população infanto-juvenil tem sempre caráter multidisciplinar e intersetorial. As ações de atenção integral a crianças e adolescentes não se desenvolvem somente no campo das ações clínicas, mas se relacionam com as questões da família, da comunidade, da escola, da moradia, do trabalho, da cultura, além dos grandes problemas sociais do mundo contemporâneo – como o tráfico de drogas e a violência;

X. qualificação das redes de saúde: devem ser ampliadas as ofertas de capacitação e fortalecidos os processos de formação permanente e supervisão para profissionais que lidam com essa população, de acordo com as demandas identificadas; e

XI. adoção da estratégia de redução de danos: esse deve ser um norte ético de todo e qualquer serviço do SUS, que deve reduzir os danos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, especialmente relacionados à saúde, mas não exclusivamente. Trata-se de uma diretriz que toma como base as condições e possibilidades do usuário do SUS, em vez de partir do que os serviços oferecem.

Foram definidos os seguintes eixos de intervenções para as linhas de ação do Pead (2009-2010):

EIXO 1 – Ampliação do acesso ao tratamento: expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental e do atendimento pela Rede de Urgência e Emergência; expansão das ações de saúde mental na atenção básica; articulação efetiva da rede de saúde com a rede de suporte social:

- a. expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III), de modo a assegurar cobertura ambulatorial plena nos municípios prioritários;
- b. implantação de leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais;
- c. estímulo ao fortalecimento do componente de saúde mental/álcool e outras drogas

nas equipes de saúde da família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da incorporação de profissional capacitado em álcool/drogas às novas equipes dos NASF nos Municípios prioritários;

d. construção de mecanismos para implantação do acolhimento com classificação de risco a situações de álcool e outras drogas na Rede de Urgência e Emergência, com garantia de continuidade do cuidado e fomento à ampliação do acesso para atendimento pela Rede de Urgência e Emergência – Samu 192, UPA 24h e QualiSUS – a essas situações clínicas;

e. implantação piloto de casas de passagem/moradias assistidas e outras experiências de acolhimento transitório;

f. fortalecimento e expansão de experiência de intervenção comunitária, como consultórios de rua, ações no território, atenção domiciliar e outros (articuladas à atenção básica e visando à inclusão social);

g. articulação eficaz da rede de saúde mental do SUS com a rede de suporte social intersectorial, composta por entidades governamentais e não governamentais;

EIXO 2 – Qualificação da Atenção – formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento: qualificação da rede de cuidados, com investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento:

a. realização de cursos de especialização e atualização em saúde mental, com ênfase em álcool e drogas, para profissionais da atenção básica e Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (incluindo a estratégia de Telessaúde e ensino a distância);

b. criação do Observatório Nacional sobre Álcool, Drogas e Saúde Pública;

c. implantação da Rede de Pesquisa em Saúde Mental;

d. lançamento de publicações sobre álcool e outras drogas dirigidas a públicos diversificados; e

e. desenvolvimento de ações contínuas de monitoramento e avaliação das ações de saúde mental, com ênfase nos CAPS e atenção básica.

EIXO 3 – Articulação intra e intersectorial, com a sociedade civil e participação social: apoio à articulação entre as políticas da Saúde, Desenvolvimento Social, Educação, Esporte, Justiça, Trabalho, Direitos Humanos, Cultura e outras políticas sociais. Apoio a ações com a participação da sociedade civil, em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental:

- a. implantação de ações culturais articuladas ao campo da saúde mental (Programa Mais Cultura/Ministério da Cultura);
- b. apoio a iniciativas de Geração de Renda e Inclusão Social pelo trabalho, para pessoas com transtornos mentais, relacionadas ao uso de álcool e outras drogas;
- c. criação de Comitê Interministerial para integração de políticas federais para ações intersetoriais de prevenção e tratamento voltadas para usuários de álcool e drogas;
- d. incentivo e qualificação das ações de redução de danos na rede de atenção em saúde mental, em articulação com a rede ampliada de saúde e proteção social;
- e. implantação de Centros de Convivência (Pontos de Acolhimento e Integração Social) para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com as políticas de assistência social e direitos humanos; e
- f. fomento à criação de fóruns intersetoriais voltados para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade;
- g. ampliação da rede de suporte social (instituições sociais e de acolhimento, casas de passagem, grupos de ajuda mútua e outras); e
- h. ampliação de ações em articulação com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – Pronasci.

EIXO 4 – Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social, enfrentamento do estigma: apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas e a experiências comunitárias e ações culturais que trabalham com o estigma e com a inclusão social:

- a. promoção de educação para prevenção do uso de álcool e outras drogas para alunos dos ensinos técnico, médio e fundamental;
- b. sensibilização de gestores públicos da rede de atenção à saúde mental para os direitos dos usuários de álcool e outras drogas, especialmente crianças e adolescentes, e para o estigma como barreira para o acesso aos serviços;
- c. articulação de ações com os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde já implantados nos municípios prioritários do Pead;
- d. desenvolvimento prioritário de ações conjuntas previstas no componente da redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- e. fortalecimento da articulação com as ações do Programa Saúde na Escola (Departa-

mento de Ações Programáticas Estratégicas – Dapes/Departamento de Atenção Básica – DAB, da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde e Ministério da Educação – MEC) e Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde e Ministério da Educação – MEC); e

f. desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental na primeira infância.

3.16 Política Nacional de Atenção Integral Genética Clínica

A Portaria GM/MS n. 81, de 20 de janeiro de 2009, institui a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica.

A implantação dessa Política levou em consideração a necessidade de estruturar no SUS uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que permita a atenção integral em Genética Clínica e a melhoria do acesso a esse atendimento especializado.

A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será implantada de forma articulada nas três esferas de gestão do SUS e tem como objetivos:

- I. organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) que perpassasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a atenção por intermédio de equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar;
- 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;
- III. definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas em genética clínica;
- 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
- 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).

A Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica será constituída dos seguintes níveis:

I. Atenção Primária;

II. Atenção especializada em genética clínica.

Na atenção primária serão identificados e acompanhados as famílias e indivíduos com problemas relacionados a anomalias congênitas e doenças geneticamente determinadas.

Na atenção especializada em genética clínica será realizado o acompanhamento especializado multidisciplinar e os demais procedimentos do elenco desse nível de atenção dos casos encaminhados pela atenção primária;

I. A atenção especializada será composta por:

- a. Unidades de Atenção Especializada; e
- b. Centros de Referência em Genética Clínica.

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.

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.

3.17 Política Nacional de Oftalmologia

Por meio da Portaria GM/MS n. 866/2002, criaram-se mecanismos para organização e implantação de redes estaduais de assistência em oftalmologia, no âmbito do SUS.

A referida portaria prevê que as redes serão integradas por:

- a. Serviços de oftalmologia geral.
- b. Centros de referência em oftalmologia (níveis I e II).

Cabe à Secretaria de Assistência à Saúde estabelecer as normas de classificação e cadastramento de centros de referência em oftalmologia.

A Portaria SAS/MS n. 338/2002 altera a tabela de procedimentos do SIA/SUS e, dentre outras coisas, inclui procedimentos relacionados a acompanhamento, tratamento e terapia medicamentosa para o paciente com glaucoma. Esses procedimentos são exclusivos para realização em centro de referência de oftalmologia.

A Portaria SAS/MS n. 339/2002 aprovou normas de classificação e cadastramento de centros de referência em oftalmologia.

A Portaria GM/MS n. 867/2002 instituiu, no âmbito do SUS, o Programa de Assis-

tência aos Portadores de Glaucoma, tendo em vista que essa doença é a terceira maior causa de cegueira no Brasil e é possível reduzir os danos visuais por ela causados pelo adequado e precoce diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença.

3.17.1 Portaria GM/MS n. 957/2008

A Portaria GM/MS n. 957, de 15 de maio de 2008, revoga as Portarias GM/MS n. 1.311, de 29 de novembro de 2000, n. 866 e n. 867, de 9 de maio de 2002.

Essa portaria institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Estabelece que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia seja 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:

- 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;
- II. organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassa todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;
- III. identificar os determinantes e condicionantes das principais patologias que levam à doença oftalmológica e desenvolver ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- 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;
- 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;
- 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;

VII. promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;e

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.

Definir que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I. Atenção Primária: 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 às alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftalmológicas, que possam ser realizadas nesse nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;

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;

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;

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;

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;

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;

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;

- VIII. protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação;
- IX. capacitação e educação permanentes 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 alicerçadas nos polos de educação permanente em saúde;
- X. acesso à assistência farmacêutica disponibilizado pelo SUS; e
- XI. acesso a recursos ópticos, não ópticos e outras ajudas técnicas disponibilizados pelo SUS.

3.17.2 Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia

A Portaria SAS/MS n. 288, de 19 de maio de 2008, revoga as Portarias SAS/MS n. 338 e n. 339, de 9 de maio de 2002; a Portaria SAS/MS n. 460, de 12 de julho de 2002; e a Portaria SAS/MS n. 313, de 17 de outubro de 2003, e define que as Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia sejam compostas por:

- I. Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia; e
- II. Centros de Referência em Oftalmologia.

Entende-se por **Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia** aquela unidade ambulatorial ou hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção especializada a portadores de doenças oftalmológicas que necessitem ser submetidos a procedimentos clínicos, intervencionistas e cirúrgicos especializados.

Entende-se por **Centro de Referência em Oftalmologia** aquela Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia que exerça o papel de auxiliar, em caráter técnico, o respectivo gestor do SUS nas políticas de atenção das doenças oftalmológicas e que cumpra os critérios estabelecidos na referida portaria.

Estabelece que as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal devam conformar suas **Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia**, credenciar as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e os Centros de Referência em Oftalmologia; estabelecer os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contrarreferência dos pacientes, adotar as providências necessárias para que haja a articulação assistencial entre os serviços e, ainda, utilizar na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica dessas Unidades e Centros os parâmetros a seguir definidos:

- I. População a ser atendida;
- II. Necessidade de cobertura assistencial;

- III. Mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contrarreferência;
- IV. Capacidade técnica e operacional dos serviços;
- V. Série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida, nos casos em que for identificada;
- VI. Integração com a rede de referência hospitalar em atendimentos de urgência e emergência, com os serviços de atendimento pré-hospitalar, com a Central de Regulação (quando houver) e com os demais serviços assistenciais – ambulatoriais e hospitalares – disponíveis no estado.

Define que o credenciamento das Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e dos Centros de Referência em Oftalmologia é descentralizado e, portanto, de responsabilidade do gestor estadual e/ou municipal de acordo com sua competência de gestão, cabendo à Comissão Intergestores Bipartite – CIB a aprovação, ou não, desse credenciamento, devendo o gestor estadual ou municipal, de acordo com a gestão do estabelecimento, alimentar ou registrar as informações no CNES.

Todas as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e os Centros de Referência em Oftalmologia credenciadas/habilitadas devem organizar uma linha de cuidados integrais que perpassem todos os níveis de atenção e que envolvam a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde; demonstrar sua integração e articulação com a rede regional e local de atenção à saúde e ainda se obrigar a oferecer consultas em oftalmologia como referência à rede de Atenção Primária, na medida da necessidade da população, definida pelo gestor de saúde.

Na Atenção Primária deverão ser realizadas ações de promoção e prevenção em oftalmologia que permitam a identificação e o acompanhamento das famílias e dos indivíduos, sendo desenvolvidas como segue:

- I. Ações educativas;
- II. Teste de acuidade visual;
- III. Consultas médicas;
- IV. Consultas de enfermagem;
- V. Ações preventivas e de investigação diagnóstica relacionadas às comorbidades, tais como diabetes e hipertensão, e que precederão o atendimento especializado em oftalmologia;
- VI. Acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pelas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia.

Na Atenção Especializada deverão realizar, obrigatoriamente:

I. Consulta oftalmológica com avaliação clínica que consiste em: anamnese, aferição de acuidade visual, refração dinâmica e/ou estática, biomicroscopia do segmento anterior, exame de fundo de olho, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica.

II. Procedimentos de diagnose, terapia e acompanhamento da patologia oftalmológica identificada.

III. Seguimento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico para os procedimentos cirúrgicos, incluindo os procedimentos de diagnose e terapia complementares.

IV. Atendimento das complicações que advenham do tratamento cirúrgico realizado;

V. Os procedimentos de diagnose, terapia e cirúrgicos, contidos nos anexos desta Portaria, compatíveis com o tipo de assistência especializada ao qual se credenciar/habilitar.

As Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia que forem credenciadas/habilitadas a realizar procedimentos de alta complexidade deverão oferecer:

I. Atendimento de Urgência e Emergência em regime de 24 horas, de acordo com a necessidade local e ou regional;

II. Atendimento ao paciente portador de glaucoma, conforme anexo IV, desta Portaria;

III. Atendimento em reabilitação visual, na própria unidade de atenção ou referenciar a serviços que realizem esse atendimento – tratamento e reabilitação visual para indivíduos com baixa visão e cegueira que consiste na avaliação clínica, avaliação funcional, prescrição de recursos ópticos e não ópticos e demais ajudas técnicas que venham a ser regulamentadas.

Os Centros de Referência em Oftalmologia são definidos, dentre aquelas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia, que cumpram, cumulativamente, os seguintes critérios:

I. Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.000, de 15 de abril de 2004, e ser contratualizado pelo gestor de acordo com a Portaria GM/MS n. 1.006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, e Portaria GM/MS n. 1.702, de 17 de agosto de 2004;

II. Ser, preferencialmente, hospital público;

III. Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;

IV. Possuir adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

V. Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;

VI. Participar nos processos de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

3.17.3 Projeto Olhar Brasil

A Portaria Normativa Interministerial MEC/MS n. 15, de 24 de abril de 2007, institui o “Projeto Olhar Brasil”, que tem por objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração, visando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso da população idosa à consulta oftalmológica e aquisição de óculos.

A população-alvo do projeto são os alunos matriculados na rede pública de educação básica e os alunos matriculados no “Programa Brasil Alfabetizado”, do Ministério da Educação.

A referida Portaria definia que a execução do projeto ocorrerá de forma progressiva durante o período de 2007 a 2009.

O Projeto compreende as seguintes ações estratégicas, fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e no Plano Nacional de Educação:

I. inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde das unidades escolares cadastradas para o Projeto para a realização da triagem dos alunos identificados;

II. capacitação dos professores durante os encontros periódicos da formação continuada e da rede básica de saúde, para a realização da triagem para a consulta;

III. a ampliação do número de consultas oftalmológicas na rede pública de saúde e o fornecimento gratuito de óculos a partir da necessidade identificada no Projeto; e

IV. organização da rede pública de serviços em função das necessidades apontadas no projeto, visando à garantia da referência especializada em oftalmologia para a população-alvo.

As ações estratégicas serão definidas e especificadas mediante elaboração de projeto pelo estado ou pelo município com o estabelecimento de metas e indicadores.

Os projetos elaborados pelo estado ou município serão homologados pelo Ministério da Saúde, e acompanhados, de forma conjunta, pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

O Projeto Olhar Brasil será financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) e os recursos serão disponibilizados aos estados, Distrito Federal e municípios habilitados em gestão plena do Sistema, da seguinte forma:

I. recursos financeiros recebidos pela produção de serviços de procedimento único específico para o Projeto, composto por consulta oftalmológica e exames de tonometria e fundoscopia.


II. recursos para a aquisição dos óculos, a partir de estratégias definidas pelo Ministério da Saúde em portaria específica.


A Portaria Interministerial – Ministério da Saúde e da Educação – n. 140, de 23 de janeiro de 2008, altera a redação do § 2º, do art. 1º, da Portaria Normativa Interministerial n. 15, de 24 de abril de 2007, definindo que a execução do Projeto ocorrerá de forma progressiva, durante um período de 3 anos, a partir de janeiro de 2008.



4

OUTRAS ÁREAS DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

- 4.1 **Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)**
 - 4.2 **Redes estaduais de assistência a queimados**
 - 4.3 **Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave**
 - 4.4 **Assistência de alta complexidade em terapia nutricional**
 - 4.5 **Programa Nacional de Triagem Neonatal**
 - 4.6 **Sistema Nacional de Transplantes**
 - 4.7 **Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos**
 - 4.8 **Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva**
 - 4.9 **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**
 - 4.10 **Assistência ao portador de lesão labiopalatal ou craniofacial**
- 



4 OUTRAS ÁREAS DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Neste capítulo, apresentamos as áreas assistenciais de média e alta complexidade do SUS, que não estão incluídas especificamente em políticas nacionais, publicadas pelo Ministério da Saúde.

Algumas dizem respeito a problemas de saúde (queimados, obesidade grave, dor e cuidados paliativos); outras, a questões assistenciais (triagem neonatal, terapia intensiva, terapia nutricional).

4.1 Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)

A terapia intensiva pode ser considerada uma especialidade jovem, cujo processo de implantação e implementação, em nível nacional, foi lento e consubstanciado de forma mais consistente, pelas práticas americanas na área de atenção à saúde.

As Unidades de Tratamento Intensivo, de um modo geral, são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros.

Até 1998, no SUS, o instrumento que determinava os pré-requisitos para credenciamento de leitos de terapia intensiva foi a Circular n. 01, de 1991, do Inamps, por meio de *check list* específico para UTI Adulto e UTI Pediátrica e Neonatal. Entretanto, o dado disponível nessa época dizia respeito ao número de leitos credenciados (total de leitos de UTI), não especificando a faixa etária de clientela para atendimento.

Posteriormente, as instalações físicas foram estabelecidas pela Portaria GM/MS n. 1.884/1994.

4.1.1 Normas vigentes no SUS para as Unidades de Tratamento Intensivo

Considerando a necessidade de estabelecer novos critérios de classificação entre as UTIs existentes, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área disponível, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 3.432/1998 com as seguintes definições:

- a. Os critérios de classificação entre as diferentes UTIs em tipos: I, II e III, sendo o tipo III a de maior complexidade assistencial.
- b. As UTIs cadastradas pelo SUS, até aquela data, foram automaticamente classificadas em Tipo I;
- c. As unidades que comprovassem o cumprimento das especificações definidas na portaria poderiam ser credenciadas pelo gestor, nos tipos II e III;
- d. As UTIs II e III passaram ainda a ter as seguintes especificidades:
 - d.1 grupos etários: neonatal, pediátrico, adulto;
 - d.2 especializada: voltada para pacientes atendidos por determinadas especialidades ou pertencentes a grupos específicos de doenças (exemplo: cardiologia, queimados etc.).
- e. O Ministério da Saúde disponibilizou, na ocasião de publicação da referida Portaria, um roteiro específico para preenchimento quando da elaboração do processo de credenciamento das unidades.

Outras normas que regulam o credenciamento e o funcionamento das UTIs:

- a. As UTIs devem atender ainda às exigências da Anvisa quanto à área física, estabelecidas na RDC n. 50/2002, alteradas pelas RDC n. 307/2002 e RDC n. 189/2003, que substitui a Portaria GM/MS n. 1884/1994, revogada pela Portaria GM/MS n. 554/2002.
- b. A Portaria GM/MS n. 2.919/1998 incluiu, na tabela de procedimentos SIH/SUS, valores diferenciados para remuneração dos procedimentos de diárias de UTIs tipo II e III.
- c. A Portaria MS/SAS n. 494/1999 define a necessidade de formalizar a rede de referência aos serviços terceirizados das UTIs, como, por exemplo: estudo hemodinâmico, ressonância magnética etc.
- d. A Portaria GM/MS n. 1.091/1999 cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, definindo, em seu anexo I, as normas e os critérios para inclusão dessas unidades no SUS, delegando ao gestor estadual e/ou municipal a definição e o cadastramento dessas unidades, mediante aprovação na Comissão Intergestores Bipartite. A Portaria SAS/MS n. 629/2006 descentraliza para os gestores municipais e estaduais a habilitação dessas unidades no CNES e destina, ainda, recursos financeiros para custeio dessas unidades, a serem incorporados aos limites financeiros de média e alta complexidade dos estados, conforme distribuição no anexo II da portaria.
- e. A Portaria GM/MS n. 332/2000 modifica a Portaria GM/MS n. 3.432/1998, no que se refere à exigência do responsável técnico e médico diarista, para Unidade de Tratamento

Intensivo Neonatal, permitindo, além do especialista em Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, o Médico Especialista em Pediatria, com área de atuação em Neonatologia, conferidos pela Associação Médica Brasileira.

f. A Portaria GM/MS n. 905/2000, visando ampliar os avanços na captação de órgãos e na realização de transplantes, estabelece a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento de Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes, como exigência para cadastramento de Unidade de Tratamento Intensivo tipos II e III. Definiu, ainda, o prazo de 90 dias a partir da publicação da portaria para que os hospitais já cadastrados providenciassem a adequação àquela norma.

g. A Portaria GM/MS n. 598/2006 descentralizou os processos administrativos relativos à gestão do SUS para definição e pactuação no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites, incluindo a análise e aprovação do credenciamento dos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo.

4.1.2 Alguns parâmetros para o planejamento e avaliação de necessidade de leitos de tratamento intensivo

A Portaria GM/MS n. 1.101/2002 estabelece o número de leitos de UTI como 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes e regiões), que é definida na mesma portaria como de 1,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes.

Para leitos de UTI Neonatal, o Ministério da Saúde, quando criou o Programa Nacional de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), Portaria GM/MS n. 569/2000, adotou o parâmetro da Sociedade Americana de Pediatria, para definir a necessidade de leitos, sendo 1 a 2 leitos por 1.000 nascidos vivos.

Estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2002, sobre Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, concluiu a necessidade de 1 leito para cada 3.000 crianças entre 0 a 14 anos, sendo 80% neonatais e 20% pediátricos, dos quais 35% intensivos e 65% semi-intensivos.

O estudo revela ainda que o Canadá estima 4,7 leitos por 1.000 nascidos vivos, sendo 15% intensivos (0,7:1000 NV) e 85% semi-intensivos (4:1000 NV) e os EUA estimam 2:1000 NV, ambos considerando 7% a taxa de nascimentos prematuros. Já na Europa, foi relatada a necessidade de 1,1 leito intensivo por 1.000 NV. (BARBOSA *et al*, 2002)

4.1.3 Fontes de financiamento das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI)

Os valores de diárias de UTI compõem o valor da internação hospitalar, portanto, poderá onerar o limite de média e alta complexidade ou Faec, dependendo do procedimento principal de internação.

A cobrança da diária de UTI tipo I ocorre no Campo Médico Auditor da AIH. O valor de remuneração, pela tabela SIH/SUS, até o 3º dia de internação, é maior, sendo reduzido a partir do 4º dia.

Já para as diárias de UTIs tipos II e III, a cobrança é por meio do preenchimento do campo de serviços profissionais, da AIH, sendo que, até agosto de 2005, a remuneração era diferenciada para os tipos II e III. A partir de setembro de 2005, por meio da Portaria GM/MS n. 1.613/2005, o Ministério da Saúde unificou os valores e diárias dos tipos II e III.

Salienta-se que, para os procedimentos de transplantes e retransplantes de fígado, pulmão, coração ou medula óssea, nos componentes serviços hospitalares, serviços auxiliares de diagnose e terapia, já estão incluídos os valores referentes à diária de UTI, conforme Portaria MS/SAS n. 294/1999.

Ressalte-se que, no caso dos transplantes, o financiamento é por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), não onerando, portanto, os limites de média e alta complexidade dos estados e municípios.

Observação: o processo de credenciamento de UTI segue as normas gerais aplicáveis aos demais serviços de saúde, citadas no capítulo 2.

4.2 Redes estaduais de assistência a queimados

A proposta de constituição de redes estaduais de assistência a queimados surgiu com a edição da Portaria GM/MS n. 1.273/2000, que criou mecanismos para que os estados e o Distrito Federal organizassem e implantassem suas redes de assistência.

Foi concebida com a intenção de dar uma nova conformação para os serviços de assistência nessa área, garantir o atendimento integral aos usuários do SUS e organizar esse atendimento em serviços hierarquizados e regionalizados com fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos, com estreita relação com os sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.

4.2.1 Principais objetivos da rede de assistência a queimados

- » Organizar uma linha de cuidados, que envolva todos os níveis de atenção (primária e especializada de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, integrados com a atenção às urgências e emergências, e privilegiando o atendimento humanizado.
- » Constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral.

- » Desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atendimento ao paciente com queimaduras.
- » Organizar uma estrutura de nível terciário e de alta complexidade necessária a esse tipo de atendimento.
- » Estabelecer atributos necessários ao credenciamento ou habilitação de serviços que prestam atendimento especializado a queimados.

4.2.2 Estruturação da rede estadual de assistência a queimados

O Ministério da Saúde determinou um conjunto de regras e normas que devem ser cumpridas pelos gestores estaduais e municipais para a implantação e credenciamento dos serviços especializados no atendimento a queimados.

A Portaria GM/MS n. 1.273/2000 determinou a implantação das redes estaduais de assistência a queimados e conceituou os serviços, estabeleceu prazos, fluxos e exigências mínimas para que os serviços pudessem integrar essa rede.

Essa rede deve ser composta por hospitais gerais e por centros de referência em assistência a queimados.

a. Hospital geral

a.1 Unidade hospitalar que, embora não especializada na assistência a queimados, reúne condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação do primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar, aos pacientes com queimaduras, e seja cadastrada no CNES e atue de forma articulada e integrada com o sistema local e regional de urgência e emergência.

b. Centros de referência em assistência a queimados

b.1 Unidade hospitalar que reúne condições técnicas, instalações físicas e de recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, e seja capaz de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados e seja cadastrada no CNES e atue de forma articulada e integrada com o sistema local e regional de urgência e emergência.

c. Centro de referência em assistência a queimados

c.1 Intermediário – unidade que poderá ser credenciada nos estados que eventualmente não possuam pelo menos um serviço capaz de cumprir as normas, e tem caráter transitório, mas deve atender a exigências específicas e estar instalado em unidade hospitalar cadastrada no sistema de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.

4.2.3 Normas vigentes no SUS para credenciamento e habilitação das unidades para queimados

Os hospitais gerais e os centros de referência em assistência a queimados, para serem credenciados/habilitados, deverão cumprir as exigências específicas para cada um deles, estabelecidas na Portaria GM/MS n. 1.273/2000, em seus anexos, como segue.

- » Anexo I – Número máximo de centros de referência em assistência a queimados por estado da Federação.
- » Anexo II – Normas para cadastramento de centros de referência em assistência a queimados, subdividido em: normas gerais; normas específicas para centros de alta complexidade e normas para centros intermediários.
- » Anexo III – Relatório de avaliação e acompanhamento de centro de alta complexidade em assistência a queimados.
- » Anexo IV – Instruções de preenchimento do relatório de avaliação e acompanhamento de centro de alta complexidade em assistência a queimados.

As unidades e os centros de referência devem atender, ainda, às exigências da Anvisa, quanto à área física, estabelecidas na RDC n. 50/2002, alterada pela RDC n. 307/2002 e RDC n. 189/2003 e na Resolução Conama n. 05/1993.

4.2.4 Alguns parâmetros para o planejamento e a avaliação da rede estadual de assistência a queimados

- a. Número de serviços necessários por Unidade da Federação
 - a.1 Hospitais Gerais – não há limitação quantitativa, podendo participar da rede todo e qualquer hospital cadastrado no CNES e integrado ao SUS, para atendimento primário.
 - a.2 Centro de referência – o número de centros foi limitado pelo Ministério da Saúde, na norma técnica citada anteriormente, sendo que todo estado deve credenciar pelo menos um centro.
- b. Número de leitos especializados para a assistência a queimados
 - b.1 O número de leitos por centro de referência deve ser de, no mínimo, 8, e, no máximo, 20.

4.2.5 Avaliação, controle e monitoramento da atenção em alta complexidade em paciente com queimaduras

Os hospitais gerais e os centros de referência de atendimento a queimados devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles.

Os procedimentos que compõem o rol da assistência ao paciente queimado estão descritos na Portaria SAS/MS n. 1.274/2000, inclusive com a classificação de grau de extensão e gravidade de queimaduras.

O atendimento hospitalar ao paciente queimado geralmente ocorre em situações de urgência e emergência e não depende de autorização prévia, portanto, o laudo médico solicitando autorização deverá ser encaminhado nos prazos determinados pelo gestor (laudo para internação), que são analisados e, se aprovados, recebem o documento AIH.

O atendimento ambulatorial para o acompanhamento do paciente queimado, os curativos e os materiais especiais, como a malha compressiva para tratamento de sequelas de queimaduras, são solicitados por meio de laudo médico para emissão de Apac (modelo específico – Portaria GM/MS n. 1.274/2000) e, se autorizados, será emitida a Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac).

Para o registro das informações dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, como o acompanhamento do paciente queimado, usa-se o sistema Apac do SIA.

4.3 Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave

O aumento de procura por cirurgia de redução do estômago é considerado um problema de saúde pública. Segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em parceria com o Ministério da Saúde, estimou-se que cerca de 40% dos indivíduos adultos do país apresentam excesso de peso, sem diferença substancial entre homens e mulheres. Além disso, a obesidade afeta 8,9% dos homens adultos e 13,1% das mulheres adultas; os obesos representam cerca de 20% do total de homens com excesso de peso e cerca de um terço do total de mulheres com excesso de peso (IBGE, 2004).

4.3.1 Normas vigentes no SUS para a gastroplastia (cirurgia bariátrica)

O procedimento de gastroplastia foi incluído na tabela do SIH/SUS a partir da Portaria GM/MS n. 252/1999, para ser realizado por apenas quatro hospitais no país, universitários e com cirurgiões habilitados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, credenciados pelo Ministério da Saúde, a partir da referida portaria.

A Portaria Conjunta MS/SES/SAS n. 45/1999 incluiu, na tabela de órteses e próteses do SIH/SUS, para uso exclusivo em cirurgia de obesidade mórbida, o kit grampeador linear cortante com três cargas.

A Portaria GM/MS n. 196/2000 estabelece critérios clínicos e amplia a rede SUS para realização dos procedimentos, instituindo os centros nacionais de referência para cirurgia

bariátrica e respectivos critérios de seleção, distribuindo-os regionalmente, totalizando quatorze centros no país, já incluídos os quatro serviços publicados por meio da Portaria GM/MS n. 252/99: hospitais universitários, de ensino ou centro público de pesquisa. Caberia às SES a indicação dos centros, sendo a seleção e definição do cadastramento responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

Indicações e contraindicações para cirurgia bariátrica, segundo portarias do Ministério da Saúde:

a. Indicações

a.1 Índice de Massa Corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores, realizados continuamente há pelo menos 2 anos.

a.2 Pacientes obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doença crônica associada, como: diabetes, hipertensão, apneia do sono, artropatias e hérnias de disco, cuja situação clínica é agravada pela obesidade.

b. Contraindicações

b.1 Patologias endócrinas específicas, transtornos mentais (alcoolismo, dependências químicas a outras drogas) e condições físicas e clínicas que contraindiquem, como: cirrose, cardiopatias, pneumopatias, insuficiência renal crônica e outras.

A Portaria GM/MS n. 1.157/2000, considerando a necessidade de aumento do número de centros de referência para a realização do procedimento de gastroplastia, em face dos dados epidemiológicos, que relatam a alta prevalência de obesidade mórbida na população, revoga o Art. 2º da Portaria GM/MS n. 196/2000, que instituiu o número de centros por região do país.

A Portaria GM/MS n. 628/2001 revoga as portarias relacionadas anteriormente e:

- » aprova o protocolo de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do SUS (anexo I);
- » torna obrigatório o preenchimento do protocolo por todos os centros de referência credenciados, devendo ser encaminhado à SAS/MS, decorridos 12 meses de realização do procedimento cirúrgico, para inserção no banco de dados de acompanhamento de cirurgias bariátricas;
- » estabelece as normas para o cadastramento de centro de referência em cirurgia bariátrica (anexo II), dentre as quais, ressalta-se a inclusão da obrigatoriedade da equipe multidisciplinar, para garantir a integralidade da assistência ao paciente portador de obesidade mórbida;

- » relaciona os hospitais cadastrados no SUS como centros de referência em cirurgia bariátrica (anexo III). A partir dessa portaria, foi excluído o critério de hospitais universitários ou de ensino.

Considerando a necessidade de criar mecanismos que facilitem o acesso aos pacientes submetidos à gastroplastia, aos procedimentos de cirurgia plástica corretiva, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 545/2002, inclui na tabela de procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos de cirurgias plásticas corretivas pós-gastroplastia.

Nessa mesma portaria, foi substituído o código relativo a órteses e próteses para o procedimento de gastroplastia, passando de “Kit grampeador linear cortante + três cargas” para “Kit grampeador linear cortante + quatro cargas”.

A Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007, institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Estabelece que a prevenção da obesidade e a assistência ao portador de obesidade sejam organizadas de forma articulada, entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

- I. desenvolver estratégias de promoção, proteção e de recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
- II. organizar a linha de cuidados ao portador da obesidade grave, em todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a integralidade da assistência;
- III. identificar os principais determinantes e condicionantes que levam à obesidade e ao desenvolvimento de ações transeitoriais de atenção à saúde;
- IV. definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços que realizam cirurgia bariátrica, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o paciente após a realização da cirurgia;
- V. ampliar a cobertura do atendimento, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de atenção aos portadores de obesidade no Brasil;
- VI. fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica ao tratamento da obesidade;
- VII. contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes das diretrizes para a atenção ao portador de

obesidade, 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 obesidade e aqueles em acompanhamento pós-cirúrgico;

VIII. promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das formações; e

IX. qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais da saúde envolvidos com a implantação e a implementação das diretrizes para a atenção ao portador de obesidade, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Define que as diretrizes para a atenção à saúde com vistas à prevenção da obesidade e à assistência ao portador de obesidade sejam operacionalizadas a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I. Atenção Primária: realizar ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção dos danos, bem como as ações para o controle da obesidade e suas comorbidades que possam ser realizadas nesse nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde;

II. Média Complexidade: realizar ações diagnósticas e terapêuticas especializadas garantidas a partir do processo de referência e contrarreferência do portador de obesidade, que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada Unidade Federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

III. Alta Complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade das cirurgias bariátricas, visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na realização do tratamento cirúrgico da obesidade, cuja assistência nessa modalidade se dará por meio dos hospitais credenciados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade ao Portador de Obesidade Grave;

IV. regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de obesidade;

V. a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de obesidade serão de competência das três esferas de governo;

VI. 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;

VII. protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, controle e avaliação; e

VIII. educação permanente e capacitação 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.

4.4 Assistência de alta complexidade em terapia nutricional

O suporte nutricional (nutrição parenteral e nutrição enteral) foi disciplinado para utilização em pacientes do sistema público, a partir da ordem de serviço Inamps/DAS n. 172/1989.

A partir de então, foram editadas, pelo Ministério da Saúde, diversas portarias sobre o assunto, regulamentando tecnicamente e definindo as formas de remuneração dos procedimentos por meio do SIH/SUS.

4.4.1 Normas vigentes no SUS para Terapia Nutricional

A atual legislação sobre o assunto foi editada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 343/2005, que institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional, definindo que essa assistência será composta por:

- a. Unidades de assistência de alta complexidade em terapia nutricional;
- b. Centros de referência de alta complexidade em terapia nutricional.

A portaria determina, ainda, que:

- a. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) deverá regulamentar as atribuições e aptidões das unidades e dos centros.
- b. As Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em gestão plena do sistema municipal adotem providências necessárias ao credenciamento das unidades e centros.
- c. Fica criada a câmara técnica em terapia nutricional, subordinada à SAS, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação do disposto na portaria.
- d. O prazo para regulamentação dos seguintes instrumentos de gestão será de 120 dias:
 - d.1 Banco de dados dos usuários de terapia nutricional.
 - d.2 Protocolos de triagem e avaliação nutricional, indicação de terapia nutricional e acompanhamento dos pacientes em terapia nutricional.

e. A SAS deve adotar as medidas necessárias à implantação do disposto na portaria.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em cumprimento à Portaria GM/MS n. 343/2005, publicou as normas de credenciamento de unidades de assistência e centros de referência em alta complexidade em terapia nutricional, por meio da Portaria SAS n. 224/2006 (revogando as Portarias SAS/MS n. 131/2005 e n. 15/2006).

Essas normas têm como objetivos específicos:

- » Atualizar o sistema de credenciamento/habilitação e adequá-lo a prestação dos procedimentos de alta complexidade em terapia nutricional.
- » Descentralizar a gestão do SUS, inclusive do processo de credenciamento.
- » Estabelecer nova conformação para a tabela de procedimentos do SIH, para a assistência em terapia nutricional.
- » Aperfeiçoar o sistema de informação referente à assistência nutricional.
- » Garantir aos pacientes em risco nutricional ou desnutridos uma adequada assistência nutricional, por intermédio de equipes multiprofissionais, utilizando-se de métodos e técnicas específicas.

A portaria agrega os seguintes anexos:

- I. Normas de classificação e credenciamento dos serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional enteral e enteral/parenteral.
- II. Formulário de vistoria do gestor, com relatório da vigilância sanitária local.
- III. Relação de procedimentos excluídos da tabela SIH/SUS.
- IV. Relação de procedimentos incluídos na tabela SIH/SUS.
- V. Banco de dados dos usuários de terapia nutricional – formulário para registro (disponível no site www.saude.gov.br/sas, da SAS/MS).

4.4.2 Caracterização das unidades de assistência em terapia nutricional

Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional é uma unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração de fórmula nutricional, podendo, ainda, ser responsável pela manipulação e fabricação.

A unidade poderá prestar atendimento nos seguintes serviços:

- a. Serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional – enteral.
- b. Serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional – enteral e parenteral.

O centro de referência de alta complexidade em terapia nutricional é um estabelecimento de saúde que, além de preencher os critérios definidos para unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional, execute a manipulação/fabricação e que preste serviço de consultoria para outros estabelecimentos de saúde de sua área de abrangência e para o gestor, tendo as seguintes atribuições técnicas:

- » oferecer capacitação;
- » assessorar implantação de protocolos;
- » dar consultoria;
- » ser um hospital de ensino certificado, com estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos em terapia nutricional;
- » estar articulado e integrado ao sistema local ou regional;
- » ser capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- » dispor de mecanismos de acompanhamento e avaliação de qualidade;
- » subsidiar ações dos gestores na regulação, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e custo-efetividade.

Os centros de referência deverão, obrigatoriamente, prestar atendimento aos serviços de assistência de alta complexidade em terapia nutricional enteral e parenteral.

As unidades e os centros de referência devem atender, ainda, às exigências da Portaria GM/MS n. 554/2002 e das normas da Anvisa – Portaria n. 272/1998, RDC n. 63/2000, RDC n. 50/2002, modificada pela RDC n. 307/2002 e RDC n. 189/2003.

4.4.3 Alguns parâmetros para o planejamento da assistência em terapia nutricional

- » Os procedimentos de nutrição parenteral não deverão exceder, em conjunto, o percentual de 5% do total de todos os procedimentos de terapia nutricional, e o procedimento relacionado à nutrição parenteral neonatal não deve exceder o percentual de 25% do total de procedimentos de terapia nutricional.
- » Na situação de administração concomitante de nutrição parenteral e enteral, independentemente da faixa etária, esse percentual de indicação não deve exceder a 10% do total dos procedimentos de terapia nutricional (Portaria MS/SAS n. 135/2005).

- » Do total de leitos dos hospitais gerais com alta complexidade e/ou habilitados na área de oncologia, o percentual adotado para indicação de terapia nutricional será de 10%.
- » Do total de leitos dos hospitais gerais que não possuem alta complexidade ou hospitais especializados, o percentual adotado para indicação de terapia nutricional será de 5% (Portaria MS/SAS n. 304/2006)

4.4.4 Avaliação, controle, monitoramento e financiamento da assistência em terapia nutricional

A terapia nutricional consta da tabela do SIH/SUS como Procedimentos Especiais de Nutrição Parenteral e Enteral, sendo a Parenteral cobrada no campo Médico Auditor e a Enteral cobrada no campo Serviços Profissionais da AIH, portanto, requer autorização do diretor-clínico do hospital.

A Portaria MS/SAS n. 135/2005 definiu conceitos, classificação CBO (Classificação Brasileira de Ocupação) e normas para controle e avaliação na área de terapia nutricional; e a Portaria MS/SAS n. 224/2006, por meio dos anexos III e IV, definiu a exclusão dos atuais códigos relacionados à terapia nutricional, da tabela SIH/SUS e a inclusão dos novos códigos, que serão cobrados no campo Serviços Profissionais, inclusive a nutrição parenteral, e poderão ser cobrados apenas pelas unidades e centros habilitados em conformidade com a referida portaria.

As unidades e/ou os centros de assistência de alta complexidade em terapia nutricional devem submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor estadual e municipal, dependendo das responsabilidades de cada um deles.

O financiamento da assistência em terapia nutricional faz-se por procedimento especial cobrado na AIH, financiado pelos recursos do teto de média e alta complexidade (teto MAC), exceto nos casos de internações (AIH), de procedimentos financiados pelo Faec – como, por exemplo, transplantes, gastroplastias – pois, nesses casos, a terapia nutricional também será remunerada pelo Faec.

4.5 Programa Nacional de Triagem Neonatal

A triagem neonatal é uma das estratégias de triagem populacional que podem ser aplicadas em saúde pública. Nesse contexto, deve-se entender como triagem as ações de identificação, dentro de uma população considerada “normal”, de todos aqueles que tenham risco de adquirir uma doença específica, com o objetivo de desenvolver medidas de prevenção e tratamento precoce, impedindo ou reduzindo o risco de evolução da doença.

Portanto, além da identificação dos casos, qualquer programa de triagem deve con-

templar a confirmação diagnóstica e garantir o acesso dos pacientes ao tratamento disponível. Nesse sentido, “a introdução de um programa de triagem não deve ser dirigida pela disponibilidade tecnológica, pelo entusiasmo clínico ou pela demanda pública. Ela deve ser baseada na evidência de que o programa é realmente efetivo, tanto do ponto de vista científico quanto socioeconômico” (SOUZA, SCHWARTZ & GIUGLIANI, 2002).

4.5.1 A Triagem Neonatal no Brasil

A Triagem Neonatal (realizada no período neonatal, ou seja, entre 0 a 28 dias de vida), tem sido, há vários anos, objeto da atenção da área da saúde, no Brasil, além de ser prevista na legislação vigente, que trata dos direitos infantis.

A Lei Federal n. 8.069/1990, que aprovou o Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu Artigo 10, Inciso III, determinou a obrigatoriedade de que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, procedam a exames visando ao diagnóstico e à terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestem orientações aos pais.

Entretanto, a Lei Federal precisava ser regulamentada por meio de norma técnica, que especificasse claramente quais os exames a serem realizados.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 22/1992, tornou obrigatória a inclusão no planejamento das ações de saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal, públicos e privados, que integravam o SUS, do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria, e recomendou que a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) ou entidades similares fossem credenciadas para os referidos testes laboratoriais, até a instalação de laboratórios de referência.

Considerando a necessidade de ampliar o acesso à triagem neonatal no país e buscar a cobertura de todos os recém-nascidos vivos e de definir quais seriam as patologias que deveriam ser prioritariamente triadas, impactando na morbimortalidade relacionada às patologias congênitas no Brasil, foi instituído, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio da Portaria GM/MS n. 822/2001.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas, em todos os nascidos vivos, promovendo o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como organizar e regular o conjunto dessas ações. As patologias indicadas para serem triadas são: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e a fibrose cística.

No entanto, considerando os diferentes níveis de organização e de cobertura das redes assistenciais nos estados e no Distrito Federal, além da diversidade regional, o programa foi proposto para ser implantado em fases, estabelecendo quais patologias deveriam ser triadas, tratadas e acompanhadas em cada fase.

- » Fase I – Fenilcetonúria e Hipotireodismo Congênito. Deve-se organizar uma rede de coleta de material para exame dessas patologias e cadastrar serviços tipo I de referência em triagem neonatal/acompanhamento e tratamento de doenças congênitas, que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e o tratamento e o acompanhamento dos pacientes triados.
- » Fase II – Fenilcetonúria, Hipotireodismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias. Deve-se utilizar a rede de coleta definida na Fase I, além de organizar e cadastrar serviços tipo II de referência em triagem neonatal/acompanhamento e tratamento de doenças congênitas, que garantam a realização da triagem ampliada para abranger as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, a confirmação diagnóstica e o tratamento e o acompanhamento dos pacientes triados.
- » Fase III – Fenilcetonúria, Hipotireodismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística. Deve-se utilizar a rede de coleta definida nas Fases I e II, além de organizar e cadastrar serviços tipo III de referência em triagem neonatal/acompanhamento e tratamento de doenças congênitas, que garantam a realização da triagem ampliada para abranger a fibrose cística, a confirmação diagnóstica e o tratamento e o acompanhamento dos pacientes triados.

4.5.2 Estruturação da rede estadual de triagem neonatal

As redes estaduais de triagem neonatal são compostas pelos seguintes serviços:

- a. Postos de coleta
 - a.1 Unidades de saúde, definidas pelo gestor municipal, em quantidade suficiente para dar cobertura e acesso a todos os nascidos vivos, sendo obrigatória a instalação de pelo menos um posto de coleta por município, mesmo que não tenha na localidade serviço de saúde que realize partos. A critério do gestor, a coleta poderá ocorrer nas unidades de saúde existentes, em local específico para essa atividade ou na própria maternidade. Caso não ocorra na maternidade, compete a ela dispor de formulário contendo orientações de local e data de coleta, que deverá ocorrer preferencialmente na primeira semana de vida do recém-nascido.
- b. Serviços de referência em triagem neonatal, acompanhamento e tratamento de doenças congênitas tipo I, II ou III.

b.1 Unidades de saúde capacitadas a realizar triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento das doenças triadas, de acordo com a fase de implantação do programa, sendo obrigatória a implantação de pelo menos um serviço de referência por estado, compatível com a fase de implantação proposta.

As unidades de saúde da rede estadual de triagem neonatal (postos de coleta ou serviços de referência) devem ser registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e integrar a rede de serviços próprios, conveniados ou contratados pelas Secretarias Estaduais e Municipais, de acordo com as respectivas condições de gestão.

Compete à Secretaria Municipal de Saúde o encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde, da relação dos postos de coleta, contendo o nome do município, nome do(s) estabelecimento(s) cadastrado(s) e nome do responsável pela atividade.

São competências da Secretaria Estadual:

- » o planejamento da rede e a definição do quantitativo de serviços de referência necessários para a triagem de todo nascido vivo;
- » a consolidação da relação de postos de coleta de todos os municípios do estado e identificação do serviço de referência para cada um dos postos de coleta.

A Portaria GM/MS n. 822/2001 relaciona, em seus anexos, competências e atribuições do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal e das Secretarias Municipais de Saúde; princípios e diretrizes, critérios e exigências para a habilitação nas fases de implantação do programa; normas para o funcionamento e cadastramento de postos de coleta e de serviços de referência em triagem neonatal, acompanhamento e tratamento de doenças congênitas.

4.5.3 Alguns parâmetros para o planejamento e avaliação da Rede de Triagem Neonatal

- a. Número de serviços necessários por Unidade da Federação
 - a.1 No mínimo, um posto de coleta por município.
 - a.2 No mínimo, um serviço de referência por estado ou Distrito Federal.
- b. Parâmetros de necessidade
 - b.1 Atender 100% dos nascidos vivos (partos SUS e não SUS).
- c. Parâmetros técnicos
 - c.1 A coleta do material somente pode ocorrer após o 2º dia de vida do recém-nascido e não deve ultrapassar os trinta dias de vida e, preferencialmente, na primeira semana.

c.2 O envio do material ao laboratório deve ser feito, no máximo, em cinco dias.

4.5.4 Avaliação, controle e monitoramento da triagem neonatal

Os serviços de referência que integram essa rede de assistência necessitam apresentar laudos dos exames, que devem ser claros, e conter informações sobre o método empregado para cada exame, assinado pelo responsável técnico (laudo para emissão de Apac), que são analisados e, se coerentes, recebem a autorização por meio do documento Apac, conforme preconiza a Portaria MS/SAS n. 223/2001.

Os gestores devem monitorar o desempenho do programa em seu território e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da triagem neonatal (cobertura de 100% dos nascidos vivos).

As informações sobre os exames da triagem neonatal são registradas na Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) do SIA, de acordo com as rotinas descritas no capítulo 2 deste livro.

A partir do monitoramento da produção, é possível acompanhar a execução da programação para cada um dos serviços e essas informações são disponibilizadas pelo Datasus em meio magnético ou em seu site, na internet (www.datasus.gov.br).

4.6 Sistema Nacional de Transplantes

A atividade de transplante de órgãos teve início no Brasil com a realização de transplantes renais no Rio de Janeiro, em 1964, e em São Paulo, em 1965. Em 1968, pouco menos de um ano após a realização do pioneiro transplante cardíaco na África do Sul pelo Dr. Christian Barnard, ocorreu o primeiro transplante cardíaco em São Paulo, realizado pela equipe do Dr. Euriclides de Jesus Zerbini.

Desse período inicial até os dias atuais, a atividade de transplante tem evoluído bastante, no tocante a técnica, resultados, combate à rejeição, variedade de órgãos transplantados e em quantitativo de procedimentos.

À medida que grande parte dos procedimentos realizados era financiada por recursos públicos e que se aprofundava o entendimento de que os órgãos captados eram “bens públicos”, cresceu, na sociedade brasileira, entre os gestores do SUS e na própria comunidade transplantadora, o desejo de regulamentar a atividade, criar uma coordenação nacional para um sistema de transplantes e definir critérios claros, tecnicamente corretos e socialmente aceitáveis e justos, de destinação dos órgãos.

Esse processo culminou com a edição, em 1997, da chamada Lei dos Transplantes –

Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 – e do Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997, que a regulamentou.

A partir dessas definições legais, o Ministério da Saúde começou a implementar as medidas preconizadas, organizar o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e implantar as Listas Únicas de Receptores.

O Sistema Nacional de Transplantes é hoje respeitado pela sociedade brasileira, pelos pacientes e pela comunidade transplantadora. Graças a esse trabalho, o Brasil figura hoje no segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo.

No Brasil, foram realizados, em 2008, 18.989 transplantes, sendo 92% pelo SUS.

A partir da edição da Lei dos Transplantes (BRASIL, 1997a) e do Decreto que a regulamentou, coube ao Ministério da Saúde o detalhamento técnico, operacional e normativo do SNT, com o Regulamento Técnico de Transplantes, publicado em agosto de 1998.

O regulamento estabelece: as atribuições das Coordenações Estaduais; o fluxo e as rotinas com vistas à autorização a equipes especializadas e estabelecimentos de saúde para proceder à retirada e aos transplantes de órgãos, partes e tecidos do corpo humano; as condições para a retirada desses órgãos, partes e tecidos para a realização de transplantes ou enxertos; o sistema de lista única; a priorização de atendimento por gravidade em cada modalidade de transplante etc.

A Lei dos Transplantes teve algumas de suas disposições alteradas, inicialmente promovidas por meio de edição de Medida Provisória em outubro de 2000 e foram aprovadas pelo Congresso Nacional e consolidadas na forma da Lei n. 10.211, em março de 2001.

As mudanças envolvem a retirada da obrigatoriedade do registro da manifestação de vontade – “doador” ou “não doador” – das carteiras de identidade e de habilitação (essa manifestação foi substituída posteriormente, por meio de Portaria Ministerial, pelo Registro Nacional de Doadores), a consolidação da obrigatoriedade de consulta à família para autorização da doação e da retirada de órgãos e, ainda, o estabelecimento de critérios mais bem definidos para a efetivação das doações de órgãos intervivos. Nas doações intervivos, em que o receptor e o doador não são parentes próximos ou cônjuges (exceção feita à doação de medula óssea), passou a ser exigida autorização judicial para a realização do procedimento.

4.6.1 Bases legais do Sistema Nacional de Transplantes

A retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano com fins tera-

pêuticos e científicos foi objeto da Lei Federal n. 8.489/1992, regulamentada pelo Decreto Federal n. 879/1993, sendo um dos instrumentos iniciais de regramento da captação e da distribuição de órgãos no país.

Posteriormente, o assunto foi objeto da Lei Federal n. 9.434/1997, que revogou a legislação anterior e dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano em vida ou *post mortem* para fins de transplante e tratamento, regulamentada pelo Decreto Federal n. 2.268/1997, que organizou o Sistema Nacional de Transplante (SNT). O sangue, o espermatozoide e o óvulo não estão compreendidos entre os tecidos abordados pela Lei n. 9434/1997. Essa Lei foi alterada por diversas Medidas Provisórias, sendo definitivamente alterada pela Lei Federal n. 10.211/2001.

A legislação estabelece que os transplantes e os enxertos só podem ocorrer em estabelecimentos de saúde públicos ou privados e por equipe médico-cirúrgica de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Estabelece também as condições da disposição (*post mortem* e do corpo humano vivo) de tecidos, órgãos e partes para fins de transplante, estabelecendo as sanções penais e administrativas a que estão submetidos os que descumprirem esta legislação.

4.6.2 Estrutura do Sistema Nacional de Transplantes (SNT)

O SNT é integrado pelo Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, as Secretarias Municipais de Saúde, os estabelecimentos hospitalares autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes e estabelece funções para cada um dos seus integrantes.

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem instituir em sua estrutura organizacional unidade com o perfil e as funções que lhe são conferidas e devem se cadastrar junto ao Sistema Nacional de Transplantes, assumindo os encargos que lhe são próprios, após deferimento desse cadastro. No endereço eletrônico do Ministério da Saúde, é possível encontrar a relação dos documentos necessários ao cadastro e o modelo de *check list*.

O Decreto n. 2.268/97 estabelece, ainda, que as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), devem ser unidades executivas das atividades do Sistema Nacional de Transplantes, afetas ao Poder Público, e relaciona as atribuições de coordenação das atividades de transplante no âmbito estadual. Determina que os municípios possam instituir CNCDO, mas estas estarão vinculadas à CNCDO estadual.

São competências da CNCDO:

- » coordenar as atividades de transplantes;
- » promover a inscrição dos potenciais receptores de órgãos, tecidos e partes;
- » classificar os receptores e agrupá-los segundo critérios específicos;
- » informar ao órgão central do SNT as inscrições para a organização da lista nacional de receptores;
- » receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de órgão, tecidos e partes para transplante;
- » prover o transporte de órgão, tecido ou partes para o local em que o receptor ideal se encontrar;
- » informar o órgão central do SNT da existência de órgãos, tecidos ou partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seu registro, para a utilização dentre os relacionados na listagem nacional;
- » encaminhar relatórios anuais sobre o desenvolvimento das atividades, exercer o controle, a fiscalização e aplicar as penalidades cabíveis;
- » suspender, cautelarmente, estabelecimentos ou equipes que por indícios de irregularidades coloquem em risco os usuários;
- » comunicar o órgão central do SNT das penalidades aplicadas e acionar o Ministério Público ou outras entidades para reprimir ilícitos.

No capítulo II, do Decreto n. 2.268/97, estão contidas as condições gerais e comuns para a autorização de estabelecimento e equipes especializadas de retirada e de transplante ou enxerto, que terão validade de atuação por dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos, caso mantenha o cumprimento dos requisitos estabelecidos para a obtenção da autorização.

A renovação deve ser requerida com sessenta dias de antecedência do final do prazo de vigência. A autorização perde sua eficácia a partir da data de expiração de sua vigência e até a decisão sobre o pedido de renovação (exceto quando solicitada com sessenta dias de antecedência; nesse caso, será prorrogada automaticamente até que haja manifestação definitiva do Ministério da Saúde).

A retirada e o transplante de órgãos, tecidos ou partes só poderão ser realizados por estabelecimentos e equipes prévia e expressamente autorizadas pelo Ministério da Saúde, independentemente de possuir vínculo contratual de prestação de serviços ao SUS. A autorização poderá ser formulada para uma ou mais atividades de retirada e de transplante ou de enxerto.

Os membros de uma equipe poderão integrar outra equipe, desde que estejam nominalmente identificados na relação de ambas, e poderão atuar em qualquer estabelecimento autorizado, para as atividades relacionadas ao transplante e retirada de órgão. Essa norma não é válida para equipes de transplante de medula óssea, em que os membros podem atuar no máximo em duas equipes e ocupando somente a responsabilidade técnica de uma equipe, conforme preconiza a Portaria GM/MS n.931/2006.

As regras para o cadastramento das equipes e dos estabelecimentos de saúde para a realização dos procedimentos de retirada e de transplante de órgãos foram, inicialmente, determinadas pelo Decreto n. 2.268/1997 e, posteriormente, regulamentadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 3.407/1998, especificamente para os transplantes de rim, fígado, pulmão, coração, válvulas cardíacas, córnea, tecidos ósteo-condro-fáscio-ligamentoso e pele.

Por meio da Portaria GM/MS n. 935/1999, foi incluído regramento para o cadastramento de estabelecimento e equipe para a realização de transplante conjugado de pâncreas e de rim e transplante isolado de pâncreas.

Também foram estabelecidos, pelas normas, o fluxo das autorizações e o sistema de Lista Única, os critérios para a distribuição de órgãos, os critérios da determinação da urgência e, por fim, o sistema de controle e de avaliação dessa atividade.

Os critérios para o cadastramento de transplante de medula óssea foram estabelecidos, inicialmente, pela Portaria GM/MS n. 1.217/1999 e pela Portaria GM/MS n. 1.316/2000, sendo redefinidos pela Portaria GM/MS n. 2.480/2004, que revogou as normativas anteriores, e pela Portaria GM/MS n. 931/2006.

Todo estabelecimento ou equipe, para ser cadastrado, deverá, além de cumprir as determinações especificadas a seguir, ser avaliado pela CNCDO a quem compete emitir o parecer conclusivo sobre a autorização e remeter ao Ministério da Saúde o requerimento de autorização específico.

4.6.3 Legislação recente

A portaria GM/MS n. 487, de 2 de março de 2007, dispõe sobre remoção de órgãos e/ou tecidos de neonato anencéfalo para fins de transplante ou tratamento.

A Lei n. 11.521, de 18 de setembro de 2007, altera a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para permitir a retirada pelo Sistema Único de Saúde de órgãos e tecidos de doadores que se encontrem em instituições hospitalares não autorizadas a realizar transplantes.

A Portaria GM/MS n. 2.041, de 25 de setembro de 2008, inclui tabela de procedimentos que estabelece remuneração de R\$ 260,00 por órgão captado e efetivamente implan-

tado (máximo de 5) e estabelece pacote de remuneração para realização de exames para inclusão de pacientes em lista de transplantes.

A Portaria GM/MS n. 2.600, de 21 de outubro de 2009, aprova o novo Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. A referida Portaria trata:

- » Da estrutura e do funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes.
- » Do credenciamento das Centrais de Notificação, Captação e distribuição de órgãos estaduais e regionais.
- » Da constituição das Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO) e das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTs).
- » Da autorização de equipes especializadas e de estabelecimentos de saúde.
- » Do Sistema de Lista Única.
- » Da seleção de doadores falecidos e potenciais receptores e da distribuição de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano.
- » Dos Bancos de Tecidos.

4.7 Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos

Os estudos epidemiológicos evidenciam que a ocorrência da dor é a principal razão pela qual os usuários procuram o serviço de saúde e estima-se que entre 30% e 40% da população brasileira seja acometida de dor crônica, constituindo-se na principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doenças, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho. É uma das causas do sofrimento humano que provoca incapacidade e compromete a qualidade de vida, com repercussões psicossociais e econômicas importantes, tornando-se um grave problema de saúde pública.

Com base nessas considerações, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria GM/MS n. 19/2002.

4.7.1 Objetivos do programa

- » Articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e que demandem cuidados paliativos.
- » Estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a esse grupo de pacientes, de maneira a constituir redes assistenciais descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas.

- » Articular e promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação continuada para a Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.
- » Desenvolver esforços para promover a organização, captação e disseminação de informações que sejam relevantes a profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, quanto à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, dos cuidados paliativos, das pesquisas, dos novos métodos de diagnóstico e tratamento, dos avanços tecnológicos, dos aspectos técnicos e éticos.
- » Desenvolver diretrizes assistenciais, adaptadas e adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados à doença fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com esse assunto.

4.7.2 Estruturação do programa

Por entender que a assistência adequada ao paciente com dor resulta, além dos aspectos humanitários envolvidos com a redução do sofrimento, no uso adequado de medicamentos e dos serviços de saúde; na melhor utilização dos recursos diagnósticos e de tratamentos disponíveis; na redução do absenteísmo decorrentes da dor; na racionalização dos gastos públicos envolvidos nessa assistência; e, por fim, na racionalização dos gastos relacionados às repercussões psicossociais e econômicas decorrentes da inadequada abordagem dos pacientes com dor, o Ministério da Saúde propôs a criação de centros de referência em tratamento da dor crônica, pela Portaria GM/MS n. 1.319/2002.

Os centros de referência em tratamento da dor crônica são unidades hospitalares cadastradas no CNES e habilitadas para prestar atendimento de alta complexidade em Oncologia (Cracon, Cacon ou Unacon).

Os hospitais gerais podem se credenciar, desde que disponham de ambulatório para tratamento da dor crônica e de condições técnicas; instalações físicas; equipamentos e recursos humanos adequados, para prestar essa assistência de forma integral e integrada; e tenham capacidade de se constituírem em referência para a rede assistencial do estado na área de tratamento da dor crônica.

Entre as regras estabelecidas para a definição e a distribuição geográfica dos centros de referência e tratamento da dor crônica, o Ministério da Saúde estabeleceu o quantitativo de centros por estado e Distrito Federal, incluindo nesse quantitativo os serviços de oncologia já habilitados.

As normas técnicas para o cadastramento de centros de referência em tratamento de dor crônica foram aprovadas por meio da Portaria SAS/MS n. 472/2002, que especifica:

- » a documentação necessária à instrução do processo de cadastramento;
- » as exigências gerais do hospital (ser cadastrado no CNES; ser serviço de oncologia habilitado, ter centro cirúrgico, farmácia, serviço de anestesia, neurologia, serviços de arquivo médico e estatística, enfermarias de clínica médica, pediatria, cirurgia e ambulatório para avaliação e acompanhamento do paciente em tratamento da dor crônica);
- » as exigências específicas quanto à área física, recursos humanos, materiais e equipamentos, recursos diagnósticos e terapêuticos, rotina de funcionamento e atendimento, registro de pacientes, dispensação de opiáceos e manutenção do cadastramento.

O centro de referência que for unidade dispensadora de opiáceos deverá observar o estabelecido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – uso de opiáceos no alívio da dor crônica –, que foi aprovado pela Portaria SAS/MS n. 859/2002, que estabelece critérios de inclusão, tratamento, controle, critérios de interrupção de uso de opiáceos, logística de aquisição, prescrição e dispensação de opiáceos, termo de consentimento informado e termo de devolução de opiáceos. Deverá, ainda, cumprir as exigências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabelecidas na RDC n. 202/2002.

Os pedidos de cadastramento de centros de referência em tratamento da dor crônica deverão ser instruídos pelo gestor municipal ou estadual, dependendo da pactuação e da divisão de responsabilidade de cada gestor, analisados e submetidos à apreciação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme novo fluxo determinado na Portaria MS/GM n. 598/2006.

Uma vez aprovado na CIB, será encaminhado ao Ministério da Saúde o ofício CIB, cópia da resolução ou deliberação CIB aprovando o cadastramento, *check list* das exigências cumpridas e as informações acerca de impacto financeiro. Os serviços de oncologia que vierem a ser habilitados serão integrados a esse programa.

4.8 Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva

A distrofia muscular progressiva engloba um conjunto de doenças genéticas que se caracterizam por uma degeneração do tecido muscular dos pacientes portadores e que evolui de forma progressiva, afetando gradualmente os diversos grupos musculares e comprometendo a capacidade vital dos portadores, levando-os, inclusive, à falência respiratória.

Os pacientes portadores de distrofia muscular progressiva podem se beneficiar com a utilização de equipamentos que propiciem a ventilação nasal intermitente de pressão positiva.

Em função desse fato, a Portaria GM/MS n. 1.531/2001 institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

Esse programa consiste em:

- » identificação dos portadores de distrofia muscular progressiva, entre os quais os que necessitam de ventilação positiva;
- » cadastramento de serviços de saúde, aptos a realizarem a manutenção e acompanhamento domiciliar desses pacientes;
- » a SAS deve estabelecer os critérios para a implantação do programa.

A Portaria SAS/MS n. 364/2001 inclui, na tabela dos serviços/classificação do SIA/SUS, o serviço de terapia em pneumologia e inclui, na tabela de procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos compatíveis com essa atenção, através de Apac. O financiamento é por meio do Faec estratégico.

4.9 Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário

A população prisional é exposta pela sua condição de confinamento a fatores de risco e um número significativo de casos de DST/Aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites B e C, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Além do confinamento, outros fatores de risco, como a marginalização social, a dependência de álcool e drogas, o baixo nível socioeconômico e as precárias condições do serviço de saúde, contribuem para a alta prevalência observada.

Nesse sentido, o governo federal aprovou, pela Portaria Interministerial n. 1.777/2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que é constante do anexo I da portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

Essa portaria estabelece:

- » As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça deverão formular o plano operativo estadual, na forma de seu anexo II, e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente e à Comissão Intergestores Bipartite, definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gestão e gerência das ações e serviços.

- » O financiamento das ações de saúde, no âmbito do sistema penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça das esferas de governo.
- » O incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a 70% do recurso e, ao Ministério da Justiça, o correspondente a 30% do recurso;
- » O termo de adesão ao plano nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do anexo III desta portaria.
- » À Secretaria de Atenção à Saúde e à Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde, que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do plano ora aprovado.

A Portaria GM/MS n. 240, de 31 de janeiro de 2007, publica os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.

Conforme os estados vão tendo seus planos estaduais qualificados, o Ministério da Saúde publicará os respectivos recursos destinados a essa área. Até julho de 2009, segundo o site do Ministério da Saúde, 18 estados estavam qualificados ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, no qual são desenvolvidas ações de saúde em unidades prisionais, conforme diretrizes do SUS e regulamentação da Portaria Interministerial n. 1.777/2003. São os estados: Acre, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo e Tocantins.

Esses estados contam com equipes de saúde multiprofissionais, compostas minimamente por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo e assistente social, que atuam em unidades de saúde de estabelecimentos prisionais, e desenvolvem ações de atenção básica. Entre as ações desenvolvidas estão o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle da diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da mulher; acrescidas de ações de saúde mental, DST/Aids, ações de redução de danos, repasse da farmácia básica e realização de exames laboratoriais.

Conforme o número de equipes cadastradas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –, os Ministérios da Saúde e da Justiça repassam o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, recurso para custeio das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde para a população penitenciária. Os valores desse recurso estão definidos na Portaria Interministerial n. 3.343/2006. Para unidades com até 100 pessoas presas, o recurso é de R\$ 2.700,00/mês, e a equipe de saúde deverá atuar por, no mínimo, 4 horas semanais. Em estabelecimentos prisionais com mais de 100 pessoas presas, o valor do incentivo é de R\$ 5.400,00/mês e a equipe de saúde deverá ter carga horária de 20 horas semanais, sendo uma equipe para cada 500 presos.

4.10 Assistência ao portador de lesão labiopalatal ou craniofacial

A anomalia craniofacial é entendida como toda alteração congênita que envolve a região do crânio e da face, da qual uma das mais frequentes é a fissura de lábio e/ou palato. O portador desse tipo de lesão tem necessidade de cirurgias múltiplas para a resolução satisfatória de sua condição, pois se não for corretamente tratado no momento apropriado, sua saúde pode sofrer graves consequências (infecções de repetição, desnutrição, engasgos, pneumonias aspirativas, entre outras).

Os códigos para as cirurgias destinadas ao tratamento desse tipo de lesão foram incluídos na tabela de procedimentos do SIH/SUS por meio da Portaria SAS/MS n. 126/1993. Os procedimentos de que trata essa portaria somente poderiam ser realizados por hospitais previamente autorizados pela SAS/MS, ouvida a Secretaria Estadual de Saúde do estado no qual se localiza o serviço.

A Portaria SAS/MS n. 62/1994 estabeleceu as normas para o cadastramento dos hospitais que realizem os procedimentos integrados para a realização estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal no SUS.

A Portaria SAS/MS n. 187/1998 inclui novos procedimentos relativos a cirurgias múltiplas em pacientes com lesões labiopalatais ou craniofaciais e a Portaria SAS/MS n. 503/1999 cria grupos de procedimentos para utilização exclusiva em hospitais autorizados a realizarem os procedimentos de alta complexidade em lesões labiopalatais/deformações craniofaciais.

Finalmente, por meio da Portaria Conjunta MS/SE/SAS n. 35/1999, fica definido que o financiamento de procedimentos relacionados, relativos a essas deformidades será realizado pelo Faec.

Mais duas Portarias (Portaria Conjunta MS/SE/SAS n. 51/1999 e Portaria MS/SAS n. 431/2000) tratam de alterar e excluir procedimentos relativos ao tratamento e reabilitação dos portadores dessas lesões, na tabela de procedimentos do SIH/SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDON, C.; FERREIRA, M.C.; TEIXEIRA, C. Planejamento & Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Série: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002. p. 23.

BARBOSA, A.P; CUNHA, A.J.L.A.; CARVALHO, R.M.; PORTELLA, A.F; ANDRADE, M.PF; BARBOSA, M.C.M; Neonatal and pediatric intensive care in Rio de Janeiro: distribution of beds and analysis of equity. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v.48, n. 4, 2002. p. 303-311.

DOCTEUR, E.; OXLEY, H. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD HEALTH WORKING PAPERS. DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)9. 05-Dec-2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003. RJ, Brasil, 2004.

MALIK, A.M.; SCHIESARI, L.M.C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3 – Série Saúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: 1998. p. 1. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html

MÉDICI, A.C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In Piola SF, Vianna SM (org). Economia da Saúde – Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. 3ª ed., Brasília, IPEA;2002. p. 23-68.

MENDES, E.V. Os Grandes Dilemas do SUS. Coleção Saúde Coletiva, Editora Casa da Saúde, 2001.

_____. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP – MG, 2009.

Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 27 e 140. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>

OMS / Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas – Componentes Estruturais de Ação. 2002. p. 40.

SOUZA, C.F.M.; SCHWARTZ, I.V; GIUGLIANI, R. Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2002. p. 129 a 137.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. Planejamento em Saúde, volume 2 – Série Saúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: 1998. p. 19 e 20. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html

PRINCIPAIS PORTARIAS E OUTRAS NORMAS POR ASSUNTO

1. ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE LESÃO LABIOPALATAL OU CRANIOFACIAL

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 126, de 17 de setembro de 1993. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS códigos para cirurgias de boca e face. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 62, de 19 de abril de 1994. Estabelece as normas para cadastramento dos hospitais que realizem procedimentos integrados para realização estético-funcional nos portadores de má-formação labiopalatal para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 187, de 16 de outubro de 1998. Inclui novos procedimentos relativos às cirurgias múltiplas em pacientes com lesões labiopalatais ou craniofaciais. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 503, de 3 de setembro de 1999. Cria grupos de procedimentos e procedimentos para utilização exclusiva em hospitais autorizados a realizarem os procedimentos de alta complexidade em lesões labiopalatais/deformações craniofaciais. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS n. 35, de 15 de setembro de 1999. Define o financiamento de procedimentos relacionados, relativos às deformidades craniofaciais e labiopalatais, pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SE/SAS n. 51, de 14 de dezembro de 1999. Altera a descrição dos grupos de procedimentos relativos às deformidades craniofaciais e labiopalatais na tabela de procedimentos do SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 431, de 14 de novembro de 2000. Inclui e exclui procedimentos na tabela de procedimentos do SIH/SUS, relativos às deformidades craniofaciais e labiopalatais. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

2. ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE

_____. Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama n. 05, de 5 de agosto de 1993. Define resíduos sólidos, plano de gerenciamento, o sistema de tratamento e o sistema de disposição final de resíduos sólidos. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 494, de 26 agosto de 1999. Define “acesso” aos serviços especializados de que tratam o Artigo 2º da Portaria GM/MS n. 2.920/98 e o item 2.3 do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.432/98, como a disponibilidade de realização, numa rede de serviços de referência, daqueles procedimentos de alta complexidade não disponíveis nos serviços cadastrados. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 628, de 26.04.2001. Aprova na forma do Anexo I desta Portaria, o protocolo de indicação de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 545, de 18 de março de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos relacionados nessa Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 554, de 20 de março de 2002. Revoga a Portaria GM/MS n. 1884, de 11 de novembro de 1994, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução – RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.569, de 28 de junho de 2007, institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1766, de 11 de julho de 2005. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Publicada no DOU de 11 de julho de 2005, Seção I, p. 114.

3. ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ordem de serviço Inamps/Das n. 172, de 20 de setembro de 1989. Dispõe sobre a realização dos procedimentos de suporte nutricional (nutrição parenteral e enteral). Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Visa/MS n. 272, de 8 de abril de 1998. Aprova regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos para a terapia nutricional parenteral. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Visa/MS n. 272, de 15 de abril de 1999. Republicação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SE/SAS n. 38, de 29 de setembro de 1999. Inclui na Tabela SIH/SUS procedimentos de Nutrição Enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 623, de 5 de novembro de 1999. Determina que hospitais interessados em realizar os procedimentos de nutrição enteral devem solicitar seu cadastramento ao gestor. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 90, de 22 de março de 2000. Inclui na FCT o Serviço de Nutrição Enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia nutricional enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 386, de 13 de outubro de 2000. Altera sistemática de cobrança dos procedimentos de nutrição enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 343, de 7 de março de 2005. Institui mecanismos para a organização e implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 55, de 22 de fevereiro de 2001. Prorroga prazo para encaminhamento da relação de Unidades Hospitalares cadastradas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde – Substitui a Portaria n. 1884, de 11 de novembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução – RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução – RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 45, de 12 de março de 2003. Dispõe sobre o regulamento de boas práticas de utilização de soluções parenterais em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 343, de 7 de março de 2005. Institui no SUS mecanismos para a organização e implantação da assistência de alta complexidade em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 135, de 8 de março de 2005. Altera a tabela de serviços/classificação dos sistemas de informações (SCNES/SIA/ SIH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 224, de 23 de março de 2006. Estabelece normas de credenciamento de unidades de assistência e centros de referência em alta complexidade em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 97, de 14 de fevereiro de 2006. Define que o leite materno ou fórmula láctea infantil, administrada por via nasogástrica ou nasoentérica, não são consideradas como terapia enteral. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 253, de 7 de abril de 2006. Disponibiliza o site do MS para fins de consulta, o formulário “banco de dados de pacientes em uso de terapia nutricional”. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 304, de 3 de maio de 2006. Complementa a Portaria SAS/MS 135, de 8 de agosto de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 385, de 26 de maio de 2006. Altera prazos estipulados no artigo 12 da Portaria SAS/MS n. 224, de 23 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 714, de 28 de setembro de 2006. Prorroga o prazo para habilitação até 28 de fevereiro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Conselho Federal de Farmácia. Resolução CRF n. 247/93. Ratifica competência legal para o exercício da atividade de Nutrição Parenteral e Enteral pelo farmacêutico.

Conselho Federal de Nutrição. Resolução CFN n. 304, de 26 de fevereiro de 2003. Dispõe sobre critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica.

4. ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

_____. Ministério do Meio Ambiente. Resolução Conama n. 5, de 5 de agosto de 1993. Define resíduos sólidos, plano de gerenciamento, o sistema de tratamento e o sistema de disposição final de resíduos sólidos. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2919, de 9 de junho de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3432, de 12 de agosto de 1998. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS, os grupos de procedimentos, exclusivos para cobrança por hospitais habilitados. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 294, de 15 de julho de 1999. Aprova instruções quanto à realização e cobrança dos transplantes de órgãos no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1091, de 25 de agosto de 1999. Cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 494, de 26 de agosto de 1999. Definir “acesso” aos serviços especializados de que tratam o Artigo 2º da Portaria GM/MS n. 2.920/98 e o item 2.3 do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.432/98, como a disponibilidade de realização, numa rede de serviços de referência, daqueles procedimentos de Alta Complexidade não disponíveis nos serviços cadastrados. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 332, de 24 de março de 2000. Altera no item 2, subitem 2.1 do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.432, de 12 de agosto de 1998, as alíneas referentes a responsável técnico e médico diarista. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 905, de 16 de agosto de 2000. Estabelece a obrigatoriedade do efetivo funcionamento de Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes passa a integrar o rol das exigências para cadastramento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos de Saúde – Substitui a Portaria n. 1.884, de 11 de novembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 554, de 20 de março de 2002. Revoga a Portaria GM/MS n. 1884, de 11 de novembro de 1994, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 1994.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1071, de 7 de julho de 2005. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta a Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1187, de 13 de julho de 2005. Suspende, por até 30 dias, o efeito das Portarias para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite.

_____. Ministério da Saúde. Consulta Pública n. 3, de 7 de julho de 2005. Submete à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Consulta Pública Anvisa n. 21, de 27 de abril de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 629, de 25 de agosto de 2006. Descentraliza, para gestores estaduais e municipais, o registro de habilitações no CNES de alguns procedimentos, dentre os quais, laqueaduras, vasectomias e cuidado intermediário neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

5. FINANCIAMENTO

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

6. GESTÃO DO SUS

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

7. PACTO PELA SAÚDE

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

8. PARÂMETROS ASSISTENCIAIS

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9. PLANO NACIONAL DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.777, de 9 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, que é constante do Anexo I da Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 240, de 31 de janeiro de 2007. Publica os novos valores de custeio do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

10. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Programa de controle e prevenção de infecção e de eventos adversos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.112, de 13 de junho de 2002. Define o financiamento pelo Faec (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 33, de 25 de fevereiro de 2003. Regulamento Técnico de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 518, de 25 de março de 2004. Aprova Normas de Qualidade da Água. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.168, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 214, de 15 de junho de 2004. Inclui, exclui e altera redação de procedimentos relacionados à TRS, nas tabela do SIH e SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 154, de 15 de junho de 2004. Republicada em 31 de maio de 2006, DOU n. 103 – Estabelece Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços e Diálise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 312, de 24 de outubro de 2005. Sangue e Derivados. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa RE n. 1.671, de 30 de maio de 2006. Estabelece indicadores para subsidiar avaliação dos serviços de diálise. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 432, de 6 de junho de 2006. Determina que as SES implantem as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na Alta Complexidade e revoga a Portaria SAS/MS n. 211, de 16 de junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1604, de 17 de julho de 2006. Redefine, excepcionalmente para as competências maio e junho de 2006, os limites financeiros destinados ao custeio da TRS para os estados, municípios e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.603, de 17 de julho de 2006. Redefine limites financeiros destinados ao custeio da TRS para os estados, municípios e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

11. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA NEUROLÓGICA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios para credenciamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 165, de 23 de setembro de 1998. Cria grupo de procedimentos da Tabela do SIH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998..

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 494, de 26 de agosto de 1999. Define acesso a serviços especializados — referências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 296, de 15 de julho de 1999. Regulamenta procedimentos quimioterápicos e radioterápicos no âmbito do SIA/SUS, tem o parágrafo 2º do Artigo 6º revogado pela Portaria SAS/MS n. 757/2005, republicada no DOU de 3 de fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 554, de 20 de março de 2002. Revoga a Portaria GM/MS n. 1.884/1994 – normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.161, de 7 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, retificada no DOU de 10 de janeiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 756, de 27 de dezembro de 2005. Define as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade. Seus Anexos V, VI e VII foram republicados no DOU de 26 de maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 757, de 27 de dezembro de 2005. Republicada no DOU de 3 de fevereiro de 2006. Altera tabela de procedimentos do SIA e SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 714, de 28 de setembro de 2006. Prorroga prazo para credenciamento/habilitação, para 28 de fevereiro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Anvisa n. 453, de 1º de junho de 1998. Estabelece diretrizes básicas de proteção radiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 153, de 14 de junho de 2004. Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 306, de 6 de dezembro de 2004. Conama – define o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.161, de 7 de julho de 2005. Institui 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

12. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 587, de 7 de outubro de 2004. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 589, de agosto de outubro de 2004. Altera a tabela de procedimentos SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

13. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1692, de 14 de setembro de 1995. Institui o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2923, de 9 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 479, de 14 de abril de 1999. Altera os mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 727, de 7 de dezembro de 1999. Altera o Anexo da Portaria GM/MS n. 479/1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 814, de 1º de junho de 2001. Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da Regulação Médica das Urgências e Normatiza o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 969, de 11 de dezembro de 2002. Aprova e institui, no âmbito do SUS, o novo modelo de formulário de Registro de Atendimento de Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 970, de 11 de dezembro de 2002. Aprova e Institui, no âmbito do SUS, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violência/Causas Externas – SISAV. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 601, de 15 de maio de 2003. Dispõe sobre Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Projetos e Programas, mediante celebração de Convênios. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o Componente Pré-Hospitalar Móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências (Samu 192). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.828, de 2004. Institui Incentivo Financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional – (Revoga os parágrafos 1º do Artigo 4º, 8º do artigo 3º e 2º do artigo 9º da Portaria GM/MS n. 1.864/2003). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.927, de 15 de setembro de 2004. Estabelece Incentivo Financeiro aos Estados e Municípios com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192, qualificados pelo MS, para adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.929, de 15 de setembro de 2004. Exclui do Teto de MAC dos estados e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, os recursos destinados ao custeio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192 (inicialmente o recurso de custeio foi incorporado aos limites de MAC dos gestores, porém, por tratar-se de incentivo, foram excluídos do MAC, mantendo o repasse mensal fundo a fundo). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.429, de 9 de novembro de 2004. Constitui Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o Dimensionamento Técnico para a Estruturação e Operacionalização das Centrais Samu 192. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Decreto n. 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu, em municípios e regiões do território nacional.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de organização de redes locais/regionais e trata da Implementação de Redes de Atenção Integral às Urgências, através da implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e Salas de Estabilização – SE em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, em municípios/regiões de todo o território brasileiro vinculados ao Samu 192 implantado e habilitado. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2970, de 8 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional Samu 192 a fim de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel às populações dos municípios em todo o território nacional, por meio da adoção de novas diretrizes e parâmetros técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. A Portaria GM/MS n. 1.020/2009 estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais/regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e cria mecanismos para implantação do componente pré-hospitalar fixo das Redes de Atenção Integral às Urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Revoga a Portaria GM/MS n. 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

14. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1169, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 210, de 15 de junho de 2004. Conceitua os serviços, estabelece prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a Rede de Atenção Cardiovascular, alterada pela Portaria SAS/MS n. 123, de 28 de fevereiro de 2005 e pela Portaria SAS/MS n. 384, de 26 de maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OUTRAS NORMAS COMPLEMENTARES SOBRE O ASSUNTO:

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa – RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 215, de 15 de junho de 2004. Altera a tabela de procedimentos do SIH e atribui compatibilidade entre o procedimento especial e o procedimento realizado e indicações para realização de ecocardiografia de estresse, ecocardiografia transesofágica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 216, de 15 de junho de 2004. Altera na tabela do SIA a descrição do grupo hemodinâmica e do subgrupo hemodinâmica/cateterismo/angiografia. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 217, de 15 de junho de 2004. Altera a classificação do serviço de cardiologia, ultrassonografia no SIA e no CNES. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 218, de 15 de junho de 2004. Exclui e inclui na tabela de OPM do SIH/SUS os materiais que constituem o conjunto para CEC. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 494, de 10 de setembro de 2004. Altera procedimentos da tabela SIA e inclui no Sistema Apac as arteriografias, ecocardiografia de estresse, ecocardiografia transesofágica e a biópsia endomiocárdica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 511, de 22 de setembro de 2004. Complementa a Portaria SAS/MS n. 215/2.004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 513, de 22 de setembro de 2004. Altera os códigos e a descrição dos procedimentos da tabela do SIH e inclui outros. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 173, de 28 de março de 2005. Estabelece compatibilidades entre os procedimentos da assistência cardiovascular e as órteses e materiais da tabela SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 630, de 4 de novembro de 2005. Inclui novos procedimentos que poderão ser realizados pelas Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.257, de 23 de novembro de 2005, retificada em 7

de dezembro de 2005, que altera os valores dos procedimentos da relação de órteses e próteses e materiais especiais, relacionados à assistência cardiovascular e outros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 96, de 14 de fevereiro de 2006. Republicada em 16 de março de 2006, que altera a Portaria n. 732/2002 que estabelecia compatibilidade em procedimentos de hemodinâmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

15. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de dezembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 221, de 15 de fevereiro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 95, de 14 de fevereiro de 2005. Define atribuições às Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 401, de 16 de março de 2005. Institui o Projeto de Estruturação e Qualificação dos Serviços Preexistentes de Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação Pós-Operatória no âmbito do Sistema Único de Saúde – Projeto Suporte. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 664, de 23 de novembro de 2005. Mantém os procedimentos estabelecidos na Portaria SAS/MS n. 893, de 12 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 316, de 2006. Inclui no SIH o Tipo de Vínculo 52 – Profissional do Into prestando atendimento ortopédico do Projeto Suporte, a ser utilizado exclusivamente para registro dos procedimentos cirúrgicos.

16. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 31, de 15 de fevereiro de 1993. Inclui no SIH/SUS os grupos de procedimentos que permitem cobrança do atendimento ao recém-nascido. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 96, de 14 de junho de 1994. Desvincula o pagamento do pediatra no atendimento do recém-nascido em sala de parto, da conta hospitalar, republicada em 1º de julho de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.113, de 15 de junho de 1994. Inclui no SIH/SUS e SIA/SUS procedimentos relacionados a atendimento obstétrico, inclusive aqueles exclusivos para Hospitais Amigos da Criança, relacionados em seu Anexo. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 155, de 14 de setembro de 1994. Define critérios para promoção do aleitamento materno através de criação de Hospitais Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Portaria CNS/MS n. 174, de 9 de novembro de 1995. Estabelece que a Comissão Tripartite reveja a questão do pagamento diferenciado na tabela do SIH/SUS entre Parto Normal e Parto Cesárea. Brasília: Ministério da Saúde, 1995

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.815, de 29 de maio de 1998. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos de Parto Normal sem Distócia realizado por enfermeiro obstetra. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.816, de 29 de maio de 1998. Determina pagamento de percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.817, de 29 de maio de 1998. Inclui no campo da AIH “Motivo de Cobrança”, os itens alta da parturiente e permanência do RN, republicada em 15 de junho de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.883, de 4 de junho de 1998. Institui Prêmio Nacional Galba de Araújo 702, de 12 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.016, de 19 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.017, de 19 de junho de 1998. Inclui na Tabela do SIH procedimentos relacionados à gravidez de alto risco e estabelece critérios para hospitais no

Sistema de Referência Hospitalar no Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco – revogada pela Portaria GM/MS n. 3.482/1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 94, de 16 de junho de 1998. Determina a AIH sistemática de apresentação e rejeição de parto. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.040, de 21 de junho de 1998. Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.477, de 20 de agosto de 1998. Cria mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3482, de 20 de agosto de 1998. Inclui na Tabela do SIH os grupos de procedimentos relacionados exclusivos para cobrança nos hospitais habilitados nos Sistemas de Referência Hospitalar, no atendimento terciário à Gestante de Alto Risco, republicada em 25 de agosto de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 139, de 26 de agosto de 1998. Regulamenta a Portaria GM/MS n. 2.817/1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 163, de 22 de setembro de 1998. Regulamenta a realização do procedimento Parto Normal sem Distócia, realizado por enfermeiro obstetra. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 174, de 26 de abril de 1999. Desvincula os honorários relativos ao atendimento do RN na sala de parto, pelo pediatra, neonatologista, dos Serviços Hospitalares da AIH, em Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 788, de 23 de junho de 1999. Transfere ao Inca – Instituto Nacional do Câncer, a coordenação do Programa Nacional do Câncer. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 865, de 3 de julho de 1999. Redefine os limites de que trata a Portaria GM/MS n. 2.816/1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 888, de 12 de julho de 1999. Institui o Projeto de Casa de Parto e Maternidade Modelo no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 48, de 11 de fevereiro de 1999. Inclui na tabela do SIH/SUS códigos para procedimentos de esterilização cirúrgica – Planejamento Familiar. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 408, de 30 de julho de 1999. Define que o pagamento dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade ficará vinculado à alimentação do Siscolo, revogada pela Portaria SAS/MS n. 287, de 25 de abril de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, republicada em 18 de agosto de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 570, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente I do PHPN – Incentivo à Assistência ao Pré-Natal. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 571, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente II do PHPN: Organização, Regulação e Investimentos na Área de Assistência Obstétrica e Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 572, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente III do PHPN: nova sistemática para remuneração de partos, republicada em 14 de novembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 466, de 14 de junho de 2000. Estabelece limites percentuais máximo de cesárea, republicada em 30 de junho de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 693, de 5 de julho de 2000. Aprova Norma para Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a oferecer atenção humanizada ao RN de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 72, de 2 de março de 2000. Inclui na Tabela do SIH atendimento ao RN de baixo peso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 356, de 22 de setembro de 2000. Estabelece recursos financeiros por estado e DF, para implementação do Componente II do PHPN, republicada em 2 de outubro de 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 426, de 4 de abril de 2001. Define para o DF e estados que não aderiram ao Pacto na forma proposta pela Portaria GM/MS n. 466/2000 os limites totais de cesárea para o ano de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 822, de 6 de junho de 2001. Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2080, de 13 de novembro de 2001. Estabelece

que as Unidades Federadas que desejarem aderir ao Pacto de redução de taxa de cesárea apresentem suas propostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 179, de 29 de janeiro de 2002. Define o número de cesáreas para o primeiro semestre de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 938, de 20 de maio de 2002. Inclui na Tabela de Procedimentos Especiais do SIH/SUS código para remuneração do Incentivo ao Registro Civil de Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.069, de 5 de junho de 2002. Define mecanismos que possibilitem a ampliação do acesso de portadores triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal, ao tratamento e acompanhamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.104, de 19 de novembro de 2002. Institui no âmbito do SUS o Projeto Nascer-Maternidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1893, de 2 de outubro de 2003. Institui o dia 1º de outubro como o “Dia Nacional de Doação de Leite Humano”. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.907, de 13 de dezembro de 2004. Institui o Prêmio Nacional Bibi Voguel, destinado ao reconhecimento de ações inovadoras na proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, e a Portaria GM/MS n. 534/2005 aprova o regulamento deste. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 756, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança, integrante do SUS, e dá prazo de 6 meses para os hospitais já habilitados/credenciados se adequarem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.418, de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença do acompanhante para mulheres gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde, definido em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto pela Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 238, de 30 de março de 2006. Inclui valor para acompanhante da gestante na Tabela SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 287, de 24 de abril de 2006. Determina que o pagamento dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento da qualidade fica vinculado à alimentação do Siscolo, nova versão em 2 módulos; revoga a Portaria SAS/MS n. 408/1999 e Portaria n. 62, de janeiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 629, de 25 de agosto de 2006. Descentraliza para gestores estaduais e municipais o registro de habilitações no CNES de alguns procedimentos, dentre os quais, laqueaduras, vasectomias e cuidado intermediário neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

OUTRAS LEGISLAÇÕES RELACIONADAS:

_____. Lei n. 9.253, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do Artigo 226 da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de dezembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

17. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos de Saúde – substitui a Portaria n. 1.884, de 11 de novembro de 1994, alterada pela RDC n. 189/2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.319, de 23 de julho de 2002. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de dezembro de 2002. Altera a Resolução

RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 220, de 21 de setembro de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico de funcionamento para os serviços de terapia antineoplásica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as Unidades Federadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 741, de 19 de dezembro de 2005. Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.571, de 27 de dezembro de 2005. Revoga portarias anteriores: Portaria MS/GM n. 3.535/1998, Portaria MS/GM n. 1.478/1999, Portaria MS/GM n. 1.289/2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 20, de 20 de fevereiro de 2006, republicada em 6 de fevereiro de 2006, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de radioterapia. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 502, de 6 de julho de 2006. Prorroga, até 30 de setembro de 2006, o prazo para instrução dos processos e expedição dos documentos para novo credenciamento/habilitação de serviços Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 714, de 28 de setembro de 2006. Prorroga até 28 de fevereiro de 2007 os prazos para o novo credenciamento/habilitação dos serviços de assistência definidos por intermédio da Portaria SAS/MS n. 385, de 26 de maio de 2006, e da Portaria SAS/MS n. 502, de 6 de julho de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.183, de 3 de junho de 2009. Altera, na tabela

de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM – do SUS, os atributos do Procedimento 02.04.03.003-0 – Mamografia Unilateral com financiamento via limite MAC e inclui nessa tabela o Procedimento 02.04.03.018-8 – Mamografia Bilateral para Rastreamento com financiamento temporário por meio do Faec. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

18. POLÍTICA NACIONAL DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 567, de 13 de outubro de 2005. Estabelece a definição da série numérica para as autorizações de internações hospitalares – AIH. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 252, de 6 de fevereiro de 2006. Institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, republicada em 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 958, de 15 de maio de 2008. Redefine a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade de Média Ambulatorial e Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 553, de 3 de outubro de 2008. Redefine os instrumentos de registro dos procedimentos que integram a Política com a criação de série numérica específica para Apac e AIH. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.919, de 15 de julho de 2010. Redefine no âmbito do SUS a prestação de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

19. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

_____. Lei Federal n. 6050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília, 1974.

_____. Decreto Federal n. 76.872, de 22 de dezembro de 1975. Regulamenta a Lei n. 6.050. Brasília, 1975.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 635, de 23 de dezembro de 1975. Aprova as normas e padrões sobre a fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano. Brasília, 1975.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do PSF e inclui procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os

procedimentos relativos ao controle e vigilância da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.572, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em LRPD. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 562, de 30 de setembro de 2004. Define alterações na tabela dos Sistemas de Informações (SCNES, SIA e SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 566, de 6 de outubro de 2004. Altera a tabela do SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 283, de 22 de fevereiro de 2005. Antecipação do incentivo financeiro para implementação dos CEO. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.063, de 4 de julho de 2005. Define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de CEO e LRPD. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 411, de 9 de agosto de 2005. Altera a tabela de procedimentos do SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 414, de 11 de agosto de 2005 – Tabela de Habilitações de Serviços e Regras Contratuais.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.304, de 28 de novembro de 2005. Autoriza, excepcionalmente, a produção de procedimentos de prótese dentária para serviços relacionados em seu anexo. (Revogada pela Portaria GM/MS n. 930, de 2 de maio de 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 683, de 12 de dezembro de 2005. Incorpora regra de habilitação para consistências no SIA e SIH/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 36, de 1º de fevereiro de 2006. Inclui compatibilidade entre procedimentos e habilitações, para próteses parciais removíveis – mandibular e maxilar. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de CEO e LRPD e estabelece normas, critérios e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos CEO. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 930, de 2 de maio de 2006. Prorroga em caráter excepcional os prazos da Portaria GM/MS n. 2.304, de 28 de novembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

20. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.414, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 99, de 5 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre imunização à população acima de 65 anos, revogada pela Portaria GM/MS n. 87, de 5 de fevereiro de 2003, que atualiza a designação e altera para população acima de 60 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 280, de 7 de abril de 1999. Torna obrigatória aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 830, de 24 de junho de 1999. Inclui na tabela de procedimentos do SIH/SUS código para cobrança da diária do acompanhante para pacientes idosos. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 702, de 12 de abril de 2002 – Cria mecanismos para Organização e Implementação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 249, de 12 de abril de 2002. Aprova as Normas para cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 738, de 12 de abril de 2002. Inclui procedimentos na tabela do SIH/SUS a serem realizados pelos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 967, de 11 de dezembro de 2002. Prorroga prazo para Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, credenciados com pendências, se adequarem. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.206, de 18 de novembro de 2003. Cria Grupo de Trabalho para implementação do Estatuto do Idoso no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.205, de 18 de novembro de 2003. Cria Grupo de Trabalho para formular uma proposta de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de idosos abrigados e acolhidos em instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e conveniadas com o poder público. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, priorizando o grupo populacional de idosos – revoga a Portaria GM/MS n. 2.416/1998. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

OUTRAS LEGISLAÇÕES RELACIONADAS:

_____. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

_____. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde – substitui a Portaria n. 1.884, de 11 de novembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS n. 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa – RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei n. 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC Anvisa n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova Regulamento Técnico para Funcionamento de Instituições de longa permanência para idosos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

21. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

_____. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1980. Dispõe sobre as condições de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, 1980.

_____. Lei Federal n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre apoio às Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, 1989.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 827, de 1991. Institui o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 204/91. Insere no SIH/SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 225/92. Estabelece critérios para credenciamento e realização de reabilitação em hospitais gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 237/92. Estipula normas para realização de procedimentos ambulatoriais referentes à reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 303/92. Inclui no SAI/SUS procedimentos de reabilitação e modifica a Portaria SNAS/MS n. 225/92. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 304/92. Fixa norma e procedimentos de reabilitação e modifica a Portaria SNAS/MS n. 235/92. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 305/92. Inclui internação em reabilitação no SIH/SUS, modifica a Portaria SNAS/MS n. 204/91. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 306/92. Apresenta normas de procedimentos de reabilitação, modifica a Portaria SNAS/MS n. 236/92. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS 116/93. Inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS e Portaria SAS/MS n. 146/93 que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando à reabilitação e à inserção social. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Decreto Federal n. 1.680, de 18 de outubro de 1995. Dispõe sobre a competência, a composição e o funcionamento do Conselho Consultivo da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Revoga o Decreto n. 214, de 12 de setembro de 1991. Brasília, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.762, de 20 de outubro de 1998. Cria grupos de procedimentos da tabela SIH/SUS para deficientes auditivos e lesões palatais, republicada no DOU de 9 de novembro de 1998 e alterada pela Portaria GM/MS n. 4011, de 14 de dezembro de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 226, de 2 de dezembro de 1998. Altera a sistemática de apresentação de AIH. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Decreto Federal n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 818, de 5 de junho de 2001. Cria mecanismos para organização e implantação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 298, de 9 de agosto de 2001. Institui Atestado da Equipe Multiprofissional do SUS, a ser utilizado para identificação de pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 185, de 5 de junho de 2001. Altera tabela do SIA/SUS, prorrogada pela Portaria SAS/MS n. 391, de 19 de setembro de 2001, e republicada em 5 de abril de 2002, quando exclui o Serviço de Reabilitação: Primeiro Nível de Referência Intermunicipal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.130, de 18 de junho de 2002. Institui, no período de julho a dezembro de 2002, a Campanha Nacional de Protetização para as Pessoas Portadoras de Deficiência Física. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 1.005, de 20 de dezembro de 2002. Inclui no Atestado da Equipe Multiprofissional para identificação das pessoas portadoras de deficiência no Sistema Único de Saúde, as pessoas portadoras de ostomias e as pessoas com insuficiência renal crônica que passam a ser beneficiários do passe livre interestadual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

22. POLÍTICA NACIONAL PARA HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.044, de 1º de junho de 2004, retificada no DOU de 21 de julho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e os requisitos e responsabilidades dos gestores para adesão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 287, de 28 de junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 94, de 14 de fevereiro de 2005. Determina o fluxo operacional para a adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 619, de 25 de abril de 2005. Permite que médicos das equipes de Saúde da Família atuem nos Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 852, de 7 de junho de 2005. Define características que facultam a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.955, de 23 de agosto de 2006. Torna adequados os critérios da Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte dos estados participantes da Amazônia Legal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

23. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.209, de 18 de dezembro de 2009. Define o repasse de incentivo financeiro no valor de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) para o Distrito Federal, os estados e 26 municípios selecionados que devem cumprir as ações estratégicas determinadas na Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1008, de 4 de maio de 2010. Amplia o número de municípios selecionados visando expandir a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio do repasse de incentivo financeiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

24. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009 -2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

25. POLÍTICA NACIONAL DE GENÉTICA CLÍNICA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 81, de 20 de janeiro de 2009. Institui a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

26. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA NÃO INVASIVA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.531, de 4 de setembro de 2001. Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 364, de 5 de setembro de 2001. Republicada em 1º de outubro de 2001. Inclui nas Tabelas de Serviço e de Classificação do Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (retificada em 1º de outubro). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

27. PROGRAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 19, de 3 de janeiro de 2002. Institui no âmbito do SUS o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC n. 202, de 18 de julho de 2002. Determina que a Notificação de Receita “A” não será exigida para dispensação de medicamentos à base das substâncias morfina, medatona e codeína, ou de seus sais, a pacientes em tratamento ambulatorial, cadastrados no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde, instituído pela Portaria GM/MS n. 19, de 3 de janeiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.319, de 23 de julho de 2002. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 472, de 24 de julho de 2002. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 859, de 12 de novembro de 2002. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

28. PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

_____. Lei Federal n. 8.069, de 13 de junho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 22, de 15 de janeiro de 1992. Torna obrigatória a inclusão no Planejamento das Ações de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal, do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 822, de 6 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neo-Natal. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 223, de 22 de junho de 2001. Inclui códigos nas Tabelas de Serviço e Classificação de Serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde – substitui a Portaria n. 1.884, de 11 de novembro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa – RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.391, de 16 de agosto de 2005. Instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Portadoras de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

29 . POLÍTICA NACIONAL DE OFTALMOLOGIA

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 866, de 9 de maio de 2002. Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 338, de 8 de maio de 2002 (republicada em 17 de junho de 2002). Altera a tabela de procedimentos do SIA/SUS e inclui procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 339, de 9 de maio de 2002 (republicada em 13

de maio de 2002). Aprova Normas de Classificação e Cadastramento de Centros de Referência em Oftalmologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 867, de 9 de maio de 2002. Institui o Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde e da Educação. Portaria Normativa Interministerial n. 15, de 24 de abril de 2007. Institui o “Projeto Olhar Brasil”, que tem por objetivo identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração, visando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso da população idosa à consulta oftalmológica e aquisição de óculos. Brasília: 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 957, de 15 de maio de 2008. Revoga as Portarias n. 1.311/GM, de 29 de novembro de 2000, n. 866 e n. 867/GM, de 9 de maio de 2002, e institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

30. REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA A QUEIMADOS

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.273, de 21 de novembro de 2000. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.274, de 22 de novembro de 2000, Art. 1º. Exclui, a partir de 1º de março de 2001, da Tabela de Procedimentos do SIH-SUS, os grupos de procedimentos descritos: republicado em 26 de fevereiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Altera a Resolução RDC n. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

31. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 221, de 24 de março de 1999. Institui a Comunicação de Internação Hospitalar – CIH. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 511, de 29 de dezembro de 2000. Aprovar a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES, o Manual de Preenchimento e a Planilha de Dados Profissionais constantes dos anexos dessa Portaria, republicada em 19 de junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 821, de 4 de maio de 2004. Determina a implantação gradativa da descentralização do processamento do Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 743, de 20 de dezembro de 2005, republicada em 4 de abril de 2006. Exclui modelos de laudos vigentes e propõe novos modelos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.722, de 22 de setembro de 2005. Altera a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 496, de 30 de junho de 2006. Flexibiliza a Programação Físico-Orçamentária – FPO do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, conforme modelo constante do Anexo I da Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.467, 10 de julho de 2006. Institui o sistema de auditoria do SUS (SISAUD). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

